

CUIDADOS DEL CONTROL PRENATAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN RELACIÓN A LA NOM-007-SSA2-1993.

M.SP Ana María Oviedo Zúñiga*, M.SP. Claudia Rodríguez García*, D. en Psic. Ana Olivia Ruíz Martínez**, M.A.H Ma. de Lourdes Vargas Santillán*.

**Profesores de Tiempo Completo del Centro Universitario UAEM Zumpango, Maestría en Enfermería y Licenciatura en Enfermería.*

***Profesor de Tiempo Completo del Centro Universitario UAEM Zumpango, Licenciatura en Psicología.*

Correspondencia:

**M.SP Ana María Oviedo Zúñiga: floresoviedo@msn.com, Centro Universitario UAEM Zumpango, Universidad Autónoma del Estado de México, Km 3.5 Camino Viejo a Jilotzingo, Valle Hermoso, Zumpango México CP 55600 Tel. 015919174140.*

**M.SP Claudia Rodríguez García: clauskaren18@hotmail.com, Centro Universitario UAEM Zumpango, Universidad Autónoma del Estado de México, Km 3.5 Camino Viejo a Jilotzingo, Valle Hermoso, Zumpango México CP 55600 Tel. 015919174140.*

*** D. en Psic. Ana Olivia Ruíz Martínez: ana_olivi@yahoo.com.mx, Centro Universitario UAEM Zumpango, Universidad Autónoma del Estado de México, Km 3.5 Camino Viejo a Jilotzingo, Valle Hermoso, Zumpango México CP 55600 Tel. 015919174140.*

**M.A.H Ma. de Lourdes Vargas Santillán: celulalula1974@gmail.com, Centro Universitario UAEM Zumpango, Universidad Autónoma del Estado de México, Km 3.5 Camino Viejo a Jilotzingo, Valle Hermoso, Zumpango México CP 55600 Tel. 015919174140.*

ABSTRACT

The perinatal health has become an internationally priority, to improve the maternal health it is written in the agendas of social development, gender equity and public health, it constitutes one of the millennium objective (MG) of the united nations organization whose goal is to reduce the maternal death to three quarters between 1990 and 2015 and achieve the universal access to maternal attention by qualified staff, to reflect about the set compromise has to contrast with the real scenery to in order to be conscious about the real implementation, such proposal involves the intervention of professional nursing focused to pregnancy attention.

Objective: Identify the attendance offered by the nursing personnel in the perinatal control to the users that are attended in first level attention institutions related to the NOM-007-SSA2-1993 and the healthy pregnancy care, delivery, puerperium, and healthy newborn handbooks.

Material and methods:

91 nursing resources that attended pregnant attendees of first level attention institutions were studied, the designed survey evaluates the cares provided by the personnel to the pregnant woman as it is established in the NOM-007-SSA2-1993.

The measurements of central tendency and dispersion for numeric data were used in the descriptive analysis. Results the attendance provided highlight by its accomplishment (20.9- 86.8 %) Folic Acid and provide application of Tetanus Toxoid , promotion and family planning counseling, the signs and symptoms of pregnancy assumption, weight and movement fetal registration, less provided attendance is the vagina exploration (20.9%), physical exploration of the mammary gland(35.2%) and the Leopold maneuver (44.0%). Conclusions: the nursing personnel must persist to develop and apply the obstetric essential competences required to the clinic assessment so that risky situations in the pregnancy can be detected in the first level of attention and extend the professional tasks of nursing in the NOM-007-SSA2-1993.

Key words: perinatal control, nursing attendance, first level attention and NOM-007-SSA2-1993.

RESUMEN

La Salud Perinatal se ha convertido en una prioridad a nivel internacional, para mejorar la salud materna está escrita 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, reflexionar sobre el compromiso planteado se debe contrastar con el escenario real para ser consciente que realmente se implemente, dicho planteamiento involucra la intervención del profesional de Enfermería dirigida a la atención del embarazo.

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-SSA2-1993.

Material y métodos: Se estudio a 91 recursos de Enfermería mismas que atendieron a gestantes asistentes a instituciones del Primer Nivel de Atención para Consulta Prenatal; el cuestionario diseñado evalúa los cuidados proporcionados por el personal a la gestante como lo establece la NOM-007-SSA2-1993.El análisis descriptivo utilizó las Medidas de frecuencia y porcentaje.

Resultados: Los cuidados brindados destacan por su cumplimiento (20.9- 86.8 %) proporcionar Ácido Fólico y aplicación de Toxoide Tetánico, promoción y orientación sobre planificación familiar; en cambio los cuidados menos practicados son la exploración de la vagina (20.9 %), exploración física de las glándulas mamarias (35.2 %), visita domiciliaria (40.7%) y maniobras de Leopold (44.0 %). **Conclusiones:** El personal de Enfermería debe empeñarse en desarrollar y aplicar las competencias obstétricas esenciales que se requiere para la valoración clínica con la finalidad de detectar oportunamente situaciones de riesgo del embarazo en el Primer Nivel de Atención y ampliar el quehacer profesional de Enfermería en la NOM-007-SSA2-1993.

Palabras claves: Control prenatal, cuidado de Enfermería, Primer Nivel de Atención y NOM-007-SSA2-1993.

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.

Material y 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 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 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 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 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 (Ver Cuadro No. 2).

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.

³ UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2009. Salud Materna y Neonatal. Nueva York: UNICEF, (2009). Goal 5. Lancet 2010; 375(9726):1609-1623.

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.

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.

Fuentes electrónicas:

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

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

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

13.- Comisión Interinstitucional de Enfermería de la SSA. Modelo de Atención de Enfermería Obstétrica. México: Secretaría de Salud. Subsecretaria de Innovación y Calidad; 2005. [acceso 30-11- 2012] Disponible en: <http://www.ssa.gob.mx/unidades/cie>

Bibliografía:

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.