

Cuidados del control prenatal en el primer nivel de atención en relación a la NOM-007-SSA2-1993.

M.SP Ana María Oviedo Zúñiga¹, M.SP. Claudia Rodríguez García¹, D. en Psic. Ana Olivia Ruíz Martínez¹, M.A.H Ma. de Lourdes Vargas Santillán¹.

Resumen

Antecedentes: La salud perinatal es una prioridad a nivel internacional, para mejorar la salud materna. **Objetivo:** Identificar los cuidados que brinda el personal de enfermería en el control prenatal a gestantes que acuden a instituciones del Primer Nivel de Atención en relación a la NOM-007-SSA2-1993. **Métodos:** Estudio descriptivo a 91 profesionales de enfermería que atienden a gestantes en consulta prenatal mediante un cuestionario diseñado para evaluar los cuidados proporcionados a la gestante según la NOM-007-SSA2-1993. **Resultados:** Los cuidados que se cumplen: aplicar ácido fólico y toxoide tetánico, promoción y orientación sobre planificación familiar; los incumplidos son: la exploración de la vagina, exploración de mamas, visita domiciliaria y maniobras de Leopold. **Conclusiones:** El personal de enfermería debe empeñarse en brindar todos los cuidados establecidos para garantizar la salud materna e infantil. **Palabras claves:** Control prenatal, cuidado de enfermería, primer nivel de atención

Abstrac

Background: Perinatal health is a priority at the international level, to improve maternal health. **Objective:** To identify the care provided by the nurses in prenatal care to pregnant women attending institutions of primary care level in relation to the NOM-007-SSA2-1993. **Methods:** A descriptive study 91 nurses who attended pregnant women in institutions of primary care in prenatal consultation; using a questionnaire designed to assess care provided by staff to pregnant women according to NOM-007-SSA2-1993. **Results:** The care given out for compliance: provide folic acid and implementation of tetanus toxoid, promotion and family planning counseling; however less care are practiced vaginal examination, physical examination of the mammary glands, home visit and Leopold maneuvers. **Conclusions:** Nursing staff must endeavor to develop in providing all the care established to ensure maternal and child health. **Keywords:** Prenatal care, nursing care, first level of care

(1)Centro Universitario UAEM Zumpango, Universidad Autónoma del Estado de México, México.

Fecha de recepción: Noviembre de 2014. **Fecha de aceptación:** Diciembre de 2015.

Correspondencia: M.SP Ana María Oviedo Zúñiga
Centro Universitario UAEM Zumpango, Universidad Autónoma del Estado de México, Km 3.5 Camino Viejo a Jilotzingo, Valle Hermoso, Zumpango México CP 55600
Tel. (01)5919174140. Correo Electronico: floresoviedo@msn.com

Introducción

La Salud Perinatal se ha convertido en una prioridad a nivel internacional, para mejorar la salud materna manifiesta en las agendas de Desarrollo Social, Equidad de Género y Salud Pública y constituye uno de los Objetivos del Milenio (ODM) de la Organización de las Naciones Unidas, cuya meta es reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015 y lograr el acceso universal a la atención materna por personal calificado.¹¹

La Organización Mundial de Salud (OMS) desde 1996 consideró al personal profesional de enfermería como un elemento estratégico para lograr un cambio en la calidad y la eficacia de los servicios de atención obstétrica.

En 1999, propone a los estados miembros, incluido México, fortalecer y potencializar el desarrollo de los servicios de enfermería y partería, creando modelos para la atención humanizada y de calidad en la atención del embarazo, parto, puerperio y recién nacido de bajo riesgo. En mayo del mismo año, la Organización Panamericana de Salud (OPS) estableció una serie de estrategias a fin de favorecer el ejercicio de la enfermería y partería de los países miembros.^{10, 11, 12}

La Comisión Interinstitucional de Enfermería de la Secretaría de Salud, diseñó un modelo de atención obstétrica centralizada en la mujer gestante y su familia, que tiene como propósito aprovechar el potencial de la enfermera obstetra y perinatal con el fin de mejorar la calidad de la atención de las mujeres embarazadas y disminuir la morbilidad y mortalidad materna y

perinatal.¹³ Cuyos resultados de la atención de Enfermería fue exitosa de acuerdo al control de la morbilidad y mortalidad de la mujer atendida en el Hospital General de Cuautitlán Estado de México.

En contraste se sabe del exitoso Modelo innovador aplicado en el Estado de México, reconocida por la Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) destacó la labor aplicada en la Maternidad de Atlacomulco, que ha brindado más de 35.000 atenciones de salud reproductiva y atendido más de 2.500 partos desde el 2010, bajo un enfoque de género, derechos e interculturalidad y con cero muertes maternas para el 2013.

“Cada muerte materna es una tragedia, cada muerte materna prevenible es inadmisibles”, aseveró la Directora de la OPS/OMS, Carissa F. Etienne reconoció el compromiso del personal de salud de la maternidad por su “visión, compromiso y arduo trabajo”.

El Estado de México ha reducido las muertes maternas alrededor de un 42% en los últimos 20 años. La entidad federativa, donde habita el 14% de la población mexicana, registró en 2010 una razón de mortalidad materna de 45.5 muertes por 100.000 nacidos vivos, 6 puntos por debajo del promedio nacional.

Entre las características que destacan el modelo de la Maternidad de Atlacomulco figuran su planta de personal compuesta por más de 70 enfermeras obstétricas y profesionales en enfermería, y su modelo de primer nivel de atención basado en el enfoque de atención primaria de la salud, el cual implica que el servicio fue

diseñado a partir de las necesidades culturales y sociales de las mujeres y sus familias, entre otras cosas.

Desde 2011, la OPS, oficina regional de la OMS para las Américas, trabaja junto a la Secretaría de Salud del Estado de México para mejorar la calidad del recurso humano y asegurar el acceso universal a servicios de maternidad. Ha capacitado a personal de salud de la maternidad, pero también del Estado con el fin de mejorar sus conocimientos en control prenatal, uso de tecnologías y manejo adecuado de las principales emergencias obstétricas, entre otros.⁸

Como evento natural, la maternidad debería estar libre de complicaciones y, por lo tanto, de muerte. Los fallecimientos derivados del embarazo, parto, puerperio y sus procesos de atención se consideran, en su mayoría, evitables con los recursos actuales. Sin embargo, cada año fallecen más de medio millón de mujeres en todo el mundo por estas causas.⁷

El presente estudio pretende reconocer la función del primer nivel de atención para fortalecer el control prenatal con las acciones de consejería orientadas a diversas intervenciones durante el proceso gestacional. En este sentido, es necesario fortalecer las intervenciones destinadas a orientar, asesorar y educar a las mujeres para desarrollar autocuidado de la salud antes, durante y después del embarazo. Esta actividad concuerda con lo establecido por la OMS: “los profesionales especializados en esta área deberán promover el apoyo social, fungir como consejeros y educadores de las mujeres y sus familias y a las comunidades donde actúan, respecto al autocuidado reformulando las políticas públicas relacionadas con la salud de la

mujer y sus hijos”.

Una de las estrategias para velar la seguridad del embarazo es el Control Prenatal y que es definida como, “el conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de parte de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y prepararla para el parto, la maternidad y la crianza”.¹

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, como se establece en la NOM-007-SSA2-1993 sin embargo cuando se aplica las intervenciones por el equipo de salud no especifica con claridad el papel del profesional de Enfermería en el cuidado del Control Prenatal, por ello la propuesta del objetivo del estudio es verificar los cuidados que brinda el personal de Enfermería en el Control Prenatal del Primer Nivel de Atención con base a la Norma Oficial Mexicana; el uso del enfoque de riesgo y la aplicación de cuidados eminentemente preventivos y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos, dichas decisiones deben ser basadas en el conocimiento del Profesional de Enfermería.

Es importante considerar que la detección oportuna del riesgo biológico incluye otros factores que contempla la Ciencia del Cuidado, brindar orientación a la gestante y a su pareja para propiciar una relación óptima entre padres e hijos

desde la gestación.⁴ De este modo, con el Control Prenatal se espera detectar y tratar oportunamente la morbilidad obstétrica y perinatal. La morbilidad Obstétrica hace referencia a los eventos que se presentan en la embarazada y que pueden influir negativamente en la salud y el bienestar de madre e hijo. Los eventos de morbilidad más frecuentes son: Hemorragia, Infecciones, Preeclampsia y Trastornos Hipertensivos del Embarazo.^{4, 16}

La mayoría de modelos de Control Prenatal no han sido sometidos a una evaluación científica rigurosa, algunos estudios consideran que éstos han sido deficientes, con consultas irregulares, larga espera y respuesta inadecuada en el cuidado de las mujeres.⁹ A partir de los hallazgos sobre asociación entre mortalidad evitable en la infancia y calidad del Control Prenatal, se recomienda revisar la calidad de la atención en las instituciones que prestan servicios de salud a población materno-infantil. Sin embargo, la falta de evidencia no ha permitido identificar estrategias exitosas, lo cual podría considerarse una oportunidad para realizar investigación al respecto. De acuerdo con los resultados de un análisis, los expertos concluyeron que las mejoras en la calidad del Control Prenatal reducirían en 80% las muertes evitables. En contraste, un estudio de morbilidad materna severa en pacientes hospitalizadas, afiliadas al Control Prenatal: La atención al Control Prenatal adecuado y atención oportuna, mostró una incidencia de complicaciones extremas menor a 1.1% mientras que la morbilidad perinatal fue de 15% en embarazadas que no cuentan con adecuados servicios de salud.⁹

México reporta que el indicador de salud ha mejorado el promedio de consultas prenatales en instituciones públicas de salud. Mejorado asimismo indicadores tales como la mortalidad infantil, la mortalidad en menores de 5 años y partos atendidos por personal calificado.⁹

La presente investigación tiene como **objetivo**: Identificar los cuidados que brinda el personal de Enfermería en el Control Prenatal a usuarias que acuden a instituciones del Primer Nivel de Atención en relación a la NOM-007-SSA2.

Métodos

Estudio transversal y descriptivo; la población en estudio quedó constituida por 91 personal de enfermería del Primer Nivel de Atención de una Jurisdicción del Estado de México, que atendieron a pacientes embarazadas en la consulta del Control Prenatal, como criterios de inclusión solo se seleccionó al profesional de Enfermería que se encontraba brindando los cuidados del Control Prenatal en el momento del estudio y que la paciente atendida se encontrará en el segundo o tercer trimestre del embarazo.

El instrumento que se diseñó fue un cuestionario adaptada a la NOM-007-SSA2-1993. El instrumento se aplicó al personal de Enfermería cuyo requisito fue participar en los cuidados de la madre cuya edad gestacional se ubica en el segundo o tercer trimestre del embarazo y que fue atendida en Consulta Prenatal en instituciones del Primer Nivel de Atención. Los ítems están integrados por preguntas abiertas; mientras que las preguntas cerradas se maneja la Escala

Artículo original

de Likert como nunca (0), algunas veces (1) y siempre (2). El cuidado del Control Prenatal como, aplicación del cuidado, promoción y educación para la salud.

La investigación se basó en los lineamientos Éticos de la Declaración Internacional de Helsinki y contempla la autorización de los participantes por medio de consentimiento informado

Se diseñó un cuestionario ex profeso para evaluar los cuidados proporcionados por el personal de enfermería a la paciente embarazada tomando como referencia la NOM-007-SSA2-199. Los apartados que integra el instrumento son:

I.- Cuidados generales de Enfermería y II.- Participación de enfermería en Consulta Prenatal.

Resultados

Los participantes del estudio está integrado por 91 empleados como personal de enfermería; la categoría laboral que predominó fue Enfermería general (61.5%), seguida de Auxiliar de enfermería (20.9%) y por último Licenciatura en enfermería (17.6%). En cuanto al nivel académico la mayoría cuenta con estudios de Preparatoria (65.9%), seguidos los estudios universitarios (22 %) y por último Secundaria (12.1%). Existe gran variabilidad en la antigüedad de los participantes que va desde menos de un 1 año hasta 33 años, el promedio de años laborados es de 9.8 años y con una mediana de 5 años.

La identificación que tiene el profesional de Enfermería sobre los antecedentes de las madres, se encontró que en la mayoría

de los casos no se registra la respuesta de antecedentes personales (62.6%), ni de los antecedentes obstétricos (60.4%). Se sabe que el (13.2%) no refiere antecedentes personales y el (19.8%) no refiere antecedentes obstétricos. Entre los antecedentes personales de mayor presencia se encuentra la Diabetes y la Hipertensión Arterial ambos con el (8.8%), combinación de Hipertensión Arterial con Diabetes Mellitus (5.5%) y el problema de Anemia sólo fue encontrado en un caso (1.1%). De los antecedentes obstétricos patológicos, el más frecuente es el aborto (7.7%), seguido por IVU (5.5%) y cesarea (2.2%), el resto de las antecedentes como Preeclampsia y la Ruptura Prematura de Membrana presentan el (1.1%) y las infecciones sólo se presentó en un caso. Lo anterior muestra que en relación a los antecedentes patológicos y personales asociados al cuidado prenatal, en la mayoría de los casos no se registran dichos datos, dejando un vacío de información importante dado la intervención del profesional.

Al preguntar ¿Cuáles son los datos obstétricos de la paciente que atendió? Se reporta que el personal de enfermería si recaba la información relacionada a los datos obstétrico en su totalidad.

El estudio registra que la edad de la menarquía oscila entre los 9 a 16 años, encontrando que la mayor ocurrencia se da entre los 12 y 13 años (61.6%). En cuanto al cumplimiento de la prueba del Papanicolaou se registra en el (39.6%) de las mujeres indican que si se han realizado la prueba, mientras que el (60.4%) no se la han realizado. Asimismo, se encuentra la tendencia a tener de 1 y

2 embarazos; así como el intervalo de 0 a 1 hijo y el mismo número de partos. El número de embarazo reporta (47.3%) ha tenido 1 embarazo y el (30.8%) refiere 2 embarazos; el (49.5%) no ha tenido hijos y el (31.9%) tiene un hijo; (60.4%) no ha tenido embarazos y el (24.2%) ha tenido 1 parto. La investigación reporta que los antecedentes de riesgo para la población en estudio son los siguientes: ser menor de edad de 20 años (14.3%) cesárea (11%) y aborto (11%), embarazo de riesgo y muerte fetal ambos con el (5.5%). Estos últimos datos muestran inconsistencias, ya que el personal de enfermería identifica un porcentaje menor cuando responde a una pregunta abierta sobre antecedentes obstétricos patológicos; que cuando responde a través de una escala cerrada, lo que podría indicar la falta de dominio y claridad en la información por parte del personal que brinda la atención en el control prenatal.

De acuerdo a la clasificación de riesgo que refiere el Manual de Atención Embarazo, Parto, Puerperio y Recién Nacido en el Primer Nivel de Atención, se sabe que involucra el antecedente de Hipertensión con el (8.8%), en cuanto a la Hipertensión con Diabetes Mellitus (5.5%), la trascendencia de la clasificación de alto riesgo radica en la combinación de más de dos antecedentes, tal es el caso del Aborto, Cesárea, Infección de Vías Urinarias y Preeclampsia y cuyo manejo obstétrico se continua en un Primer Nivel de Atención sin la referencia a un segundo o tercer nivel según corresponda como lo establece la NOM-007-SSA2-1993.

En relación a los métodos anticonceptivos utilizados previo al embarazo, el

personal de enfermería si indaga sobre el método utilizado, para identificar que el (46.2%) utilizó condón, el (28.6%) vivió la sexualidad sin protección, el método inyectable y los métodos orales es del (9.9%), seguidos por el (3.3%) de implantes y por último el (2.2%) el parche, pese a ello se toma la decisión de la procreación.

La Norma Oficial Mexicana, establece que la madre debe acudir antes de las doce semanas de gestación a la primera consulta prenatal y contar por lo menos con 5 consultas del Control Prenatal antes de la resolución del parto, por lo que el profesional de Enfermería y el equipo de salud deben fortalecer dicha recomendación. Los resultados muestran que la mayoría (78.1%) acuden en el tiempo recomendado; pero el (21.9%) inicia un control prenatal tardío que pone en riesgo la salud del binomio. Al momento de aplicar el presente estudio el (35.2%) había acudido a 4 consultas prenatales, el (19.8%) con 5 consultas, seguido de (18.7%) con 3 consultas, (16.5%) con 2 consultas, el (6.6%) con 1 consulta y muy pocas pacientes con 6 y 7 consultas (1.1% y 2.2%) respectivamente. Es importante resaltar que el personal de Enfermería debe reforzar la Promoción para la Salud para iniciar el control prenatal, lo que se cumple en el (52.7%), mientras que el resto (47.3%) no promueve el inicio del control prenatal en las mujeres.

Entre las funciones del personal de Enfermería también se encuentra la revisión de los estudios de laboratorio que se ha realizado la paciente durante el embarazo, Este dato si es recabado, al (100%) por el profesional es decir

Artículo original

precisa la existencia de dichos estudios prenatales; encontrando que los estudios que se realizan con mayor regularidad son: el Examen General de Orina, Química Sanguínea, Grupo y Rh (81.3%); seguidos de Biometría Hemática (75.8%), prueba VIH (73.6%), prueba del VDRL (64.8%) y revisión de Tiempos de Coagulación (60.4%).

Al cuestionar al personal de enfermería sobre la frecuencia con que ofrece los cuidados generales, encontramos que los aplican de manera variable, algunos cuidados son ofrecidos por el (86.8%), mientras que otros sólo son practicados por el (20.9%).

Los cuidados de Enfermería que están considerados para identificar el cumplimiento a partir de la NOM-007-SSA2-1993.

Los resultados muestra que los cuidados aplicados a mujeres atendidas en el Primer Nivel de Atención durante el Control Prenatal de acuerdo a la NOM-007-SSA2-1993 no se cubre de manera cotidiana al 100%, los resultados muestran las intervenciones con más participación del personal de Enfermería como se describen a continuación: la administración de Ácido Fólico, vacuna TTD, promoción y orientación sobre planificación familiar, valoración del riesgo obstétrico, medición y registro de peso y talla, cuidados sobre los movimientos fetales, identificación de signos y síntomas de alarma del embarazo, carnet perinatal, calcular la fecha probable de parto, exploración de la frecuencia cardiaca fetal, cálculo de las semanas de gestación, medición del crecimiento

uterino; en cambio las Maniobras de Leopold, visita domiciliaria, exploración física de las glándulas mamarias y exploración vaginal son los cuidados menos practicados, dicho resultado muestra una tendencia al alejamiento de la práctica clínica es decir la relación clínica del personal de Enfermería hacia con la mujer gestante se ha convertido en un cuidado superficial para la valoración del binomio y por ende puede ser una limitación para detectar de manera oportuna datos que sugieran riesgo para la salud obstétrica y perinatal. Los cuidados del Control Prenatal no contemplados en la NOM deberían ser motivo para un estudio futuro a profundidad (Ver Cuadro No. 1).

Así mismo, se evaluó, la participación del personal de Enfermería de la primera a la consulta subsecuente según sea el caso, considerando que el número de consultas es variable dependiendo de la duración del embarazo que ha transcurrido al momento de la investigación y el cumplimiento de cada paciente para acudir a la consulta prenatal. En la primera consulta los cuidados que más práctica el personal de Enfermería son: La importancia del Ácido Fólico y signos y síntomas de alarma, registro en el expediente, protección específica Toxoide Tetánico, informa sobre la condición actual del embarazo, es de llamar la atención que no existe cuidado que se cubra al 100%. En la segunda consulta: Interroga sobre patologías preexistentes y las agregadas, identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edema, sangrado, signos de infección de vías

Cuadro I: Cuidados de enfermería proporcionados a madres atendidas en el primer nivel de atención en la consulta prenatal basada en la nom-007-ssa2-1993.

NOM-007-SSA2-1993	SIEMPRE (%)
Exploración física de la glándula mamaria.	35.2
Medición y registro de peso y talla	82.4
Identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales).	79.1
Proporcionó Ácido Fólico	86.8
Promoción y orientación sobre planificación familiar.	84.6
Carnet perinatal	78.0
Valoración del riesgo obstétrico	84.6
Valoración del crecimiento uterino	50.5
Cuidados para exploración vaginal	20.9
Exploración de Frecuencia Cardíaca Fetal	59.3
Cuidados sobre los movimientos fetales	80.2
Cuidados de las Maniobras de Leopold	44.0
Cuidados para la Fecha Probable de Parto	62.6
Cuidado para el cálculo de la Semanas de Gestación	57.1
Aplicación de Toxoide Tetánico Diftérico	86.8
Visita domiciliaria	40.7

urinarias y vaginales) e información de la clasificación de bajo o alto riesgo; en la tercera consulta: Información de planificación familiar, informa sobre la existencia de algún riesgo del embarazo e identificación de signos vitales; en la cuarta consulta: Orientación sobre signos y síntomas de alarma, orienta sobre el Tamiz Neonatal, alimentación al seno materno y valoración del riesgo obstétrico en la quinta consulta: Promoción de lactancia y alojamiento conjunto, manejo del recién nacido y orientación al parto y puerperio; y en las consultas subsiguientes: orientación de

las gestantes a las unidades de primer, segundo y tercer nivel de atención, aplicación de Toxoide tetánico y Prescripción de ácido fólico y hierro. Es importante señalar que en ningún caso se cumple cada cuidado al 100% y el cumplimiento de todos ellos no se lleva a cabo para proteger de manera cabal con el objetivo que marca el Control Prenatal.

Los cuidados menos atendidos por el personal en la primera consulta son: revisión de estudios de laboratorio Biometría Hemática, Química Sanguínea, Glucemia VDRL, EGO y HIV, recomendación de la alimentación e información sobre la condición actual del embarazo. En la segunda consulta están: Explicar los resultados de Exámenes de laboratorio y revisar la frecuencia cardíaca fetal. Para la tercera consulta reportan: Revisar nuevos estudios de laboratorio y gabinete, informar sobre algún riesgo de embarazo y explorar físicamente a la paciente. La cuarta consulta: recibir explicación sobre evacuaciones del bebé e informar sobre posición correcta de dormir. En la quinta consulta reportan: Medidas de autocuidado de la salud, orientación nutricional para la madre y profilaxis de Hierro y Ácido Fólico e Información que todo embarazo de 41 semanas o más es embarazo de riesgo y para consulta subsecuente se sabe que los cuidados menos atendidos son: Prescripción de Ácido Fólico y hierro y aplicación de Vacuna TTD segunda dosis. Los resultados muestran la irregularidad para ejercer los cuidados preventivos en el Primer Nivel de Atención, dando pauta a generarse posibles complicaciones

Artículo original

que puede poner en peligro la vida de la madre e hijo, papel que debe asumir el equipo de salud incluido el profesional de Enfermería para el cuidado de la salud en el embarazo (Cuadro IIA y Cuadro IIB).

Cuadro IIA: Cuidados de enfermería proporcionados a madres atendidas en el primer nivel de atención en la consulta prenatal basada en la nom-007-ssa2-1993.

NOM-007-SSA2-1993	SIEMPRE (%)
PRIMERA CONSULTA n=91	
Explicar la importancia del consumo del Ácido Fólico	92.3
Registro en el expediente	85.7
Informa sobre la condición actual del embarazo.	82.4
Brindó información y recomendación de complementos alimenticios y nutrientes.	70.3
Identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales).	91.2
Biometría Hemática Completa, Química Sanguínea, glucemia, VDRL, EGO y HIV.	67.0
Orientación nutricional de la embarazada	70.3
Aplicación de la vacuna Toxoide Tetánico Diftérico	85.7%
SEGUNDA CONSULTA n=84	
Interrogó sobre patologías preexistente y las agregadas	84.6
Reviso la Frecuencia Cardíaca Fetal.	52.8
Explicó los resultados de los exámenes de laboratorio solicitados en la primera consulta.	46.4
Información de la clasificación de bajo o alto riesgo	72.6
Identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales).	78.5

Cuadro IIA: “continuación” Cuidados de enfermería proporcionados a madres atendidas en el primer nivel de atención en la consulta prenatal basada en la nom-007-ssa2-1993.

NOM-007-SSA2-1993	SIEMPRE (%)
TERCERA CONSULTA n=74	
Informa sobre la existencia de algún riesgo del embarazo	71.6
Identificación de signos vitales, somatometría y Frecuencia Cardíaca Fetal.	71.6
Nueva solicitud de Laboratorio y gabinete	68.9
Promoción y orientación sobre planificación familiar.	82.4
CUARTA CONSULTA n=58	
Valoración del riesgo obstétrico	81.0
Signos y síntomas de alarma	91.3
Orientó sobre el tamiz neonatal.	82.7
Técnicas de alimentación al seno.	82.7
Medidas para cuidado al cordón umbilical	74.1
Explicó el número y consistencia de evacuaciones del bebe.	33.0
Informó la posición correcta de dormir para evitar broncoaspiración.	72.4
QUINTA CONSULTA n=28	
El embarazo no se prolongue más allá de la semana 42.	60.7
Medidas de autocuidado de la salud	18.7
Orientación nutricional de la embarazada.	20.9
Orientó sobre el parto y el puerperio	60.7
Orientó sobre el manejo del recién nacido.	67.8
Promoción de la Lactancia Materna Exclusiva	78.5
CONSULTA SUBSECUENTE n=26	
Dos dosis de Toxoide Tetánico	73.0
Prescripción profiláctica de Hierro y Ácido Fólico	26.4
Atención de las gestantes a las unidades de primero, segundo y tercer niveles.	76.9

Discusión

El respaldo legal de la actuación del equipo de salud para velar por la seguridad del binomio, las disposiciones de la NOM-007-SSA2-1993, los resultados muestra una débil intervención de acuerdo a los resultados obtenidos de la actuación de Enfermería en el Primer Nivel de Atención para el cuidado del Control Prenatal existe algunas carencias en cuanto a la aplicación y frecuencia de los cuidados prenatales brindados dejando vacíos importantes que pueden repercutir en la salud de la madre-hijo. Los cuidados menos ejercidos por el personal de Enfermería muestra una separación en la valoración clínica del personal hacia las usuarias en los cuidados que requiere competencia profesional como las Maniobras de Leopold, visita domiciliaria y exploración vaginal. Los cuidados menos atendidos por el personal en la primera consulta son: Otorgar Ácido fólico antes del embarazo y Proporcionar Ácido fólico 3 meses previos a la gestación. En la segunda consulta se encuentran: La explicación de los resultados de los exámenes de laboratorio. Para la tercera consulta reportan: Revisar estudios de laboratorio y gabinete, informar sobre algún riesgo de embarazo y explorar físicamente a la paciente. La cuarta consulta: recibir explicación sobre evacuaciones del bebé e informar sobre posición correcta de dormir. En la quinta consulta refieren: Información del embarazo de 41 semanas o más es un embarazo de riesgo, Consejería para embarazo, parto y puerperio saludable

y orientación de sobre temas: nutrición, planificación familiar, vacuna TTD, manejo del recién nacido, estimulación temprana, crecimiento y desarrollo, salud bucal/crecimiento y desarrollo del recién nacido y para la consulta subsecuente se sabe que los cuidados menos atendidos son: Aplicación de Vacuna TTD segunda dosis, orientación sobre atención institucional de parto y puerperio y prescripción de Ácido Fólico e Hierro.

Los resultados muestran la irregularidad para ejercer los cuidados preventivos en el Primer Nivel de Atención, dando pauta a generarse posibles complicaciones que puede poner en peligro la vida de la madre e hijo, papel que debe asumir el profesional de Enfermería para el cuidado de la salud en el embarazo, como lo establece La Organización Mundial de Salud (OMS) desde 1996 al considerar que el personal profesional de enfermería es un elemento estratégico para lograr un cambio en la calidad y la eficacia de los servicios de atención obstétrica. Se ha demostrado la eficiencia del profesional de Enfermería en México como se muestra en Modelo de la Maternidad de Atlacomulco, modelo de primer nivel de atención basado en el enfoque de atención primaria de la salud, el cual implica que el servicio fue diseñado a partir de las necesidades culturales y sociales de las mujeres y sus familias, entre otras cosas.⁸ El Modelo de la Comisión Interinstitucional de Enfermería de la Secretaría de Salud que diseñó un modelo de atención obstétrica centralizada en la mujer gestante y su familia, que tiene como propósito aprovechar el potencial de la enfermera obstetra y perinatal con el fin de mejorar

la calidad de la atención de las mujeres embarazadas y disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.¹³

Referencia

1. Hogan M C, Foreman K J, Naghavi M, Ahn SY, Wang M, Makela SM, et al. Maternal mortality for 181 countries, (1980-2008): A systematic analysis of progress towards Millennium Development.
2. Organización de Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo del Milenio. Informe 2009. [Consultado 2010 junio 11]. Disponible en: http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2009_SP_r3.pdf
3. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2009. Salud Materna y Neonatal. Nueva York: UNICEF, (2009). Goal 5. Lancet 2010; 375(9726):1609-1623.
4. Organización de Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio, 2000. [Consultado 2010 junio 11]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>
5. Organización Mundial de la Salud. Trabajando con individuos familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal, 2010. [Consultado 2010 junio14]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_MPS_09.06_spa.pdf
6. Orozco-Núñez E, González-Block MA, Hernández-Prado B, Kageyama- Escobar LM, Aldaz V, Saucedo A, et al. Evaluación del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida 2001-2005. Resumen Ejecutivo. México: Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, (2006).
7. Gonzaga-Soriano, María Rode; Zonana-Nacach, Abraham; Anzaldo-Campos, María Cecilia; Olazarán-Gutiérrez, Asbeidi. (2014). Atención prenatal y mortalidad materna hospitalaria en Tijuana, Baja California. Salud Pública de México, Enero-Febrero, 32-39.
8. La Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). La Organización Panamericana de la Salud destaca el Modelo innovador de una maternidad del Estado de México. [Consultado 2014 octubre14]. http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=586:la-ops-destaca-modelo-innovador-maternidad-estado-mexico&catid=827:noticias
9. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas, Edición de 2012: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=214&Itemid
10. Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud. La Enfermería en la Región de las Américas- PHO/WHO. San Juan (Puerto Rico): PAHO-WHO; septiembre 1999. P.71. [acceso 4-12-2012] Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/hsonur3_es.pdf
11. Salas-Segura S, Zárate-Grajales RA. Informe del Taller Internacional de Gerencia en Enfermería en los Servicios de Salud. México: PAHO/WHO; agosto 1999.P.170.[acceso 4.12.2012]Disponible:www.paho.org/Spanish/Hsp/HSO/hsonur2.pdf
12. Revista CONAMED. Modelo de atención obstétrica por enfermeras obstetras y perinatales en el Hospital General de Cuautitlán: una experiencia exitosa. (2012); 17 Supl 1: S37- S41.
13. Comisión Interinstitucional de Enfermería de la SSA. Modelo de Atención de Enfermería Obstétrica. México: Secretaría de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad; 2005. [acceso 30-11- 2012] Disponible en: <http://www.ssa.gob.mx/unidades/cie>
14. World Health Organization. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Geneva: WHO, (2010).
15. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2009. Salud Materna y Neonatal. Nueva York: UNICEF, (2009).
16. Main D. Detours and shortcuts on the road to maternal mortality reduction. Lancet (2007); 370: 1381.
17. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
18. Orozco-Núñez E, González-Block MA, Hernández-Prado B, Kageyama- Escobar LM, Aldaz V, Saucedo A, et al. Evaluación del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida 2001-2005. Resumen Ejecutivo. México: Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, (2006).
19. Gonzaga-Soriano, María Rode; Zonana-Nacach, Abraham; Anzaldo-Campos, María Cecilia; Olazarán-Gutiérrez, Asbeidi. (2014). Atención prenatal y mortalidad materna hospitalaria en Tijuana, Baja California. Salud Pública de México, Enero-Febrero, 32-39.
20. Revista CONAMED. Modelo de atención obstétrica por enfermeras obstetras y perinatales en el Hospital General de Cuautitlán: una experiencia exitosa. (2012); 17 Supl 1: S37- S41.