



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

Título

Acciones de enfermería en programas de control prenatal en Latinoamérica.

Trabajo de Titulación para optar al título de licenciada en enfermería

Autora:

Garcia Garcia, Jenny Jesenia

Tutora:

MsC. Cielito del Rosario Betancourt Jimbo


Riobamba, Ecuador. 2022

DECLARATORIA DE AUTORÍA

Yo, Jenny Jesenia Garcia Garcia, con cédula de ciudadanía 1004426563, autora del trabajo de investigación titulado: Acciones de enfermería en programas de control prenatal en Latinoamérica, certifico que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de mí exclusiva responsabilidad.

Asimismo, cedo a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autora de la obra referida, será de mi entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba, 16 mayo 2022



Jenny Jesenia Garcia Garcia

C.I: 1004426563

DICTAMEN FAVORABLE DEL TUTOR Y MIEMBROS DE TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Tutor y Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación Acciones de enfermería en programas de control prenatal en Latinoamérica, presentado por Jenny Jesenia Garcia Garcia con cédula de identidad número 1004426563, certificamos que recomendamos la APROBACIÓN de este con fines de titulación. Previamente se ha asesorado durante el desarrollo, revisado y evaluado el trabajo de investigación escrito y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba 23 junio 2022


MsC. Mayra Carola León Insuasty
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO


Firmado electrónicamente por:
MAYRA CAROLA
LEON INSUASTY
Firma

MsC. Susana Padilla Buñay
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO

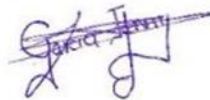

Firmado electrónicamente por:
SUSANA
PADILLA
Firma

MsC. Elsa Graciela Rivera Herrera
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO


Firmado electrónicamente por:
ELSA GRACIELA
RIVERA HERRERA
Firma

MsC. Cielito del Rosario Betancourt Jimbo
TUTORA


Firmado electrónicamente por:
CIELITO DEL
ROSARIO
BETANCOURT JIMBO
Firma



Jenny Jesenia Garcia Garcia

C.I: 1004426563

CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación Acciones de enfermería en programas de control prenatal en Latinoamérica, presentado por Jenny Jesenia Garcia Garcia, con cédula de identidad número 1004426563, bajo la tutoría de MsC. Cielito del Rosario Betancourt Jimbo; certificamos que recomendamos la APROBACIÓN de este con fines de titulación. Previamente se ha evaluado el trabajo de investigación y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba 23 junio 2022

Presidente del Tribunal de Grado

MsC. Mayra Carola León Insuasty



Firma

Miembro del Tribunal de Grado

MsC. Susana Padilla Buñay



Firma

Miembro del Tribunal de Grado

MsC. Elsa Graciela Rivera Herrera



Firma

CERTIFICADO ANTIPLAGIO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO CID
Ext. 1133

Riobamba 15 de junio del 2022
Oficio N° 179-URKUND-CU-CID-TELETRABAJO-2022

MSc. Paola Maricela Machado Herrera
DIRECTORA CARRERA DE ENFERMERÍA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNACH
Presente.-

Estimado Profesor:

Luego de expresarle un cordial saludo, en atención al pedido realizado por la **MSc. Cielito del Rosario Betancourt Jimbo**, docente tutor de la carrera que dignamente usted dirige, para que en correspondencia con lo indicado por el señor Decano mediante Oficio N° 1898-D-FCS-TELETRABAJO-2020, realice validación del porcentaje de similitud de coincidencias presentes en el trabajo de investigación con fines de titulación que se detalla a continuación; tengo a bien remitir el resultado obtenido a través del empleo del programa URKUND, lo cual comunico para la continuidad al trámite correspondiente.

No	Documento número	Título del trabajo	Nombres y apellidos del estudiante	% URKUND verificado	Validación	
					Si	No
1	D- 140267289	Acciones de enfermería en programas de control prenatal en Latinoamérica	García García Jenny Jesenia	1	x	

Atentamente,

CARLOS
GAFAS
GONZALEZ

Firmado digitalmente
por CARLOS GAFAS
GONZALEZ
Fecha: 2022.06.15
12:51:47 -05'00'

Dr. Carlos Gafas González
Delegado Programa URKUND
FCS / UNACH

Debido a que la respuesta del análisis de validación del porcentaje de similitud se realiza mediante el empleo de la modalidad de Teletrabajo, una vez que concluya la Emergencia Sanitaria por COVID-19 e inicie el trabajo de forma presencial, se procederá a recoger las firmas de recepción del documento en las Secretarías de Carreras y de Decanato.

DEDICATORIA

A Dios, por las infinitas bendiciones que me permitieron culminar con esta etapa universitaria.

A mis padres, hermanos y amigos por darme la fortaleza para superar cada obstáculo y no dejarme rendir hasta alcanzar mis proyectos.

Jenny Jesenia Garcia Garcia

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Chimborazo por abrirme las puertas, en especial por haber pertenecido a la gloriosa Carrera de Enfermería, a mis docentes, compañeros y amigos que me acompañaron en esta trayectoria académica.

Un grato agradecimiento a mi tutora la MSc. Cielito del Rosario Betancourt Jimbo, que de manera desinteresada contribuyó en la elaboración de este trabajo.

Jenny Jesenia Garcia Garcia

ÍNDICE GENERAL

DECLARATORIA DE AUTORÍA	
DICTAMEN FAVORABLE DEL TUTOR Y MIEMBROS DE TRIBUNAL	
CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL	
CERTIFICADO ANTIPLAGIO	
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
ÍNDICE DE TABLAS	
ÍNDICE DE FIGURAS	
RESUMEN.....	
ABSTRACT.....	
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	13
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	24
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	30
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	33
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
ANEXOS.....	51

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No. 1. Acciones de enfermería en las normativas de los programas de control prenatal en Latinoamérica.	51
Tabla No. 2. Propuesta de un plan de atención para el control prenatal según la NANDA 2018-2020.....	60

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura No. 1. Algoritmo de búsqueda bibliográfica.....	32
---	----

RESUMEN

El control prenatal constituye un conjunto de intervenciones programadas y asistidas por el personal sanitario, administradas en la mujer embarazada, para orientar una variedad de actividades de autocuidado, con el propósito de mantener la salud materna, el desarrollo fetal y la obtención del nacido vivo en óptimas condiciones. De acuerdo, a las dimensiones identificadas, se exponen diversas recomendaciones para la práctica de estilos de vida saludable: reconocimiento de los cambios fisiológicos del embarazo, signos de alarma, educación en alimentación saludable y nutritiva, importancia de suplementos, actividad física, restricción total del consumo de sustancias tóxicas, importancia de la administración de vacunas, consejería en lactancia materna, asesoramiento sexual y métodos de planificación familiar. El objetivo fue determinar las acciones de enfermería en las normativas de los programas de control prenatal en Latinoamérica. Se realizó una revisión sistemática de documentos publicados en guías de práctica clínica, protocolos, manuales, normas, programas, bases de datos electrónicos, libros e informes, como fuente confiable de almacenamiento y contenido científico de organismos nacionales e internacionales. Finalmente a nivel latinoamericano se determinaron las principales intervenciones de enfermería: valoración de factores de riesgo, monitorización de signos vitales, movimientos fetales, frecuencia cardíaca fetal, altura de fondo uterino, maniobras de Leopold y fomento del autocuidado en la identificación de signos de peligro, nutrición, valoración y mantenimiento del peso, asesoría en micronutrientes, ejercicio físico, prohibición y abandono de estupefacientes, vacunas recomendadas, beneficios de la lactancia materna y métodos anticonceptivos.

Palabras clave: control prenatal, embarazo, cuidados de enfermería, autocuidado.

ABSTRACT

Prenatal care is a set of interventions programmed and assisted by health personnel, administered to the pregnant woman to guide various self-care activities to maintain maternal health, fetal development, and obtaining a live birth in optimal conditions. According to the identified dimensions, several recommendations for the practice of healthy lifestyles are presented: recognition of the physiological changes of pregnancy, alarm signs, education on healthy and nutritious food, the importance of supplements, physical activity, total restriction of the consumption of toxic substances, the importance of vaccination, breastfeeding counseling, sexual counseling, and family planning methods. The objective was to determine the nursing actions in the regulations of prenatal control programs in Latin America. A systematic review of documents published in clinical practice guidelines, protocols, manuals, standards, programs, electronic databases, books, and reports was carried out as a reliable source of storage and scientific content from national and international organizations. Finally, at the Latin American level, the primary nursing interventions were determined: assessment of risk factors, monitoring of vital signs, fetal movements, fetal heart rate, fundal height, Leopold maneuvers, and promotion of self-care in the identification of danger signs, nutrition, assessment and maintenance of weight, micronutrient counseling, physical exercise, prohibition and abandonment of narcotics, recommended vaccines, benefits of breastfeeding and contraceptive methods.

Keywords: prenatal control, pregnancy, nursing care, self-care.



Firmado electrónicamente por:
LORENA DEL
PILAR SOLIS
VITERI

Reviewed by:

Mgs. Lorena Solís Viteri

ENGLISH PROFESSOR

c.c. 0603356783

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define que el control prenatal es el cuidado del embarazo de forma oportuna, regular e integral, mediante la ejecución de actividades direccionadas a favorecer el bienestar materno fetal y obtener un recién nacido en óptimas condiciones; además brindar a la mujer una atención prenatal de calidad, individualizada y digna de respeto, dirigida a la valoración de necesidades físicas, biológicas, condiciones sociales, ambientales, psicológicas y emocionales para garantizar una experiencia efectiva de la maternidad.⁽¹⁾

Según la *norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo*, en Colombia, durante la primera consulta prenatal se elabora la historia clínica y se evalúa el estado de salud para prevenir la morbilidad de la madre y del producto; sin embargo, coincide con Ecuador y determinan que existen factores modificables y no modificables que intervienen en el cumplimiento, adherencia y asistencia a los controles prenatales.^(1,2)

Dentro de los factores que interfieren con la atención prenatal se encuentran variables personales: desnutrición y obesidad, escuela primaria incompleta, solteras sin pareja estable, cuidado de otros hijos, gran multíparas, desempleo o dificultad para obtener permisos de trabajo, realización de quehaceres domésticos, embarazo no planificado, olvido, falta de motivación o desconocimiento sobre la importancia para acudir a las citas programadas, insatisfacción de la atención recibida en los establecimientos de salud, tipo y tamaño de familia. Algunos socioculturales se incluye la religión, prácticas culturales y los ingresos y egresos en el aspecto económico.⁽¹⁻⁴⁾

A nivel mundial, en el año 2015, alrededor del 64% reciben atención prenatal dentro y fuera de las unidades sanitarias, además durante el parto y postparto, es decir, a lo largo de la gestación no se consigue la vigilancia del mismo en su totalidad. Razón por la cual, aproximadamente 303 000 mujeres fallecieron por factores que se relacionaron con el embarazo, 2,7 millones de neonatos perdieron la vida, y la cifra de niños que nacieron muertos alcanzó los 2,6 millones. Es posible minimizar estas muertes, sin embargo, las causas descritas anteriormente impiden a la gestante acudir a todos los controles y recibir un cuidado de calidad.⁽⁵⁻⁷⁾

En América Latina, hasta el año 2017, la asistencia al control prenatal equivalente a más de cuatro visitas, representó las siguientes cifras; Cuba del 100%, Argentina 99%, Brasil 97%, Uruguay 91%, Ecuador 85%, Colombia el 83%, Nicaragua 81%, Honduras 70%, México 59%, Panamá 38% y Guatemala 18%. Ello indica que en años anteriores los controles orientados al cuidado del embarazo en algunos países eran muy bajos. Sin embargo, en el 2019 esta cifra disminuyó considerablemente, Ecuador alcanzó solo el 58% de asistencia a las citas programadas con la gestante.⁽⁸⁻¹¹⁾

El Ministerio de Salud Pública (MSP), revela datos estadísticos en la Gaceta epidemiológica de *mortalidad materna*, con respecto a Latinoamérica, Ecuador registra un alto porcentaje de muerte por razones obstétricas directas e indirectas, durante el embarazo, trabajo de parto

y dentro de los 42 días del puerperio. Las provincias con las tasas de mortalidad más elevadas en el 2020 se registraron en guayas y pichincha 35 y 19 casos respectivamente, Chimborazo no está exento en sus cantones: Alausí, Colta, Guamote y Riobamba siendo esta ciudad la que anuncia mayores cifras de mortalidad.⁽¹²⁾

Por lo tanto, la inasistencia al control del embarazo conlleva una variedad de consecuencias, posiblemente irreversibles en la madre y el niño. Entre estas se manifiestan complicaciones obstétricas causantes de muerte materna, principalmente los trastornos hipertensivos (preclamsia severa, eclampsia y síndrome de hellp), con el 32,17%, las hemorragias obstétricas (embarazos ectópicos, ruptura uterina, amenaza de parto pretérmino, y hemorragias postparto) con el 19,58% y las causas indirectas el 34,26%.⁽¹²⁾

La evidencia del gran incremento de la morbimortalidad materna-neonatal con un mínimo de cuatro visitas, condujo a la evaluación integral, incluyendo visitas periódicas en el domicilio para lograr un acercamiento de las expectativas deseadas, requerimientos y satisfacción de la gestante.⁽¹⁾ Actualmente se recomienda la ampliación de contactos, como mínimo ocho contactos dirigidos a la atención prenatal: 1 contacto en el primer trimestre, 2 contactos en el segundo trimestre y 5 contactos en el tercer trimestre.^(5,6)

Primer trimestre contacto 1: antes de las 12 semanas, segundo trimestre contacto 2: 20 semanas, contacto 3: 26 semanas, tercer trimestre contacto 4, 5, 6, 7, 8 a la semana 30, 34, 36, 38, y 40 respectivamente. Si no se ha dado el parto, la última cita se efectúa a las 41 semanas antes del mismo. La precocidad en el primer trimestre, garantiza un mayor cumplimiento a los controles y permite una valoración completa, continua e integral, de cada embarazada. Esta planificación de actividades tiene como propósito, evaluar de forma oportuna alteraciones en el embarazo y minimizar favorablemente la mortalidad de la madre y/o hijo.^(5,6)

Organización Panamericana de la Salud (OPS), en conformidad con las normas de la OMS elabora *recomendaciones sobre atención prenatal para lograr una experiencia positiva del embarazo*, que incluyen: evaluación completa de la embarazada, antecedentes personales y familiares, valoración basado en violencia de género, monitorización de signos vitales, examen físico, medidas antropométricas peso y talla, movimiento fetal y evaluación de altura de fondo uterino.^(1,13,14)

Entre otros cuidados a través de la enseñanza de conocimientos y actividades a realizar se encuentran; la aplicación de medidas preventivas mediante el tratamiento farmacológico o no farmacológico, entre estas se encuentran: vacunas, ingesta de ácido fólico, sulfato ferroso, calcio, suplementos de zinc y vitamina A; la educación de los cambios esperados en el organismo, signos de alarma, asistencia a los controles e importancia de análisis de laboratorio. Mediante la promoción de estilos de vida saludable, la consejería está encaminada al conocimiento de alimentación sana, actividad física, métodos anticonceptivos, lactancia materna y cuidados del recién nacido.^(1,14)

Guatemala en su Guía de Práctica Clínica (GPC) basadas en evidencia (BE) del 2016 titulada; *control prenatal de bajo riesgo*, en concordancia con Ecuador resalta la importancia

de la valoración de antecedentes personales y familiares. Dentro del contenido a valorar en la persona, es fundamental que en la primera visita se obtenga información acerca de datos personales, patologías previas, antecedentes gineco-obstétricos, hábitos de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicotrópicas, el déficit o exceso de realización de ejercicio físico y signos de violencia.^(1,15,16)

Ecuador, según la GPC *Control Prenatal*, la detección de la violencia intrafamiliar en embarazadas, generada por problemas emocionales y sociales, puede ser causa de nacimiento prematuro, sangrado vaginal o la muerte perinatal; además crea la posibilidad de interrumpir el vínculo afectivo madre e hijo. Es recomendable que los profesionales de la salud evalúen de manera exhaustiva, lo físico he incluyan la detección de factores de riesgo psicosociales, verificar alertas ante síntomas de violencia en la familia, promover un ambiente tranquilo, respetuoso y seguro, si es necesario trabajar con grupos de apoyo; especialistas en salud mental para disminuir el porcentaje de depresión posparto.⁽¹⁾

En este mismo país, se ejecuta la valoración de los signos vitales y el registro del Score Mamá, durante el embarazo y puerperio es obligatorio para identificar situaciones de mayor riesgo obstétrico, y así reducir enfermedades y muertes prevenibles. El Score Mamá consta de seis parámetros a evaluar: frecuencia Cardíaca (FC), presión arterial sistólica y diastólica, frecuencia respiratoria (FR), saturación de oxígeno (Sat), temperatura, estado de conciencia y proteinuria. Su puntuación va de 0 a 3 en izquierda y derecha, dependiendo la variabilidad de los signos vitales se determinará el grado de salud y síntoma de enfermedad.⁽¹⁾

En conjunto con la valoración de signos vitales se realiza el examen físico, en estado de embarazo es primordial incluir la examinación a través de las maniobras de Leopold, el cálculo de la edad gestacional y la medición de altura uterina. Dicha evaluación es recomendada a partir de la semana 24 y en todos los controles subsiguientes. En caso de encontrar discordancias entre la altura de fondo uterino y la edad de gestación, la embarazada debe recibir atención por un especialista ginecobstetra.⁽¹⁾

Las disparidades entre la edad gestacional y altura de fondo uterino pueden deberse a un error en la evaluación del tiempo de embarazo, a una exploración anterior sin afirmación de feto pequeño o grande para su edad gestacional, embarazos múltiples, desarrollo de mola hidatiforme, polihidramnios o presencia de miomas.⁽¹⁾

En cuanto a la evaluación de las maniobras de Leopold, se ha reportado que tienen una especificidad del 94%, el análisis de la presentación fetal es recomendado a partir de la semana 28 a 30 de gestación. Siendo esta una actividad positiva desde la experiencia del personal de salud, se practica para junto con otros exámenes estimar mejores resultados de la evaluación. Es importante la palpación de los movimientos fetales y la auscultación llevando a cabo un registro cuantitativo de los latidos cardíacos con estetoscopio o corneta de Pinard, lo cual confirma la existencia de un feto vivo; sin embargo, no detecta alteraciones en el mismo.⁽¹⁾

Dentro de las recomendaciones referentes al examen físico en la atención prenatal, se encuentra la valoración nutricional e índice de masa corporal (IMC). Enfermería a través del

desarrollo de actividades para la toma de medidas antropométricas (peso y talla) determina el IMC. Esta evaluación permite mantener la comunicación con la gestante y proporcionar información en cuanto a la alimentación. La ejecución educativa y la técnica participativa en el cuidado, aproxima a la ganancia de peso necesaria para llevar el embarazo en las mejores condiciones nutricionales hasta su finalización.⁽¹⁾

La ganancia de peso apropiada en el embarazo se basará de acuerdo al peso en kilogramos previo al estado gestacional. En mujeres con un IMC menor de 20kg/m² el incremento de peso debe ser de 12 a 18kg, cuando el IMC se encuentre entre 20 a 24.9kg/m² el aumento de peso debe ser de 10 a 13kg, cuando el IMC sea de 25 a 29.9kg/m² el incremento de peso debe ser de 7 a 10kg y en aquellas mujeres con un IMC mayor 30kg/m² el aumento de peso debe ser de 6 a 7kg.⁽¹⁾

Por otro lado, entre los cuidados en favor de prevenir complicaciones en el embarazo, se encuentra la administración de la vacuna antitoxina tetánica, para la prevención del tétanos, se aplican dos dosis, 1ra dosis antes de las 20 semanas y 2da dosis entre las semanas 27 y 29, la vacuna contra la influenza administrar en cualquier trimestre de la gestación. En las embarazadas sin antecedentes de la vacuna contra el virus de la varicela es recomendado la aplicación de la 1ra dosis al finalizar el embarazo y la 2da después de 4 u 8 semanas. En las últimas semanas de embarazo es importante educar a la mujer que acuda a recibir la vacuna de rubiola. Las vacunas con virus vivos atenuados no se aplican debido a que atraviesan la barrera placentaria y afectan al feto.⁽¹⁾

El tratamiento farmacológico es indispensable durante el embarazo estos se administrarán siempre y cuando el beneficio sea mayor al riesgo, por ende, se procurará mantener absoluta precaución inclusive al utilizar productos naturales. Todas las embarazadas tienen el derecho al conocimiento y a recibir medicamentos recomendados por vía oral; el uso de ácido fólico 0.4 mg + 60 mg de hierro por vía oral cada día durante las primeras 12 semanas de gestación, si la hemoglobina no reporta anemia, suspender el sulfato ferroso hasta la semana 20 y recomendar la ingesta de 5 mg ácido fólico durante las 12 semanas iniciales de la gestación a mujeres con diabetes, IMC mayor a 35 kg y antecedentes de defectos del tubo neural.⁽¹⁾

En poblaciones con déficit de ingesta de calcio y riesgo de trastornos hipertensivos del embarazo, se recomienda el consumo suplementario de 1,5 a 2,0 gramos de calcio elemental oral. Las gestantes que habitan en zonas donde existe carencia de vitamina A es aconsejable la dosis no mayor a 2.500 UI de vitamina A para prevenir la ceguera nocturna y evitar la suplementación innecesaria. Existe poca evidencia que los suplementos de zinc disminuyan la incidencia de partos prematuros, recién nacidos pequeños para la edad gestacional o aparición de preeclampsia; además es incierta la dosificación que interfiere con la absorción del calcio y hierro por ende se aconseja los alimentos con zinc; sin embargo en casos especiales bajo prescripción médica se recomienda 20 mg diarios durante 6 meses.^(1,14)

En México se maneja el *programa de acción específico de salud materna y perinatal*, para el cuidado de la gestación plantea como requisito un mínimo de 8 visitas programadas con la embarazada; las intervenciones y el asesoramiento se dan en cada visita según la etapa gestacional. En la 1ra visita se realizará la valoración de los riesgos, altura y peso, medición

de la presión arterial, examen físico, detección de violencia familiar y depresión; en la 2da visita se incrementa la valoración del latido cardíaco fetal; en la 3ra y 4ta visita medir la altura de fondo uterino; 5ta y 6ta visita detección de diabetes mellitus gestacional y en la 7ma y 8va visita se confirma la posición fetal.⁽¹⁷⁾

También se brinda educación fomentando el autocuidado; entre estos, la identificación para prevenir un trabajo de parto prematuro, estilos de vida saludable, alimentación nutritiva, identificación y seguimiento de los factores de riesgo modificables, asesoría en signos de alarma, fisiología del embarazo, lactancia materna; en la 4ta visita incluir la orientación del manejo de la medicación, para pacientes con diagnóstico médico de diabetes mellitus gestacional; en la 6ta visita se brindará asesoría sobre viajes, anticoncepción, sexualidad, atención del neonato, cuidados de la episiotomía y el manejo de la hipertensión inducida por el embarazo; en la 8va visita se incluye la indicación de la vacunación posparto.⁽¹⁷⁾

En este mismo país también se lleva a cabo el manejo de la inmunización, se administrarán los refuerzos contra el tétanos, se educa sobre suplementos nutricionales de hierro y ácido fólico y se administrará la vacuna contra la influenza; durante la 4ta visita se orienta y se administra la vacuna RhoGAM para prevenir incompatibilidad de grupo sanguíneo y Rh madre e hijo si el padre es positivo o se desconocen estos datos.⁽¹⁷⁾

República Dominicana en su *protocolo de atención del embarazo de bajo riesgo*; menciona la importancia y una serie de recomendaciones para ejecutar el manejo no farmacológico. Las mujeres que se encuentran planificando un embarazo o atravesando la etapa de la gestación, se aconseja el abandono de la ingesta de alcohol, consumo de tabaco o sustancias psicoactivas, como medida de prevención de alteraciones en la salud del feto. El personal de enfermería deberá proporcionar una información detallada, acerca de las complicaciones que se desarrollan por consumo de dichas sustancias y lograr la motivación de abstinencia.⁽¹⁸⁾

Por otra parte, cabe mencionar los cambios esperados en el embarazo siendo este un proceso fisiológico normal para el desarrollo de una nueva vida, aparecen síntomas fisiológicos muy comunes, entre estos: náuseas y vómitos, acidez gástrica, calambres de las piernas, lumbalgia, artralgia y dolor pélvico, hemorroides por estreñimiento y venas varicosas. La orientación y las intervenciones del personal de enfermería directamente a la gestante se dirigen a minimizar o eliminar completamente la presencia de dichas molestias.^(1,19)

Los problemas gastrointestinales son los síntomas más comunes que aparecen en el embarazo, principalmente las náuseas en el primer trimestre y los vómitos se extienden hasta la semana 20 de gestación. Se debe educar a la embarazada sobre las alternativas para reducir estos síntomas e informarle que generalmente desaparecen de forma espontánea en el segundo trimestre; en caso de hiperémesis gravídica se requiere manejo hospitalario. Por otro lado, aquellas mujeres que presenten pirosis persistente luego de las modificaciones en la dieta evitando comidas irritantes, es recomendable usar inhibidores de secreción gástrica. En cuanto al dolor epigástrico hay que diferenciarlo con el dolor asociado a signos de preeclampsia.^(1,19)

Sin embargo, el aparato digestivo no es el único afectado, el apareamiento de síntomas que generan malestar también se pone en manifiesto a nivel lumbar. El dolor de espalda y articulaciones es frecuente en el segundo y tercer trimestre de embarazo, se asocia con variaciones posturales, aumento de hormona relaxina y del peso. Para estas alteraciones se recomienda las siguientes actividades: mejorar la postura corporal, realización de masajes, acupuntura y ejercicio de relajación para disminuir el dolor.^(1,19)

Por otra parte, se recomienda informar que el 8% de las embarazadas presentan problemas de hemorroides en el tercer trimestre, probablemente ocasionadas por dieta baja en fibra y ejercicio físico escaso. La educación de terapia no farmacológica de consumir una alimentación con alto contenido de fibras y líquidos, motiva al autocuidado y reduce eficazmente los síntomas. No existe evidencia que con el uso de cremas haya eficacia del tratamiento de las hemorroides y tampoco se han asociado efectos contra el feto.^(1,19)

Para tratar el problema de las venas varicosas que aparecen en miembros inferiores durante el embarazo, mencionando que no son causa de complicación por sí mismo sino de prurito y edema. Se puede recurrir a medidas no farmacológicas que mejoran el alivio de los síntomas más no lo previenen, entre estos cuidados; las medias compresivas, elevación de las extremidades inferiores y la inmersión en agua, son intervenciones disponibles practicadas de acuerdo a la preferencia de cada mujer. Cabe mencionar que durante este trascurso pueden aparecer alteraciones de mayor complicación que podrían poner en peligro la vida de la madre y el feto.^(1,14,19)

En Uruguay, se utiliza el *manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio* e informa sobre los signos de alarma y recalca que las enfermedades preexistentes pueden conllevar con mayor facilidad a esta complicación. En un embarazo normal no debe haber sangrados, dolor intenso en el vientre ni salida de líquido vaginal antes de la fecha programada al parto, (proceso fisiológico normal cuando inicia la labor de parto o a partir de las 38 semanas de gestación), cefalea, zumbido en los oídos, mareo y escotomas, convulsiones, disminución de los movimientos fetales, ardor al orinar o mal olor en la orina y secreciones vaginales, parto demorado, hipertermia, o mala presentación del feto.^(20,21)

Por consiguiente, en el ministerio de salud ecuatoriano, surge la necesidad que el personal sanitario involucrado en la atención a la embarazada, brinde capacitaciones que proveerán conocimientos para el fomento del autocuidado y ejecuta actividades que ameriten durante la gestación. Entre estos también se involucrará la motivación de la asistencia a los controles e importancia del análisis de laboratorio, actividad que facilita la toma de decisiones orientadas a la prevención, realización de intervenciones basadas en el diagnóstico y a brindar consejería del tratamiento para la enfermedad, con la intención de mejorar su calidad de vida.⁽²⁰⁾

Por otro lado, se debe brindar consejería de alimentos nutritivos y del buen manejo de los mismos, desde el primer contacto con la gestante. Se hace énfasis en la higiene de manos constantemente tanto para la preparación como para la ingesta. Además, se deberá evitar comer carne y huevos crudos o poco cocidos, mayonesa y alimentos de dudosa preparación que pueden causar infecciones como la *salmonelosis*, aunque no se ha evidenciado

repercusiones en el feto, puede causar en la embarazada severos cuadros de vómitos y diarreas. En general se otorgará información en cuanto a los beneficios que aportan una variedad de alimentos.⁽¹⁾

Es por ello que, antes y durante el embarazo se recomienda una dieta variada y balanceada de acuerdo a las necesidades y preferencias de cada mujer, incluir en el consumo: frutas, verduras, proteínas tanto de origen animal como vegetal y lácteos, evitar productos como: el té, café y refresco de cola debido al alto contenido de cafeína. Durante esta etapa se llevará a cabo un control de ganancia de peso, para determinar estados de malnutrición, sobrepeso u obesidad esta última condicionante aproxima un riesgo de preeclampsia y mayor riesgo de mortalidad materno-fetal. Una alimentación saludable también debe ir acompañada de actividad física y con mayor hincapié en gestantes obesas.⁽¹⁾

En Venezuela, según el *protocolo de atención, cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia*; sugiere que toda mujer en estado de gestación debe ser motivada, a llevar en la rutina diaria un plan de realización de actividad física, tipo aeróbico moderado, caminar o nadar. Evitar deportes extremos y peligrosos debido al riesgo potencial que poseen como el buceo, actividades de contacto físico o causantes de un posible trauma abdominal.⁽⁵⁾ La GPC ecuatoriana de *control prenatal*, recomienda ejercicios para fortalecer el suelo pélvico con la finalidad de reducir el riesgo de incontinencia urinaria.⁽¹⁾

En Chile, según la *agenda de salud control prenatal* apoyado por los programas en este país, hacen énfasis en el cuidado del embarazo, y promueve la realización de ejercicio físico durante la gestación; las mujeres que no tienen costumbre de esta actividad, recomienda caminar 10 minutos e ir incrementando 5, hasta conseguir 30 minutos de caminata diaria; incluir en la rutina la elevación de la pelvis, giro de la columna, inclinación hacia delante, relajación lumbar, introducir la pelvis arqueando la espalda hacia arriba mantener un momento y luego relajar manteniendo la espalda recta, fortalecer el perineo practicando los ejercicios de Kegel unas tres o cuatro veces al día.⁽²²⁾

En este mismo país promueve otros cuidados como: la alimentación saludable además ha desarrollado la *purita mamá* para embarazadas y mujeres que amamantan, todas estas pacientes tienen el derecho de recibir esta bebida láctea en el primer nivel de atención de los establecimientos de Chile. Entre otros; la restricción de estupefacientes, el cuidado bucal la forma correcta del cepillado de dientes y uso de seda dental, preparación para la maternidad/paternidad y lactancia materna.⁽²²⁾

La OPS, ha implementado estrategias y un plan de acción, *todos los recién nacidos* (denominado ENAP, por sus siglas en inglés), orientados a motivar un proceso continuo de la atención de la madre y brindarle al recién nacido y niño, entornos adecuados para la salud. Esa planificación tiene como propósito fortalecer el sistema de salud y realizar intervenciones de calidad la iniciativa de este plan pretende disminuir la mortalidad fetal y favorecer al recién nacido entornos saludables hasta el año 2035.⁽²³⁾

Es un trabajo continuo adoptar medidas para lograr el acceso a la atención de salud de la mujer en estado o no gestacional y a los recién nacidos; a fin de reducir muertes, la estrategia

mundial espera adoptar un conjunto de medidas: fortalecimiento a través de inversiones, para el cuidado en el embarazo, parto, nacimiento hasta la primera semana de vida; mejorar la calidad de atención materna-neonatal; trabajar en todas áreas para minimizar las desigualdades de atención en las mujeres y sus hijos; lograr un cambio con la participación familiar y comunitaria, por último; contabilizar los nacimientos y defunciones de los recién nacidos.⁽²³⁾

La OMS proclama *mejorar la supervivencia y el bienestar de los recién nacidos*, e implementa una serie de estrategias para alcanzar procesos rápidos en el ámbito referente a la supervivencia promoción de la salud en atención prenatal de calidad en las unidades sanitarias. Cabe mencionar, que al asegurar la disponibilidad y atención efectiva se desempeña un accionar para evitar muertes prenatales y neonatales. Se proporciona información a la madre del cuidado que llevará con el recién nacido; protección térmica, contacto piel con piel, estimulación, higiene especialmente en el cordón umbilical y sobre los beneficios que aporta la leche materna.⁽²⁴⁾

Según García A y colaboradores, en la *GPC sobre lactancia materna*; la lactancia es un alimento completo, saludable e indispensable para el desarrollo del niño; es por ello que la OMS, recomienda alimentar a los niños con lactancia materna exclusiva dentro de los primeros 6 meses de vida, a partir de esta edad incluir alimentos nutritivos. Los estudios científicos han demostrado que una restricción en el amamantamiento conlleva a el desarrollo de enfermedades a temprano y largo plazo. Además del frecuente contacto físico, crea una interrelación afectiva y entre otros beneficios para el niño, madre y familia.⁽²⁵⁾

El MSP, menciona los *beneficios de la lactancia materna*, e informa que la leche de la madre contiene nutrientes necesarios para favorecer al normal crecimiento y desarrollo del hijo. Además, los anticuerpos que posee fortalecen al lactante ayudándole a protegerse de enfermedades como: infecciones respiratorias, digestivas y alergias; muerte súbita; caries dentales en la infancia y adolescencia; a largo plazo disminuye la probabilidad de desarrollar desnutrición, hipercolesterolemia, obesidad, diabetes mellitus tipo 1 y 2, enfermedades cardiovasculares o leucemia, favorece al desarrollo del lenguaje, capacidad intelectual y previene el riesgo de problemas mentales.⁽²⁶⁾

En cuanto a los beneficios que la lactancia materna aporta en la mujer, cabe destacar que este proceso promueve un vínculo afectivo, debido a la producción de hormonas en el organismo, mismo que le ayudan a la madre a sentirse relajada y amorosa con su niño. Entre otros beneficios, la disminución de sangrados, por ende, la reducción del riesgo a desarrollar anemia, rápida recuperación después del parto, quema de calorías favoreciendo de manera estética por evidente pérdida de peso. A largo plazo se evitarán consecuencias como la osteoporosis, cáncer de mama o de ovarios.⁽²⁶⁾

Por otro lado, no solo se beneficia la madre y su hijo, aquí también se incluye a la familia y personas cercanas con un vínculo afectivo pueden mantener una participación en esta actividad, debido a la disponibilidad y alcance económico. La lactancia materna desempeña un papel fundamental, disminuye el gasto económico para la compra de fórmulas y ahorro de tiempo en la preparación o almacenamiento de este alimento. La manipulación y uso

constante de biberones, chupones u otros utensilios, acompañado de alimentos procesados con déficit o nulo aporte de nutrientes necesarios para el desarrollo inmunológico, hacen al niño más propenso de enfermarse.⁽²⁶⁾

Según el MSP, en la normativa, *establecimientos de salud amigos de la madre y del niño* (ESAMYN), en el componente (D) de lactancia materna, implementa una variedad de normas para disminuir la morbimortalidad. Entre estas recomienda que ningún niño debe ser alimentado por otro líquido diferente a leche materna y totalmente restringido el uso de chupones y biberones. Importante informar a las embarazadas los beneficios que aporta el amamantamiento y motivar a la lactancia a libre demanda, el tiempo y horario que el niño requiera. Además, el personal de enfermería tiene la obligación de ayudar a la madre a iniciar la lactancia materna después del parto.⁽²⁷⁾

Hay señoras que recurren a la utilización de chupones y biberones, por el tema de las areolas y pezón plano o invertido. Es por ello que, luego de la primera hora de nacimiento, el personal de salud debe ayudarle a la madre a encontrar una postura que facilite el agarre y fomentar la lactancia con mayor frecuencia para lograr estimular la salida del pezón.⁽²⁵⁾

En Colombia se maneja los *protocolos para la atención de enfermería a la salud sexual y reproductiva de la mujer*; para ejercer los cuidados de la gestante se realiza una interacción entre profesional de enfermería y mujer o familiares y compañeros de confianza si así lo prefiere. En el primer trimestre de embarazo es fundamental la identificación de los riesgos, gestación deseada o no y si es producto de violación se orienta sobre la conducta que debe seguir, las opciones de adopción y los derechos que ella tiene con respecto a la interrupción voluntaria de su embarazo, control de signos vitales, medidas antropométricas peso y talla hábitos higiénicos y nutricionales.⁽²⁸⁾

Durante el control en el segundo trimestre la valoración se basa en determinar la evolución de la gestación, curvas de crecimiento, brindar información sobre la participación de la pareja para prepararlos en maternidad y paternidad, estimulación prenatal, fomento de la actividad física que incluye; ejercicio, sueño y descanso, las mujeres que mantengan una actividad laboral de pie se recomienda un descanso de media hora cada 2 horas, insistir en la alimentación variada y nutritiva, higiene y cuidados personales en la salud oral; además, se informa de las consecuencias que conlleva los hábitos perjudiciales como el consumo de sustancias no beneficiosas.⁽²⁸⁾

Durante el tercer trimestre se indaga de la misma manera que en el primero y segundo, y se adiciona un examen físico completo en el que se incluye las maniobras de Leopold, auscultación de la frecuencia cardíaca fetal, movimientos y número defectos; se refuerza la educación para la preparación del parto, cuidados del recién nacido y lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.⁽²⁸⁾

Por otra parte, el embarazo no planeado afecta negativamente en lo que respecta al cuidado de sí misma física y mental, y a desarrollar miedos, estrés, ansiedad y depresión posparto o futuros embarazos improvisados; la planificación familiar es relativamente importante, debido a que son estas mujeres sin antecedentes de anticoncepción, las mismas que acuden

a su primer control prenatal, pasado el tiempo óptimo para ejercer esta actividad, por ende, no contarán con un seguimiento adecuado; no llevar a cabo un proyecto de vida influye en el interés por la gestación y los cuidados, aumentando la probabilidad de inasistencia al mismo.⁽²⁸⁾

Tanto la actividad sexual durante la gestación como el ejercicio físico aeróbico moderado son seguros y no determinan ninguna complicación, siempre y cuando no se evidencie un embarazo de alto riesgo. Por ende, se recomienda la práctica de relaciones genitales en casos que la pareja por temor y miedo disminuya esta actividad por sentimientos de proteger al niño no nacido se debe respetar esa decisión. Sin embargo de forma obligatoria debe ser suspendida en presencia de síntomas de alarma como contracciones y sangrado que en consecuencia conllevan al aborto o parto pretérmino.⁽²⁸⁾

Argentina en su GPC, *recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal*, señala que el asesoramiento a todas las embarazadas y mujeres en edad fértil debe ser personalizado e instruido por el personal capacitado. Estas iniciativas promueven a tener mayor conciencia a la hora de tomar decisiones sobre la salud sexual y reproductiva, cabe recalcar que el capacitador no debe repercutir en la autonomía. Además, los establecimientos de salud deberán proporcionar el método anticonceptivo de elección de la usuaria cuando ella lo requiera.⁽²⁹⁾

Durante el estado de embarazo se asesora en métodos anticonceptivos que puede utilizar luego del parto. La anticoncepción postparto deberá brindarse en el puerperio a todas las mujeres adultas y adolescentes respetando el anticonceptivo de elección. Entre los métodos de planificación familiar recomendados en el período posparto para lactantes se encuentran: el DIU con cobre o con levonorgestrel, se aplica durante la cesárea y en mujeres que tuvieron un nacimiento por vía vaginal en los primeros días del puerperio hasta un mes después.⁽³⁰⁾

Entre otros, los implantes subdérmicos y los anticonceptivos orales solo de progestágeno, se recomienda usar en el segundo día después del parto; inyectables solo de progestágeno acompañado de lactancia materna, se administra después de las 6 semanas y en mujeres que no ejercen el amamantamiento desde el segundo día post-evento; las píldoras combinadas en el posparto con lactación se recomienda el consumo luego de 6 meses y sin lactación ya puede ingerir entre el día 21 y 28 luego del parto; el preservativo utilizar desde que reinicia la primera relación sexual.⁽³⁰⁾

Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en la *GPC de atención en el embarazo y puerperio*; la abstinencia temporal y la lactancia materna ininterrumpida protege de un embarazo hasta un 98% durante los primeros 6 meses después del parto. Cuando una púrpura no amamanta, puede adquirir la utilización de cualquier método anticonceptivo disponible o de su elección, siempre y cuando no existan condiciones de salud que limiten su uso.^(31,32) Cabe mencionar, que con el tiempo han surgido una variedad de necesidades en las gestantes durante el control prenatal, mismos que han direccionado al personal de enfermería a desarrollar una serie de cuidados directos basadas en la experiencia y fundamentados científicamente.^(33,34)

El cuidado a la mujer durante el embarazo es una etapa de constantes intercambios fisiológicos, que requieren una demanda de atención y seguimiento exhaustivo por parte del equipo de salud y de la gestante. Por ende, el personal de enfermería ejecuta el proceso de atención de enfermería (PAE) y actividades encaminadas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, utilizando la taxonomía de los diagnósticos NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), junto a los resultados NOC (Nursing Outcomes Classification) y las respectivas intervenciones NIC (Nursing Interventions Classification).⁽³³⁻³⁵⁾

La valoración de enfermería de forma individualizada en el cuidado prenatal, es indispensable para establecer diagnósticos e intervenir de acuerdo a las necesidades encontradas. Las acciones en el primer nivel de atención, se rigen principalmente mediante la clasificación de los dominios, es así que, en el Dominio I, Promoción de la Salud, se fomentan conductas saludables y se lleva a cabo una variedad de actividades que reducen o previenen los riesgos para el apareamiento de nuevos problemas. Cabe recalcar que, en algunas pacientes se ejecutaran intervenciones de manera oportuna e inmediata; sin embargo, el sentido humanista debe estar presente en todo momento.^(33,34)

Por tal motivo, una de las principales razones que ha motivado al desarrollo de esta revisión bibliográfica son las bajas coberturas de control prenatal en Latinoamérica; dicho de este modo; este es uno de los problemas que interfieren en la ejecución de las actividades de enfermería direccionadas a la gestante. Por lo tanto, en el presente estudio se formulan las siguientes preguntas: ¿Qué acciones de enfermería se desarrollan en programas que orientan al control prenatal en Latinoamérica? ¿Qué factores intervienen para el incumplimiento y la adherencia al control prenatal? ¿Cuáles son las complicaciones frecuentes por la falta de asistencia? ¿Cuál es la recomendación mínima de asistencia a la atención?

La valoración temprana, oportuna y constante que ejecuta el personal de enfermería a las gestantes, dentro de las unidades sanitarias y el seguimiento durante las visitas domiciliarias, permite la detección de los factores desencadenantes de posibles alteraciones. Por lo anteriormente descrito, el objetivo propuesto para el desarrollo de la revisión bibliográfica fue; determinar las acciones de enfermería en las normativas de los programas de control prenatal en Latinoamérica.

La información encontrada en la investigación servirá a personas interesadas en el cumplimiento del control prenatal, donde se promoverán acciones que direccionen a la prevención de complicaciones, fomentando la participación activa de las usuarias en medidas de promoción de salud y prevención de enfermedad, para conseguir un embarazo con mínimas molestias y obtener condiciones óptimas para el nacimiento.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

En Latinoamérica, se desarrollan criterios fundamentales para el cuidado materno, de acuerdo a las GPC que se manejan en cada país. Entre estos consta México en América del Norte; seis países de Mesoamérica; Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá. Y de América del Sur; Ecuador, Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Paraguay, Perú, Uruguay, Venezuela, Cuba, Republica Dominicana, Brasil y Haití. En el contexto latinoamericano el control prenatal en la atención primaria, es una de las estrategias más efectivas para disminuir, prevenir complicaciones y posible muerte materno fetal. Además, contribuye significativamente en optimar la salud, el bienestar y calidad de vida de la paciente, familia y comunidad.⁽³⁶⁾

El control prenatal concierne a las unidades sanitarias, y actúa principalmente en promocionar la salud y en la detención temprana de los trastornos del embarazo, con la finalidad de disminuir la mortalidad materna y neonatal. De forma particular se enfoca en los países latinoamericanos con alto grado de vulnerabilidad, donde las gestantes no asisten a la atención por una variedad de razones, que incluyen: edad, falta de escolaridad, situación económica, laboral, ocupaciones, crianza, ubicación geográfica de las instalaciones médicas lejanos al domicilio, no tener acceso al seguro social, baja calidad de atención recibida; también asociado con la cultura basada en costumbres y creencias.⁽³⁶⁾

En México, se recomiendan 8 visitas dirigidas al control prenatal en los establecimientos de salud, donde se involucra una cantidad de acciones que la paciente y su familia realizan, mismas que conducen al mantenimiento y desarrollo adecuado del embarazo, preparación de la maternidad y crianza del niño. La prestación de cuidados se basa en la identificación de los factores de riesgo, depresión, estimación de la fecha probable de parto (FPP) con regla de Naegele, monitoreo de feto vivo, prevención de enfermedades como el tétanos, gripe estacional o complicaciones obstétricas.⁽⁴⁷⁾

En este mismo país se fomenta la promoción de la salud mediante una rutina de cuidados individualizados sobre: alimentación sana, ejercicio físico 5 veces por semana, efectos del consumo de alcohol y tabaco, reducción de cafeína, micronutrientes (ácido fólico 400mcg, hierro 30-60mg, calcio 1,5-2 gr, vitamina A), reconocimiento de signos de peligro, salud bucal, lactancia materna, instrucción en prácticas sexuales seguras, prevención de infecciones de transmisión sexual y el uso de métodos anticonceptivos.⁽⁴⁷⁾

La Federación Centroamericana de Asociaciones y Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FECASOG) en la que constan los países; Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá; establece una GPC para el manejo del parto prematuro; esta asociación hace énfasis en la disminución de los factores de riesgo que en su mayoría son prevenibles, con la finalidad de producir un alto impacto en la reducción de complicaciones que posiblemente generen un aumento de las cifras de parto pretérmino y de mortalidad infantil.⁽³⁸⁾

En Costa Rica, principalmente se determinan estrategias para evitar las discapacidades en la infancia y la mortalidad materna neonatal, en este ámbito la acción fundamental se basa en la detección de los factores de riesgo. En todas las consultas; monitoreo de signos vitales, peso y talla, edad gestacional, vacunación, medición de altura uterina, movimientos fetales, maniobras de Leopold. Promover la participación de la mujer y familia durante la atención directa en las unidades de salud y visitas domiciliarias; en salud sexual y reproductiva, nutrición, actividad física, higiene, asesoría en salud dental, signos de alarma, lactancia materna, reconocimiento de problemas y relaciones violentas y preparación para el parto.⁽³⁹⁾

El Ministerio de Salud de El Salvador, determina que los profesionales de la salud deben tomar decisiones múltiples y complejas durante la atención a las pacientes. La prestación de los servicios de salud se direccionan a la prevención y manejo de las patologías de origen obstétrico en los que se encuentran: el embarazo ectópico, aborto, Abruption placentae, placenta previa, amenaza de parto pretérmino, corioamnionitis, anemia por déficit de hierro, diabetes gestacional, ruptura prematura de membranas, hipertensión arterial, síndrome HELLP, embarazo postérmino, infección de vías urinarias, parto distócico, hemorragias posparto, sífilis materna, manejo e inmunización por factor Rh negativo.⁽⁴⁰⁾

Según la GPC de Guatemala, recomienda 4 controles prenatales en comparación de asistir a 8 citas programadas, debido a la calidad de atención y satisfacción que indican las mujeres al recibir un cuidado más prolongado. Independientemente de la edad gestacional, es fundamental obtener información de los antecedentes personales, familiares, obstétricos y valoración del examen físico, medir altura uterina, FPP utilizando regla de Naegele, evaluar estado nutricional, administración de vacuna antitetánica a partir del 5to mes, consejería en suplementación de ácido fólico y hierro, consumo de tabaco y sustancias nocivas, actividad física e importancia de exámenes de laboratorio.⁽¹⁵⁾

En Honduras, la cobertura mínima de controles prenatales es de 5 ocasiones; además se enfoca en brindar una atención tempranamente en el primer nivel de atención, donde se brinda orientación de micronutrientes especialmente de ácido fólico y hierro, alimentación nutricional, signos de peligro, salud oral, salud sexual y reproductiva, anticonceptivos, preparación para la lactancia materna, administración de anti-rubéola y antitetánica. Se procura un manejo inicial, seguro, oportuno y eficaz, en casos que ameriten una atención de mayor complejidad referir en las mejores condiciones, para reducir las consecuencias obstétricas y neonatales con dicha ejecución se espera la disminución de la mortalidad en la madre e hijo.⁽⁴¹⁾

En Nicaragua, se hace énfasis en la promoción de la salud en alimentación nutritiva para la embarazada, debido a que es una situación prioritaria para el Ministerio de Salud de este Gobierno. Por lo que, durante la atención es necesario que el personal de salud cuente con elementos educativos y la consejería se dirija al manejo de comida natural y adecuada para la mujer y la familia, con el fin de minimizar las posibles dificultades que pueden aparecer durante la crianza de los hijos e hijas. Además, la entrega de micronutrientes

suplementarios de manera oportuna de carácter preventivo de la enfermedad o que evite la progresión de desnutrición y la mortalidad materna e infantil.⁽⁵¹⁾

En Panamá se señala que los embarazos y partos en la mayoría de los casos acontecen sin complicaciones, independientemente de que existan o no riesgos potenciales que pueden alterar la evolución normal. Sin embargo, en otras gestantes con determinados factores de riesgo incrementan la posibilidad de enfermedades y muertes materna y perinatal. Ante estas circunstancias se ha clasificado tres demoras por parte de la mujer, la familia, y el personal de salud.⁽³⁷⁾

La primera demora ocurre en la paciente, familia y comunidad por desconocimiento de las causas que pueden amenazar la vida, la segunda demora cuando reconoce los cambios de salud y no acude a la atención y la tercera demora sucede cuando no se brinda un cuidado oportuno y eficaz dentro de las instituciones sanitarias. Analizando la primera y la segunda demora, es responsabilidad de todo el personal de salud, mantener una educación y evaluación constante de los conocimientos otorgados a la mujer y familia en temas de factores de riesgo y signo de peligro que pueden alterar la finalidad segura de la gestación y sobre la importancia de la búsqueda y acceso oportuno de atención por un profesional.⁽³⁷⁾

Ecuador, ha puesto énfasis en la prevención de complicaciones obstétricas que pueden afectar a la madre, hijo y al contexto familiar. En base a los factores de riesgo se ha implementado un mínimo de 5 consultas de atención durante el embarazo y un seguimiento continuo, esta frecuencia se verá alterada cuando se amerite controles prenatales de emergencia. Por consiguiente, se induce una variedad de recomendaciones desde el primer control hasta su finalización enfocados a el reconocimiento de los cambios fisiológicos y signos de peligro, mantenimiento del peso ideal mediante la alimentación saludable y el ejercicio físico, evitar el consumo de sustancias, asesoría en lactancia materna y planificación familiar.⁽¹⁾

Se determinan cuidados de enfermería específicos para cada trimestre de embarazo: en el primero se monitoriza los signos vitales, se realiza un examen físico completo capaz de detectar signos de violencia intrafamiliar o depresión, incluir la valoración del IMC y glicemia en ayunas. En el segundo trimestre se incluye la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal y durante el tercer trimestre importante brindar asesoría individualizada del tratamiento para la anemia, a partir de las 36 - 38 semanas de gestación valorar el producto mediante las maniobras de Leopold. En gestaciones con evolución normal se deberá indicar la fecha probable de parto y medidas para prevención de embarazo postérmino.⁽¹⁾

En Argentina, el personal de enfermería contribuye a la realización de determinadas actividades favorables, durante la evolución y finalización gestacional. Entre estos cuidados se realiza el examen físico, monitorización de la presión arterial, cálculo de la edad gestacional, FPP, evaluación de los movimientos fetales, frecuencia cardíaca fetal, medición de altura uterina, maniobras de Leopold, verificación del IMC, indagación sobre el uso de sustancias psicoactivas, vacunación antitetánica, consejería del tratamiento con hierro y

ácido fólico, salud bucal, importancia de los exámenes de laboratorio, preparación para el parto, crianza y el asesoramiento sobre lactancia materna.^(29,48,49)

En Bolivia, se considera esencial el manejo de 7 controles prenatales para el llenado de la hoja en la historia clínica, en caso de requerir mayor atención se añadirán cuadrículas u otra hoja. Se manejan las siguientes actividades que corresponde a enfermería: valoración del IMC, indagar la fecha de última menstruación, para determinar la edad gestacional y la FPP utilizando la regla de los 280 días o de Naegele, medir la altura uterina, evaluar signos de violencia, o consumo de sustancias nocivas, aplicar la vacuna antitetánica. Se aconseja la ingesta diaria y suficiente de alimentos nutritivos y de micronutrientes para el mantenimiento del peso, entrenar en psicoprofilaxis, lactancia materna y maternidad-paternidad.^(48,49,50)

En Chile, en condiciones de embarazos de bajo riesgo recomienda el primer control antes de las 14 semanas de gestación. Para las mujeres que presentan algún factor de riesgo que suponga una complicación obstétrica o genere un peligro para la vida materna y fetal, el profesional estandariza los controles prenatales de forma individualizada para cada usuaria. Enfermería mantendrá vigilancia e interés constante de que la usuaria acuda a la cita programada, de igual manera concientiza sobre la importancia de acudir a los controles, determina la FPP según la regla de 280 días, examen físico general, y recomienda la nutrición, el ejercicio físico, higiene, salud bucal, ingesta de 1 mg/día de ácido fólico y desaconseja el consumo de tabaco, alcohol o drogas.⁽⁴⁴⁾

En Colombia, se establece una guía prenatal para el cuidado otorgado por el personal de enfermería y direccionada al autocuidado de la paciente con la utilización estandarizada de las NANDA, NIC y NOC. En este país se determina que las principales causas de mortalidad materna en la mayoría de los casos son prevenibles y se relacionan a factores que impiden la asistencia a la cita programada. Los profesionales deben utilizar la historia clínica para valorar y dar seguimiento continuo de los antecedentes y los factores de riesgo. En relación a las prácticas de autocuidado se brinda consejería en la estimulación prenatal, nutrición, ejercicio y descanso, higiene, consumo de sustancias no beneficiosas, reconocimiento de los signos de peligro y cambios fisiológicos.⁽³⁵⁾

En Paraguay, se recomienda un mínimo de 4 visitas cada una de 40 minutos, mediante intervenciones ejecutadas por el personal de enfermería y el apoyo continuo de la gestante en acciones de autocuidado se abordará temas de inmunización, educación nutricional, suplementación y orientación de las alteraciones que causa el consumo de alcohol, tabaco y drogas; lo fundamental es brindar una atención prenatal eficaz, dirigida al mantenimiento de la salud física, emocional y social, buscando mejores posibilidades de salud, obtener condiciones óptimas para el parto y preparar a la mujer para la crianza del nuevo ser; con este accionar, disminuir en la madre e hijo los riesgos y las complicaciones.⁽⁴⁵⁾

En Perú, actualmente la menarquia se presenta en edades más tempranas por tal razón se ha implementado una guía direccionada al cuidado del embarazo adolescente. En este sentido, las intervenciones de enfermería, se dirigen a la captación temprana, es decir, antes de las 12

semanas de gestación, valorar signos vitales, examen físico, talla y peso para la valoración del IMC. Y brindar consejería en signos de alarma, alimentación saludable, ejercicio físico, métodos anticonceptivos, orientación de los riesgos de hábitos tóxicos como el consumo de alcohol, tabaco, drogas y automedicación, prevención de violencia intrafamiliar, lactancia materna, orientación para cumplir esquema de vacuna contra el tétanos e importancia de acudir a los controles prenatales.⁽⁴⁶⁾

En Uruguay, se recomienda mínimo 5 consultas prenatales mismas que se ampliaran de acuerdo a las necesidades de cada paciente; dentro de las actividades que desarrolla el personal de enfermería esta la indagación de antecedentes obstétricos, ginecológicos, inmunohematológicos, personales, familiares, estilos de vida perjudiciales para la salud y de suma importancia la investigación sobre la posibilidad de que la paciente sufra algún tipo de violencia intrafamiliar y/o abuso sexual. Cabe recalcar que una de cada cuatro mujeres ha sufrido algún tipo de violencia doméstica en estado de embarazo. En la captación se dejará constancia de peso previo y actual del embarazo, estatura y presión arterial.⁽²¹⁾

Posteriormente se realizan acciones específicas como la valoración del estado físico actual, incluyendo la indagación de la fecha de última menstruación e informar a la madre la estimación de la edad gestacional y la posible fecha del parto. En aquellas usuarias con esquema de vacuna contra el tétanos no vigente, se informa, aconseja y se administra entre las 26 a 32 semanas de gestación, aplicar la vacuna contra la influenza y valorar la necesidad de vacunas específicas. Las acciones de orientación se enmarcan primeramente en la educación para el reconocimiento de signos y síntomas fisiológicos y anormales tomando en consideración la etapa del embarazo en que se encuentre, nutrición, suplemento de hierro y ácido fólico, higiene, salud bucal, lactancia, sexualidad y métodos anticonceptivos.⁽²¹⁾

En Venezuela, se maneja un esquema de 6 consultas considerando que entre la semana 38 y 41 se brinda atención semanal. En base a los cuidados de enfermería durante el estado prenatal se incorpora un interrogatorio donde se agregue datos de antecedentes; en la primera consulta se realiza el examen físico integral, monitorización de los signos vitales con mayor énfasis en la presión arterial, medida de peso y talla para calcular IMC y el manejo del estado nutricional. En lo concerniente a la valoración obstétrica: medir la altura uterina, explorar los movimientos y latidos cardíacos fetales. Con la finalidad mantener a la mujer embarazada en condiciones adecuadas y garantizar un parto digno.⁽⁴⁾

En República Dominicana, se establecen 6 controles en la etapa prenatal y a partir de la semana 38, la frecuencia de las consultas es semanal hasta finalizar el embarazo; tomando en consideración que la mayoría de los embarazos son en etapa de la adolescencia y es el segundo país con registro de mayores tasas de mortalidad materna y neonatal de la región Latinoamericana; este protocolo busca disminuir las complicaciones obstétricas que en la mayoría de los casos se deben a factores de riesgo prevenibles; para ello, es importante en cada visita se informe y se evalúe el reconocimiento de los riesgos. Además, este país se enfoca en incorporar temas relacionados a la salud sexual y reproductiva y métodos de planificación familiar.^(18,42)

En este mismo país enfermería aplica dos dosis de antitetánica primera a las 20 semanas y segunda entre 27 y 29 semanas, no se administra vacuna para gripe, parotiditis, sarampión, rubéola o varicela valora a la paciente mediante examen físico, signos vitales, IMC, edad gestacional y FPP; también le asesora a la usuaria en micronutrientes (ácido fólico 400 mcg y hierro 60 mg), signos de alarma, importancia de exámenes de laboratorio, hábitos tóxicos nutrición, lactancia materna y psicoprofilaxis.⁽¹⁸⁾

Cuba, al igual que el ministerio de salud de El Salvador ha puesto especial interés en el manejo de las complicaciones según la *Guías de actuación en las afecciones obstétricas frecuentes desde el ciclo reproductivo hasta el puerperio*. En la que se desarrolla las siguientes patologías; restricción del crecimiento intrauterino, embarazo gemelar, enfermedad tromboembólica venosa, indicaciones para cesáreas, acretismo placentario, paciente con obesidad, trastornos hipertensivos, manejo de la diabetes mellitus antes y durante el embarazo, preinducción e inducción del parto con misoprostol, e la amenaza de parto pretérmino, rotura prematura de membranas y las hemorragias.⁽⁴³⁾

La principal motivación para la actuación del personal sanitario en la atención primaria de salud de Cuba, es disminuir la morbimortalidad infantil, mediante acciones de vigilancia identificar los factores de riesgo para las patologías de origen obstétrico. Entre estos disminuir la prematuridad y nacimientos con bajo peso, incidencias de cesáreas, trastornos tromboembólicos y principalmente los trastornos hipertensivos que destacan la primera causa de muerte materna en este país. Además, realizar un seguimiento y control personalizado de aquellas mujeres con una adherencia baja al control prenatal con la finalidad de evitar el ingreso hospitalario innecesario.⁽⁴³⁾

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

Se presenta un estudio documental, con el objetivo de determinar las acciones de enfermería en programas de control prenatal en Latinoamérica, se ejecutó durante los meses noviembre 2021- abril 2022. Es una revisión sistemática de documentos publicados en artículos científicos, para su selección se consideraron GPC, protocolos, manuales, normas, programas, libros, páginas web, bases de datos electrónicos, agenda de salud e informes como fuente confiable de almacenamiento y reposición de contenido científico, de organismos nacionales e internacionales.

Se consultaron las siguientes páginas web: Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud Pública de Ecuador, República Dominicana, Uruguay, Chile, Bolivia, Argentina, Perú, Nicaragua Instituto Mexicano del Seguro Social, Ministerio de Salud - Gobierno de Chile, Ministerio del Poder Popular para la Salud, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Trinidad y Tobago, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá,

Para la búsqueda de información se utilizó la técnica lógica de los siguientes operadores booleanos “and”, “y”, “or”, “o”, con la siguiente terminología: “control prenatal” and “cuidados de enfermería”, “embarazo” and “cuidados de enfermería”, “factores modificables” or “no modificables” se utilizaron palabras claves para la búsqueda de artículos en inglés como: nursing, interventions, y en español: cuidados del embarazo en Latinoamérica, programas de control prenatal, factores que influyen en el cumplimiento.

El análisis para la elaboración de la presente investigación se realizó en dos etapas: en la primera los documentos recopilados, leídos y analizados se seleccionaron para construir la introducción, justificación, objetivos y planteamiento del problema. En la segunda fase se desarrolló la triangulación, en la que se expone tablas orientadas al cuidado como: factores asociados al incumplimiento del control prenatal en Latinoamérica, complicaciones frecuentes por falta de asistencia, recomendación mínima de asistencia a la atención, acciones de enfermería durante la gestación, fomento de la participación en el autocuidado, síntomas frecuentes en el embarazo, reconocimiento de signos de peligro, alimentación recomendada y restringida, adecuado incremento del peso, asesoría del consumo suplementario, fomento prácticas de actividad física adecuada, motivación al cambio del estilo de vida, vacunas recomendadas durante el embarazo, beneficios de la lactancia materna, efectos con respecto a la actividad sexual y planificación familiar.

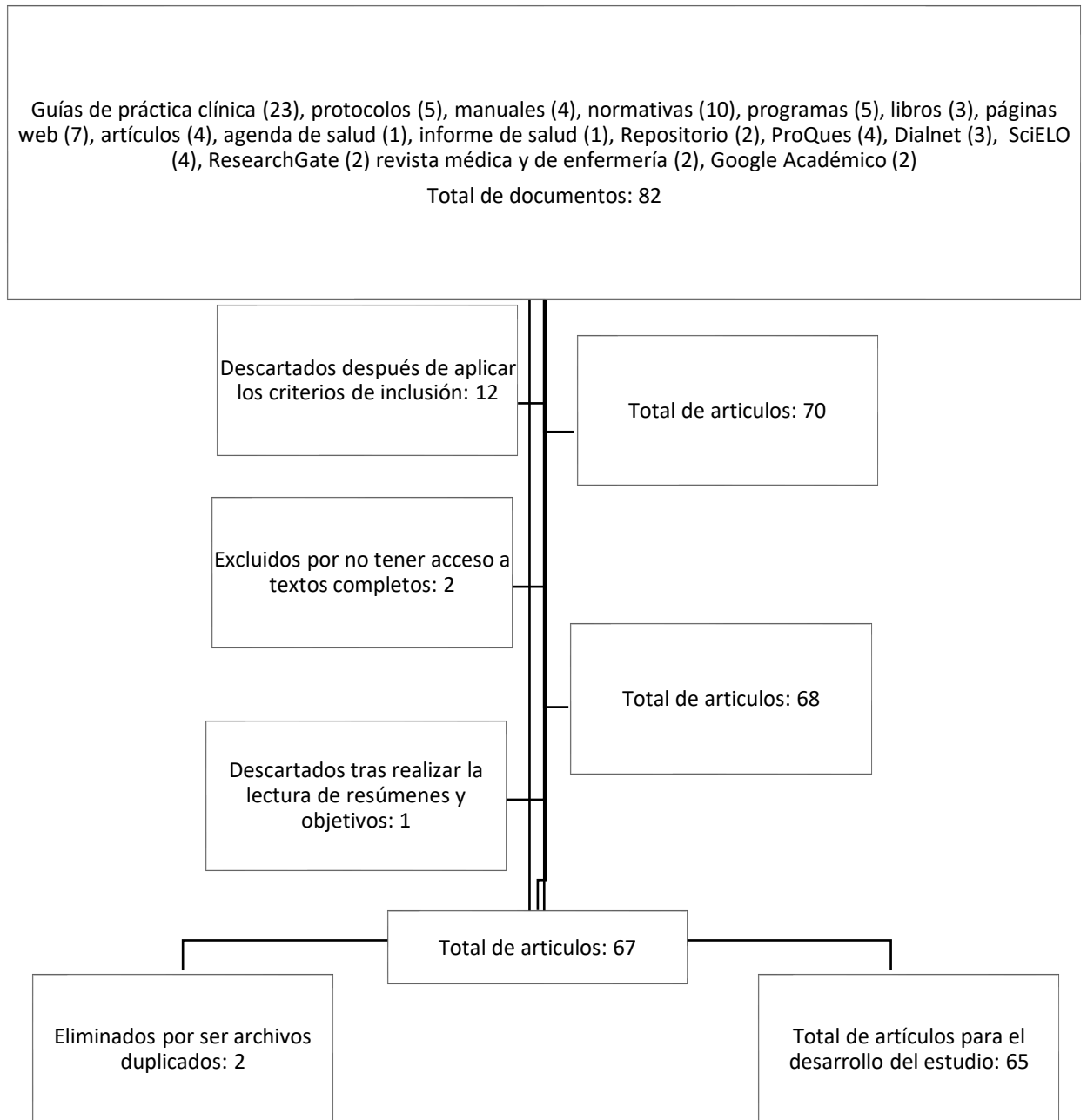
La población de estudio quedo conformada por 82 documentos científicos, en los cuales se aborda la temática acciones de enfermería en programas de control prenatal en Latinoamérica, publicados y divulgados en el periodo 2017 – 2022, publicados en los últimos 5 años en el caso de artículos y 10 años para libros, disponibles en el formato de texto completo, documentos en cualquier idioma, se incluyeron aquellos artículos de abordaje metodológico diverso que en su contenido posean resumen, introducción, datos estadísticos,

también se tomó en consideración que las GPC de Latinoamérica, no se encuentran dentro de este periodo debido a que no existe actualización.

Se excluyeron documentos como artículos incompletos o sin disponibilidad al acceso gratuito del texto completo de investigaciones, artículos que no tenían disponible la versión completa, libros, protocolos, guías de práctica clínica que fueron publicados en años anteriores al 2012, se eliminaron revistas, documentos sin autores, año de publicación o que contiene resúmenes no acordes con mi temática y las que no son registradas en páginas oficiales.

Esta revisión bibliográfica la constituyen 65 documentos: se emplearon para la elaboración de la introducción, planteamiento del problema, marco teórico, resultados y discusión: Se analizaron 65 artículos en español; 23 GPC, 5 protocolos, 4 manuales, 10 normativas, 5 programas, 3 libros, 7 páginas web, 4 artículos, 1 agenda de salud, 1 informe de salud, 2 repositorio. Para el análisis se procedió a sintetizar los datos en tablas. (ver figura N. 1)

Figura No. 1. Algoritmo de búsqueda bibliográfica



CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los factores asociados al incumplimiento del control prenatal en Latinoamérica; en el presente estudio autores determinan que el cuidado del embarazo, pertenece a una estrategia direccionada a la prevención de posibles complicaciones materno-fetales por causas modificables y no modificables; criterio que coincide con el protocolo de Honduras; quien, considera que las condiciones modificables son aquellas donde la gestante presenta alguna de las siguientes características; obesidad, consumo de tabaco, alcohol o drogas, estrés, baja o nula educación sexual y víctimas de algún tipo de violencia.⁽⁵²⁾

Dentro de los factores no modificables más comunes que repercuten de forma negativa en el embarazo se encuentran; ausencia de cónyuge o convivencia en unión libre y escasa comunicación, embarazo adolescente y/o no deseado, mayores de 35 años, falta de seguro médico, imposibilidad de acceso a la cita programada por domicilio lejano, desempleo, razones económicas, baja escolaridad, mínima o escasa educación sobre la importancia para acudir a los controles, inicio tardío por desconocimiento de la gestación, antecedentes personales, familiares o patologías ginecobstétricas, incompatibilidad Rh(-) de la madre e infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA.⁽⁵²⁾

De acuerdo con la dimensión complicaciones frecuentes por falta de asistencia al control prenatal, en la presente revisión bibliográfica, las patologías más usuales en pacientes gestantes se deben causas obstétricas e indirectas, criterio que concuerda con el estudio de Barros, L; et al, quien determina que las alteraciones del embarazo especialmente en países latinoamericanos con alto grado de vulnerabilidad son; anemia, inadecuada ganancia de peso, trastornos hipertensivos, infecciones urinarias, vaginitis/vaginosis, aborto natural, histerectomía, hemorragias, parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, cesáreas de emergencia, alumbramiento incompleto o tardío, hipotonía, atonía uterina, desgarros y mortalidad materna y perinatal.⁽³⁶⁾

En cuanto a la recomendación mínima de asistencia a la atención prenatal, los resultados de las literaturas revisadas en los diferentes programas de Latino América, difieren del estudio observado por el Ministerio de Salud de Chile; plantea un esquema de consultas prenatales la primera debe ejecutarse lo más pronto posible, es decir, durante el primer trimestre del embarazo, con una continuidad de cada cuatro semanas hasta alcanzar a la semana 28, seguido de cada dos semanas hasta conseguir una gestación de 36, y posteriormente se requiere ejecutar controles semanalmente hasta el momento del parto con la finalidad de detectar, evitar y brindar el tratamiento de forma oportuna.⁽⁴⁴⁾

Con relación a las acciones de enfermería durante la gestación, la GPC *Control Prenatal* ecuatoriana; refiere que en el primer contacto se solicita a la mujer la fecha de última menstruación, con este dato brindado por la usuaria se realiza el cálculo de la fecha probable de parto, criterio que coincide con el MSP de Panamá; quien señala en las *Normas técnicas-administrativas y protocolos de atención del programa de salud integral de la mujer*, que en caso de duda o desconocimiento en cuanto a la edad gestacional, se corroborará más adelante al realizar la primera ecografía.⁽⁵³⁾

Entre otras actividades en el momento de la atención, se procederá a medir y registrar las constantes vitales, examen físico, mediante el cálculo del peso y la talla, se obtendrá la confirmación del IMC, durante el primer trimestre y sucesivamente en cada control verificando que el peso se encuentre dentro de los límites requeridos, glicemia, verificar esquema de vacunación y se aplican los refuerzos, detectar signos de violencia, valorar la altura de fondo uterino, movimientos fetales y latido cardíaco fetal en el momento correspondiente.⁽⁵³⁾

Con respecto al fomento de la participación en el autocuidado, se evidenció que en Ecuador, República Dominicana, Uruguay y Colombia concuerdan con lo expresado en Panamá y Honduras; manifiestan que se debe hacer partícipe a la gestante, en la realización de varias acciones con merecida responsabilidad; entre estas, la vigilancia e identificación oportuna de las problemáticas que impactan de forma negativa a la salud de la madre y el hijo no nacido, alimentación saludable, mantenimiento del peso y los complementos con micronutrientes considerando el contexto económico y cultural de la madre.⁽⁵³⁾

Entre otras actividades; la higiene, educación en salud bucal cepillado, uso de hilo dental y aplicación de flúor, actividad física, importancia de la asistencia a los controles, fomento de la lactancia materna, identificación de los signos de peligro y manejo de las molestias más comunes; además en Honduras también se brinda consejería en reposo, hábitos, prácticas sexuales seguras y atención del recién nacido. Cabe recalcar que el personal de enfermería forma parte fundamental del cuidado en las diferentes esferas bio-psico-social y espiritual en cualquier etapa de la gestación y debe dirigirse con un trato empático.^(52,53)

En relación a los síntomas frecuentes en el embarazo, los programas citados en el análisis de la presente revisión bibliográfica, expresan que todas las embarazadas tienen el derecho a recibir información de los cambios fisiológicos presentes en esta etapa y las diferentes alternativas para disminuir o evitarlos. Los cambios que comprenden son: náuseas, vómitos, acidez gástrica, estreñimiento, calambres de las piernas, lumbalgia, venas varicosas y los edemas, criterio que coincide con el MSP de la República Dominicana; además señalan que los síntomas digestivos son los más frecuentes durante el estado de gestación, entre estos las náuseas que pueden o no asociarse a los vómitos.⁽⁴²⁾

Para aliviar las náuseas a inicios del embarazo, se recomienda; el jengibre, productos con vitamina B6 o la acupuntura. Evadir los olores fuertes, recurrir al consumo de alimentos que generen buena tolerancia así evitando aquellos productos de consumo que producen rechazo, las porciones alimenticias se deben consumir cada 2 a 3 horas, en bajas cantidades y de preferencia alimentos de consistencia blanda, la ingesta de comida sólida no debe consumirse al mismo tiempo que los líquidos, evitar las grasas, la preparación con muchos condimentos, limitar el consumo de dulces o bebidas azucaradas.⁽⁴²⁾

Los vómitos de inicio pueden ser leves y con mínima frecuencia hasta llegar a un estado intenso con mayor producción, esta condición puede llevar a la hiperémesis gravídica, misma que si no es corregida por un especialista, existe el riesgo de que la mujer padezca de una deshidratación, anemia y pérdida de peso al inicio del embarazo. Para ello enfermería

orienta un consumo nutritivo, tomando en cuenta las opciones disponibles y las preferencias de cada mujer.⁽⁴²⁾

Entre otros, el apareamiento de la acidez gástrica ocasiona desagradados durante esta etapa, para prevención y alivio de este síntoma durante el embarazo es aconsejable el asesoramiento sobre la dieta nutricional y el estilo de vida saludable. Cabe mencionar la importancia del consumo de alimentos en porciones pequeñas y evitar acostarse de forma inmediata después de comer, como mínimo esperar un laxo de 2 horas trascurridas luego de la última ingesta. Además, prevenir irritantes, grasas, fritos, chocolates, café, gaseosas, bebidas azucaradas o alcohólicas.⁽⁴²⁾

El estreñimiento puede ser leve o severo y posiblemente causar hemorroides, para ello se recomienda modificaciones en la dieta, de preferencia aumentar alimentos ricos en fibra frutas y verduras, según las preferencias y productos disponibles. Entre otras, incrementar el consumo de agua de 6 a 8 vasos diarios y mantener una buena regularidad horaria de alimentación. Si la afección no mejora después de las modificaciones realizadas en la dieta, se puede administrar suplementos de salvado de trigo o de otros con alto contenido en fibra, cabe recalcar, que no es aconsejable el uso de laxantes durante el embarazo.⁽⁴²⁾

También se debe brindar asesoría en cuanto al apareamiento de síntomas que producen malestar a nivel circulatorio o musculoesquelético. Los calambres de las piernas es probable minimizar al administrar medidas farmacológicas bajo prescripción médica como; magnesio y calcio o las diferentes alternativas no farmacológicas; estirar el músculo afectado, elevar las piernas, caminar y utilizar calzado adecuado durante todo momento.⁽⁴²⁾

Para prevenir la lumbalgia y el dolor en la pelvis se recomienda la realización de actividad física moderada y regular durante el embarazo, sin embargo, existen varias alternativas terapéuticas a las que es posible acudir como las fajas de sujeción, la fisioterapia o la acupuntura. Para tratar las venas varicosas y los edemas, de primera instancia se acude a las medidas no farmacológicas, como la elevación de piernas, la inmersión en agua y el uso de medias de compresión.⁽⁴²⁾

En relación al reconocimiento de signos de peligro en el embarazo, existen semejanzas con lo expresado en la GPC del Ecuador, que coinciden con México en su GPC *control prenatal con atención centrada en la paciente*; quien determina que los signos y síntomas de alarma que una gestante debe reconocer son: cefalea intensa, tinnitus, visión borrosa, hipertermia, convulsiones, y de edema de extremidades superiores, inferiores o cara y en caso de presentarlos acudir de forma inmediata al centro de salud u hospital más cercano.⁽⁴⁷⁾

Entre otros signos de peligro se encuentran: el sangrado vaginal, pérdida de líquido amniótico, contracciones uterinas presentes antes de las 37 semanas de gestación con duración de 3 a 5 minutos, frecuente dolor abdominal de cualquier intensidad, disminución o ausencia de movimientos fetales percibidos por la madre mayor a 2 horas después de las 28 semanas gestacionales, aumento en el número de micciones y molestia al evacuar la misma. Sin embargo, difiere de los autores citados en el presente trabajo investigativo y considera relevante, la presencia de dificultad respiratoria y palidez marcada, excesivo

incremento de peso, es decir; mayor a dos kilos por semana y coincide con el MSP de la República Dominicana.⁽⁴⁷⁾

En cuanto a la alimentación recomendada y restringida durante la gestación, la presente revisión bibliográfica concuerda con la investigación desarrollada en Chile; quien determina que la educación nutricional es un requisito fundamental dentro de las actividades de enfermería. En la atención prenatal direccionan al mantenimiento de una alimentación saludable y a modificar aquellos hábitos perjudiciales para la salud. El personal enfermero debe proporcionar información importante de los riesgos y beneficios; hacer partícipe a la mujer en el autocuidado, para lograr que la ganancia de peso se encuentre dentro de un rango saludable; además, favorecer el desarrollo y crecimiento de la vida fetal.⁽⁵⁴⁾

En este mismo país mencionan que las necesidades energéticas incrementan en el embarazo, esto sucede a partir del 2do trimestre y no significa, que en este periodo se deba aumentar las porciones alimenticias; independientemente del peso que cada mujer tenga al momento de concebir, tampoco se aconseja la restricción de los alimentos, sino más bien orientar prácticas de ingesta de comida saludable, para cubrir los requerimientos nutricionales y específicos de cada embarazada. Cabe recalcar que es indispensable el consumo de una alimentación sana, completa y variada. Se debe distribuir la ingesta de alimentos de cuatro a cinco veces al día sin saltarse horarios para garantizar que los nutrientes lleguen al feto.⁽⁵⁴⁾

El MSP de Chile también recomienda pautas alimentarias, para mantener el gasto energético; una alimentación saludable y la realización de ejercicio físico diario, incluyendo caminata a paso rápido al menos 30 minutos, direccionan a un acercamiento al peso ideal. Además los autores citados en el presente trabajo investigativo coinciden con este país e indican que es importante evitar los factores de riesgo con la reducción del consumo de sal, ingesta de jugos y bebidas azucaradas u otros dulces, alimentos con alto grado de grasas, mayonesas o frituras.⁽⁵⁴⁾

Entre otros, se educa sobre los factores protectores para mantener un embarazo saludable: consumir diariamente mínimo cinco veces verduras y frutas en variedad, optimizar el fortalecimiento óseo con la ingesta de tres veces diarias de lácteos sin azúcar y bajos en grasa, para mantener sanamente el corazón de preferencia comer dos veces a la semana pescado a la plancha, al vapor o al horno, ingerir mínimo dos veces a la semana leguminosas y para mantener al cuerpo hidratado tomar de seis a ocho vasos de agua cada día. Por último, los alimentos que se adquieren en supermercados, de preferencia leer las etiquetas, comparar y proporcionarse de aquellos con menos cantidad en sal, azúcar y grasas.⁽⁵⁴⁾

En cuanto a las recomendaciones para un adecuado incremento de peso según la edad de gestación, el MSP de la República Dominicana, presenta la *Guía práctica de alimentación de la embarazada* y señala que las mujeres en estado gestacional atraviesan una etapa con mucha demanda de atención y cuidado por parte del personal sanitario. Si la mujer inicia el embarazo con peso inferior a $<18.5 \text{ kg/m}^2$ debe incrementar de 13-18 kg, con IMC entre $18.5\text{-}24.9 \text{ kg/m}^2$ debe aumentar de 11-16 kg, con sobrepeso, IMC entre $25.0\text{-}29.9 \text{ kg/m}^2$ deberá aumentar de 7-11 kg, con obesidad, IMC $>30.0 \text{ kg/m}^2$ máximo adicionar 7 kg de

peso, se considera si es un embarazo gemelar se recomienda la ganancia de peso alrededor de 16 a 21 kg.⁽⁴²⁾

En este mismo país en otra GPC denominada; *protocolo de soporte nutricional en el período de embarazo y lactancia*, a diferencia del programa que se presentan en Ecuador; este plantea un esquema para mujeres de gestación múltiple tomando en consideración que la ganancia de peso depende de su IMC pregestacional. En embarazadas con peso normal, es decir el IMC: 18.5-24.9 kg/m², se necesita una ganancia de peso entre 16.8 a 24.5 kg; en gestantes con sobrepeso considerando el IMC: entre 25 a 29.9 kg/m², debe incrementar entre 14.1 a 22.7 kg de peso; en pacientes con obesidad IMC: ≥ 30 kg/m², debe ganar entre 14 a 19.1 kg de peso.⁽⁵⁵⁾

El Ministerio de Salud de Bolivia, en su Guía alimentaria para la mujer durante el período de embarazo y lactancia plantea un esquema de aumento de peso total y semanal considerando la edad y estatura de la paciente. En mujeres con bajo peso debe ganar de 12 a 18 kg total y de 400 a 600 gramos/semana; con peso normal debe incrementar de 10 a 13 kg total y 330 a 430 gramos/semana; en gestantes con sobrepeso la ganancia es de 7 a 10 kg total y 230 a 330 gramos/semana; y con obesidad subir de 6 a 7 kg total y de 200 a 230 gramos/semana. En embarazadas adolescentes se sugiere el rango de peso superior para suplir las necesidades de crecimiento y en mujeres con estatura inferior a 150-155 cm de preferencia el rango inferior del incremento de peso.⁽⁵⁰⁾

Las mujeres con sobrepeso u obesidad se acercan a una mayor predisposición para el desarrollo de enfermedades crónico degenerativas como la diabetes y los trastornos hipertensivos o riesgos mayores durante el parto. Aquellas gestantes que representan déficit en el estado nutricional, con peso menor de 145 cm, IMC bajo, anemia, u otras deficiencias de micronutrientes, incrementan la probabilidad de un nacimiento con bajo peso. Así mismo, la producción y la calidad de leche materna será disminuida misma que se evidencia con el apareamiento de mayor morbilidad en general, tanto para la madre como para el hijo o inclusive desencadenar en una hemorragia postparto que representa un alto grado de mortalidad.⁽⁴²⁾

El Ministerio de Salud de Nicaragua elabora una norma, misma que pretende poner en práctica una variedad de actividades que permitan optimar la calidad de la atención, impulsar a todas las embarazadas a una alimentación saludable y adecuada para prevenir o minimizar el déficit nutricional y las consecuencias o daños irreversibles ocasionados por la desnutrición. Para alcanzar un óptimo estado nutricional es vital cubrir los requerimientos de algunos micronutrientes a través de la suplementación.⁽⁵¹⁾

En cuanto a la asesoría sobre la ingesta suplementaria de micronutrientes, los diferentes países latinoamericanos; Ecuador, Guatemala, entre otros programas analizados en la presente revisión bibliográfica difieren de lo expresado por el MSP de la República Dominicana y determinan que la administración suplementaria de hierro, ácido fólico, calcio, vitamina D, vitamina A, vitamina B6, vitamina B12, flúor y zinc se deben ingerir a partir del tercer mes de embarazo, siempre con prescripción médica. Además señala que el hierro durante este ciclo protege a la gestante y al niño de desarrollar anemia, enfermedad

predisponente para incrementar el riesgo de nacimientos prematuros con bajo peso, mortalidad materna y perinatal.⁽⁴²⁾

El MSP de Nicaragua recomienda la administración de 1 tableta con 60 mg hierro (Fe) + 0,4 mg de ácido fólico hasta finalizar el embarazo, ingerir una hora antes de las comidas, para prevenir niveles bajos de hemoglobina. En pacientes con anemia leve o moderada la dosis de (Fe) es de 60 a 120 mg, y con anemia severa la dosis es de 120 a 200 mg de (Fe) más la dosis de ácido fólico diario durante 6 meses; para mujeres que planean embarazarse se recomienda 4 mg de ácido fólico durante 3 meses antes del embarazo y 3 meses después del parto; para prevenir defectos en el tubo neural del niño, se aconseja la ingesta de 4 – 5 mg de ácido fólico durante 3 meses antes de concebir y durante las 3 semanas posteriores a la concepción.⁽⁵⁶⁾

Con respecto al fomento de las prácticas de actividad física adecuada, se evidenció que los autores citados en el presente trabajo investigativo coinciden con el estudio de Alonso, E; y otros; ellos determinan que durante el embarazo existe una disminución de actividad física, pese a los beneficios que este aporta tanto para la madre como su producto. Se considera que el entrenamiento tiene un factor positivo, a nivel físico aumenta la energía y modera el estado psicológico con la reducción del nerviosismo, ira, ansiedad y depresión. A demás, la práctica regular de ejercicio disminuye las posibles complicaciones que pueden surgir durante el estado gestacional, parto y posparto.^(57,58)

De acuerdo a la investigación de Barakat, R; et al. Los profesionales sanitarios mantienen la responsabilidad de orientar a las embarazadas, en cuanto a la conveniencia de la realización de actividad física individual en ese periodo. Sobre todo, hacer énfasis la adherencia y el cumplimiento del deporte, especialmente en las gestantes con sobrepeso y obesidad. Así mismo, direccionar el tipo de ejercicio, frecuencia, intensidad y duración en el momento ideal para dar inicio a la actividad y llevar a cabo una monitorización del entrenamiento.⁽⁵⁸⁾

El tipo de ejercicio a realizar durante el embarazo dependerá del estado de salud de la mujer. Sin embargo, a todas las gestantes que no mantengan ningún tipo de restricción a la actividad se recomienda actividades sobre superficies seguras: caminata, bicicleta estática, aeróbico moderado y gimnasia apropiada para embarazadas y en constante supervisión. A demás, la natación es una alternativa muy tolerable al realizar ejercicios aeróbicos acuáticos de 20 minutos de duración incluyendo relajación, respiración, estiramiento estático y flotación aporta grandes beneficios entre estos; el mantenimiento de la figura junto con el control del peso, mejorar el bienestar y estado físico de la mujer y el feto y la facilitación del trabajo de parto.⁽⁵⁷⁾

La frecuencia de realización de actividad física en un inicio recomienda entre tres y cuatro secciones semanales, a medida que avanza el embarazo y la tolerancia a la actividad progresar hasta cinco veces por semana. Por lo tanto, es recomendable la realización de ejercicio físico moderado cinco veces en la semana, con un tiempo no menor a 30 minutos cada día, lo cual equivale a 150 minutos semanales. La intensidad del esfuerzo en cada sección deberá ser ligera y tolerable evitando altas intensidades, de modo que la gestante pueda entablar una conversación sin jadear. No superar el máximo de 140 latidos cardiacos

por minuto, esto disminuye la cantidad de oxígeno al feto y podría ocasionar el nacimiento de niños con bajo peso al nacer.^(57,58)

Entre otras recomendaciones y precauciones durante la realización de actividad física de las embarazadas, se manifiestan las siguientes: es aconsejable mantener un adecuado calentamiento, progresión del entrenamiento y descenso del mismo, incluir intervalos de descanso, realizar movimientos suaves al incorporarse en el piso para evitar mareos, tras recostarse continuar con movimientos de extremidades por tiempo no prolongado, ingerir agua antes, durante y después de realizar cada actividad para disminuir el riesgo de deshidratación y en conjunto con la utilización de ropa fresca, no ajustada y el deporte acuático disminuyen el excesivo calentamiento del cuerpo.⁽⁵⁷⁾

A demás, los ejercicios como la natación o bicicleta estática no soportan el peso del cuerpo, por ende, son más seguros, reducen la presión arterial, frecuencia cardiaca y el riesgo de lesión. La danza, el yoga y pilates se asocian con un enorme potencial, a nivel físico favorece la adaptación de los cambios externos e internos del cuerpo mantenimiento del equilibrio y control de posiciones y en el aspecto psicológico disminuye la ansiedad y la depresión. También se recomienda, evitar estar de pie por tiempos muy prolongados o en posición supina no más de cinco minutos, ya que, a partir del cuarto mes de gestación, el útero puede comprimir la vena cava, disminuir el flujo sanguíneo y el aporte de oxígeno al feto.^(57,58)

Tampoco es aconsejable realizar entrenamiento intenso, y se motiva al abandono del ejercicio competitivo durante el ciclo del embarazo. No ejecutar deportes que implican contacto físico como el fútbol, baloncesto u otros desencadenantes al desequilibrio: saltos, giros o movimientos bruscos para evitar que este acto conlleva a caídas provocantes de traumatismo abdominal y mayor riesgo de daño fetal. Al momento de ejercitarse, evitar posiciones incómodas que ejerzan mayor presión sobre el útero y dolores en la pelvis o de extremidades inferiores. Cabe mencionar, que el entrenamiento físico excesivo no es el único perjudicial para la salud materna fetal, sino también el consumo de sustancias tóxicas.⁽⁵⁷⁾

En cuanto a la orientación sobre prácticas poco saludables y motivación al cambio del estilo de vida, en el presente estudio la OMS y OPS entre otros manifiestan que el consumo de drogas, tabaco y alcohol son sustancias adictivas y dañinas para el organismo de la madre y el feto criterio que coincide con Menéndez X, et al. Por otra parte, plantea como cuidado de la salud la promoción y la prevención; el accionar de enfermería se enfoca principalmente en la prevención al consumo, indicarle a la mujer que este hábito tiene gran repercusión en ella y en el correcto desarrollo del embarazo, pudiendo llegar a causarle retraso en el crecimiento, malformaciones congénitas o el Síndrome de Abstinencia Neonatal.^(52,53,59)

Es fundamental en la primera consulta al control prenatal, la identificación oportuna de la gestante consumidora y del tipo de sustancias; para lograr que la embarazada revele esta información con sinceridad hay que proporcionarle un ambiente armónico de confianza y total confidencialidad. Las consumidoras tienen un alto índice de inasistencia al control de su embarazo por miedo, vergüenza, culpabilidad, remordimiento y para evitar rechazo social o cargos penales. Las intervenciones de enfermería se realizan en favor de aclarar sus dudas,

incentivación a disminuir el consumo hasta lograr la abstinencia, farmacoterapia prescrita, con la finalidad de minimizar los efectos negativos en las gestantes y del feto.⁽⁵⁹⁾

Con respecto a las vacunas recomendadas durante el embarazo, los autores citados en la presente investigación difieren con lo expresado por el Instituto de Salud Pública de Chile, la cual recomienda la vacunación antes, durante, y después del embarazo con la finalidad de proteger de enfermedades inmunoprevenibles a la madre y el producto. Para la aplicación de vacunas durante el embarazo, se valorará si los beneficios superan los riesgos tanto en la madre como en el feto. Por otro lado, es imprescindible considerar el tipo de vacuna, ya que, los compuestos virales y bacterianos atenuados están estrictamente contraindicados durante la gestación.⁽⁶⁰⁾

En base a los autores analizados en los diferentes programas, Ecuador coincide con el MSP de Chile, y recomiendan la administración de la vacuna contra la influenza estacional inactivada, a partir de las 13 semanas de gestación. Esta vacuna protege a la madre y atraviesa la placenta transfiriendo anticuerpos protectores al feto que previenen la gripe durante los primeros seis meses de vida extrauterina. Se recomiendan la vacunación antes de temporadas gripales, especialmente grupos vulnerables para contraer un resfriado común y en ocasiones cuadros clínicos graves, pudiendo llevar a una neumonía u otras complicaciones que requieren hospitalización prolongada o causen la muerte.⁽⁶⁰⁾

En algunos países latinoamericanos, entre ellos México, Costa Rica, Argentina, Colombia, entre otros, coinciden con lo expresado en los programas de América Latina; y recomiendan administrar en el embarazo la vacuna contra la difteria, tétanos, tos ferina (dTpa). Para incrementar una respuesta inmunológica está indicada la administración de una dosis de dTpa a las 28 semanas durante el control prenatal, independientemente de los antecedentes vacunales antitetánicos. Sin embargo, es posible la administración en cualquier momento que se requiera, para tratamiento de heridas por tétanos, pertussis o para brindar seguridad en situaciones que suponen un riesgo.⁽⁶⁰⁾

Entre otras se encuentran las vacunas recomendadas en situaciones especiales y las totalmente contraindicadas durante el embarazo. Algunas se recomiendan únicamente para viajar a zonas con alto potencial de enfermedad endémica o que la situación lo requiera como: la vacuna anti-hepatitis A-B, antineumocócica y anti-meningocócica (conjugadas o polisacáridas), para la poliomielitis, antirrábica, contra la fiebre amarilla y contra la fiebre tifoidea. Esta absolutamente restringida las vacunas con virus o bacterias vivos atenuados por su gran capacidad de causar daños en el feto, entre estas se encuentran la vacuna BCG contra la tuberculosis, anti-varicela y SRP contra sarampión, rubeola y parotiditis.⁽⁶⁰⁾

En cuanto a los beneficios de la lactancia materna, la presente revisión bibliográfica coincide con el Ministerio de Salud de la Nación de Argentina, quien señala que es de vital importancia el fomento de la lactancia desde el embarazo, debido a que es un alimento natural, saludable, amigable, eficaz y seguro. Es otorgado directamente al niño sin riesgo de contaminación, por lo tanto, se recomienda el amamantamiento exclusivo los primeros seis meses de vida para luego complementar con alimentos nutritivos hasta los dos años de vida.

En todos los contactos desde el momento de la gestación se genera conciencia en las madres de los beneficios que atribuye la leche materna.⁽⁴⁹⁾

La leche materna aporta lípidos, hidratos de carbono, proteínas, agua, vitaminas y minerales, esto indica que es un alimento que posee todos los nutrientes y balance hídrico necesarios para el crecimiento y desarrollo adecuados. Asimismo, tiene un impacto positivo en el neurodesarrollo, posibilita un coeficiente de inteligencia superior a otros niños dicho esto va a disminuir la incidencia del déficit de atención, y/o alteraciones de conducta. Entre otros se ha demostrado que la lactancia es un protector de una variedad de enfermedades infectocontagiosas como las diarreicas o respiratorias, sobrepeso, diabetes tipo II y de problemas cardiovasculares o mortalidad neonatal y en la madre menor riesgo de cáncer de mama y de cáncer de ovarios.⁽⁶¹⁾

En relación a la consejería en planificación familiar, las literaturas revisadas en el presente estudio coinciden con el Ministerio de Salud de Chile en su GPC; Normas Nacionales Sobre Regulación De La Fertilidad, plantea los anticonceptivos de cuerdo a los grupos poblaciones incluyendo a las mujeres del periodo posparto. Todas las embarazadas deben recibir consejería de los posibles métodos anticonceptivos a utilizar después del parto, independientemente de que realicen o no el amamantamiento. En el caso de las féminas que amamantan es importante tomar en cuenta las consideraciones especiales debido a que el uso de la anticoncepción puede interferir con la lactancia materna.^(62,63)

En las mujeres que no amamantan la fertilidad regresa más rápido, se estima que la primera ovulación puede producirse entre las cuatro semanas y dos primeros meses después del parto, a diferencia que en las mujeres que si dan lactancia materna. Por ello, es indispensable la anticoncepción para mujeres en el periodo posparto. La anticoncepción posparto contribuye a prolongar el intervalo entre los embarazos, lo cual le permite a la mujer la recuperación de la gestación, parto y del esfuerzo al brindar el cuidado de los hijos.^(62,63)

Las mujeres que no amamantan pueden utilizar cualquier método de planificación familiar de su elección, siempre y cuando no existan condiciones de salud que limiten su uso. Los anticonceptivos orales combinados es recomendable usar 3 semanas después del parto para evitar el riesgo de trombosis, los métodos de solo progestágeno como; inyecciones, píldoras o implantes no mantienen ningún riesgo y se puede utilizar en cualquier momento del posparto. Para la aplicación de los dispositivos intrauterinos se debe considerar la involución del útero y esperar mínimo cuatro semanas del parto.^(62,63)

Los métodos de barreras, si la mujer utilizaba el diafragma debe mantener precauciones especiales debido que durante el embarazo y parto la vagina podría haber sufrido cambios anatómicos. En cuanto a los preservativos se usan en cualquier momento y además protegen de enfermedades de transmisión sexual para mantener la eficacia se brinda instrucciones claras de cómo usarlos y guardarlos.^(62,63)

Los métodos naturales, es decir, aquellos que se basan en la identificación de signos y síntomas de fertilidad como el método del ritmo se pueden aprender y utilizarlos cuando se reinician los ciclos menstruales. El procedimiento quirúrgico es recomendable la realización

durante los primeros 7 días del puerperio y después de los 42 días, se debe postergar en casos de rotura de membranas mayor de 24 horas, preeclampsia severa, infecciones o hemorragia.^(62,63)

Existe una gran disponibilidad de los anticonceptivos para las mujeres que amamantan, entre ellos, los métodos no hormonales son los más recomendables porque no interfieren con la lactancia materna ni tampoco con el crecimiento y desarrollo de los hijos. La amenorrea de lactancia ofrece una gran efectividad durante los primeros seis meses tras el nacimiento, cuando se alimenta exclusivamente de leche materna la posibilidad de embarazo es del 1%, la eficacia disminuye al parecer la primera menstruación posparto, cuando el niño es complementado en su alimentación.^(62,63)

Los dispositivos intrauterinos se deben insertar después de las cuatro semanas posparto, entre otros; la esterilización quirúrgica es muy efectiva se debe tener precaución y no prolongar la separación madre e hijo para no interferir con la lactancia. Los métodos de barrera son muy efectivos si son utilizados correctamente, el condón además de evitar un embarazo protege de ETS, para usar el diafragma se debe esperar seis semanas después del parto, además tener en cuenta que la mujer haya recuperado la anatomía vaginal. La abstinencia periódica y el uso de métodos naturales; con el reconocimiento de los signos y síntomas de la ovulación como el cambio del moco cervical y temperatura basal.^(62,63)

Dentro de los métodos hormonales, se encuentra los métodos de progestágeno solo o progestágeno sintético, por lo general, se usa en mujeres que los métodos no hormonales no son una elección para ellas o a su vez representan un riesgo; las píldoras e implantes se recomienda usar luego de las 4 semanas posparto, las inyecciones 6 semanas después del parto para evitar que el lactante ingiera estas hormonas a través de la leche materna. Los anillos vaginales contienen progesterona, esta hormona es utilizada como método anticonceptivo, iniciando su uso a las seis semanas posparto tienen gran efectividad y no altera la lactancia ni el crecimiento del recién nacido.^(62,63)

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES

A nivel latinoamericano, según la coincidencia de referencias bibliográficas encontradas, se identificaron las principales intervenciones de enfermería: valoración de factores de riesgo, monitorización de signos vitales, movimientos fetales, frecuencia cardíaca fetal, altura de fondo uterino, maniobras de Leopold, fomento del autocuidado, signos de peligro, nutrición, valoración y mantenimiento del peso según la edad de gestación, asesoría en micronutrientes suplementarios, actividad física, motivación al cambio del estilo de vida, vacunas recomendadas, beneficios de la lactancia materna y consejería en planificación familiar.

A pesar que la OMS recomienda la captación a la embarazada dentro del primer trimestre y un aumento del número de controles, para reducir las grandes tasas de morbimortalidad, esta normativa se cumple en la mayoría de países latinoamericanos; sin embargo, los países en vías de desarrollo que no tienen recursos suficientes para salud y educación han optado por reducir el número de controles.

De acuerdo a las investigaciones realizadas, los países latinoamericanos las actividades de enfermería se enfocan en la disminución de los factores de riesgo que intervienen en el cumplimiento y adherencia al control prenatal y repercuten en la evolución normal de la gestación; entre los factores modificables y no modificables: antecedentes personales, gineco-obstétricos, familiares, socioculturales, psicológicos, económicos y ambientales, todos estos elementos deben ser reconocidos para mejorar la calidad de atención de enfermería e influir positivamente en la usuaria, su hijo no nacido y su familia.

Se diseñó un plan de atención dirigido al personal de enfermería, de acuerdo a las intervenciones de la taxonomía NIC y las referencias bibliográficas encontradas, enfocadas a la promoción de la salud en donde se determinan con mayor frecuencia conductas de riesgo, por tal razón; se hace énfasis en la transmisión de información para mejorar la comprensión inadecuada y los conocimientos deficientes en cuidados prenatales, con dicha actividad hacer partícipe a la mujer en el cuidado de su salud, mediante el emprendimiento de acciones que prevendrían una gran cantidad de problemas materno fetales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública: Control Prenatal Guía de Práctica Clínica. Primera Edición. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2016. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/guias-de-practica-clinica-2016/>
2. Ministerio de Salud de Colombia. Dirección general de promoción y prevención. Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. [Internet]. Colombia [Citado 25 mayo 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/norma-tecnica-para-la-deteccion-temprana-embarazo.pdf>
3. Ministerio de Salud Pública. Dirección Zonal de Provisión y Calidad de los Servicios de la Salud. Clasificación de riesgo obstétrico. [Internet]. Ecuador [Citado 25 mayo 2021]. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/ANEXO%20-%20CLASIFICACION%20DE%20RIESGOS%20OBST%20TRICOS.pdf>
4. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Protocolos de atención. Cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia [Internet]. 1 Ed. Venezuela: MPPS; 2014 [Citado 24 febrero 2022]. Disponible en: <https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Protocolo%20Atencion%20Obstetrica.pdf>
5. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. [Internet]. Ginebra: OMS; 2016. [Citado 25 agosto 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
6. Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo: resumen. [Internet]. USAID; 2018 [Citado 02 septiembre 2021]. Disponible en: <https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/ANC-OverviewBriefer-letter-SP.pdf>
7. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Salud Materna [Internet]. UNFPA; 2016. [Citado 07 septiembre 2021]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/salud-materna#readmore-expand>
8. Dansereau, E; McNellan, C; Gagnier, M; Desai, S; Haakenstad, A; Johanns, C. et al. Cobertura y oportunidad de la atención prenatal en mujeres pobres de 6 países de Mesoamérica. [Internet] 2017 [Citado 28 mayo 2021]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Cobertura-y-oportunidad-de-la-atenci%C3%B3n-prenatal-en-mujeres-pobres-de-6-pa%C3%ADses-de-Mesoam%C3%A9rica.pdf>
9. Castillo, Y; Fortich, L; Padilla, J; Monroy, M; Morales, Y; Ahumada, M. Factores asociados al uso adecuado del control prenatal en 13 municipios de Bolívar, Colombia. Revista Cubana de Enfermería. [Internet]. 2017 [Citado 25 agosto 2021]; 33(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0864-03192017000100008
10. Moposita, A. Asociación de los factores sociodemográficos y culturales al cumplimiento del control prenatal en gestantes indígenas de la comunidad de salasaca; 2021 [Internet]. [Citado 10 septiembre 2021]. Disponible en:

https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/32824/3/17_moposita_yumiguano_ana_carolina%281%29.pdf

11. Ministerio de Salud Pública. Control de embarazadas en todo el país es del 91 %; en el desarrollo del primer año de vida totaliza 62 % 2021 [Internet]. Uruguay; 2019 [Citado 29 mayo 2022]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/control-embarazadas-todo-pais-es-del-91-desarrollo-del-primer-ano-vida>
12. Ministerio de Salud Pública. Gaceta Epidemiológica de Muerte Materna Se 44 Ecuador 2020. [Internet]. MSP: 2020 [Citado 02 septiembre 2021]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/11/Gaceta-de-MM-SE-441.pdf>
13. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Salud Materna [Internet]. UNFPA; 2016 [Citado 29 mayo 2022]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/salud-materna#summery105915>
14. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. [Internet]. OPS/OMS; 2018 [Citado 07 septiembre 2021]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49550/9789275320334_spa.pdf?ua=1
15. Grupo de Médicos Especialistas Ginecobstetras del IGSS. Subgerencia de Prestaciones en Salud. Comisión de Elaboración de GPC-BE. Guía de Práctica Clínica Basadas en Evidencia (GPC-BE). Control Prenatal de Bajo Riesgo. [Internet]. 18 Ed. Guatemala: IGSS; 2016 [Citado 14 septiembre 2021]. Disponible en: <https://www.igssgt.org/images/gpc-be/ginecoobstetricia/GPC-BE%20No.%2018.Control%20prenatal%20de%20bajo%20riesgo.Actualizada.2016.pdf>
16. Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la mujer y Reproductiva. Salud sexual y reproductiva guía para el continuo de la atención de la mujer y el recién nacido. [Internet]. 4 Ed. Ecuador: CLAP/SMR; 2019 [Citado 24 febrero 2022]. Disponible en: https://cssr-ecuador.org/downloads/2019/guia_mujer_2019.pdf
17. Sistema Nacional de Salud. Programa de acción específico de salud materna y perinatal 2013-2018. [Internet]. México: MX; 2013 [Citado 28 mayo 2022]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/242369/SaludMaternayPerinatal_2013_2018.pdf
18. Ministerio de Salud Pública. Protocolo de atención en embarazo de bajo riesgo [Internet]. República Dominicana, D.N; 2020 [Citado 19 septiembre 2021]. Disponible en: <https://repositorio.msp.gob.do/bitstream/handle/123456789/2006/9789945621181.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Control prenatal del embarazo normal. Prog Obstet Ginecol. 2018 [Citado 14 septiembre 2021]; 61(5):510-527 Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v61-2018/n5/GAP_Control%20prenatal%20del%20embarazo%20normal_6105.pdf
20. Ministerio de Salud Pública. Información sobre Muerte Materna. [Internet]. Quito. MSP [Citado 19 septiembre 2021]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/informacion-sobre-muerte-materna/>
21. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. División de Planificación Estratégica de Salud. Departamento de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Programa de Salud Integral de la Mujer. Guías en salud sexual y reproductiva. Manual para la atención a la

- mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. [Internet]. Uruguay: MYSU; 2014 [Citado 24 febrero 2022]. Disponible en: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/2014-Manual-Atenci%C3%B3n-Embarazo-Parto-y-Puerperio.pdf>
22. Ministerio de Salud Chile. Agenda de salud Control Prenatal. [Internet]. 8 Ed. Chile: Chile Crece Contigo; 2016 [Citado 28 mayo 2022]. Disponible en: <https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2016/04/Agenda-salud-control-prenatal.pdf>
 23. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Salud del recién nacido. [Internet]. OPS/OMS; 2016 [Citado 19 septiembre 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-recien-nacido>
 24. Organización Mundial de la Salud. Mejorar la supervivencia y el bienestar de los recién nacidos. [Internet]. OMS; 2020 [Citado 19 septiembre 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>
 25. García, A; Guerrero, E; Hernández, C; Martínez, Belén; Quintana, R; Ibargoyen, N; Fuentes, R. Guía de Práctica Clínica Sobre Lactancia Materna. [Internet]. abril 2017 ed España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco Donostia-San Sebastián, 1 – 01010 Vitoria-Gasteiz; 2017 [Citado 19 septiembre 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=768805>
 26. Ministerio de Salud Pública. Beneficios de la Lactancia Materna. [Internet]. MSP; [Citado 19 septiembre 2021]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/beneficios-de-la-lactancia-materna/>
 27. Ministerio de Salud Pública. Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del Niño (ESAMyN). [Internet]. [Citado 19 septiembre 2021]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/establecimientos-de-salud-amigos-de-la-madre-y-del-nino-esamyn/>
 28. Ministerio de salud y protección social. Fondo de población de las naciones unidas. Protocolos para la atención de enfermería a la salud sexual y reproductiva de la mujer. [Internet]. Colombia: MSPS/UNFPA; 2014 [Citado 28 mayo 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM%20-Protocolos-de-enfermeria.pdf>
 29. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Subsecretaría de Salud Comunitaria. Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. [Internet]. 1 ed. Argentina: DINAMI; 2013 [Citado 18 enero 2022]. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000158cng02.control-prenatal.pdf>
 30. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Atención en Salud Sexual y Reproductiva y Planificación Familiar durante la emergencia sanitaria por la COVID-19 en América Latina y del Caribe. [Internet]. UNPFA; 2020 [Citado 22 septiembre 2021]. Disponible en: https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/3-Covid-SSRyPF_ESP%20%281%29.pdf
 31. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. Anticoncepción Posparto. [Internet]. ICIMER; 2018 [Citado 19 septiembre 2021]. Disponible en: https://icimer.org/wp-content/uploads/2019/Posparto_y_lactancia/11072018-ANTICONCEPCION-POSPARTO-2018.pdf

32. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. [Internet]. Andalucía – Trinidad y Tobago: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014 [Citado 18 enero 2022]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_533_Embarazo_AETSA_compl.pdf
33. Muñoz, J; Avila, N; Argote, C. Programa de curso optativo: “Modelo de cuidado prenatal con proyección comunitaria” carrera Licenciatura en Enfermería. Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería. [Internet]. 2019 [Citado 22 febrero 2022]; 2019 (XVIII): Disponible en: <http://www.enfermeria2019.sld.cu/index.php/enfermeria/2019/paper/viewPaper/295>
34. López, A; Aristizábal, D; Restrepo, A; López, M. Germinando semillas para la investigación. Una estrategia de futuro en Risaralda. [Internet]. Pereira-Colombia: Universidad Tecnológica de Pereira; 2020 [Citado 22 febrero 2022]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Mireya-Ospina-Botero/publication/355056990_Germinando_semillas_para_la_investigacion_Una_estrategia_de_futuro_en_Risaralda/links/615bc2489911cb6c9dd967c4/Germinando-semillas-para-la-investigacion-Una-estrategia-de-futuro-en-Risaralda.pdf#page=279
35. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Guía de cuidado de enfermería en control prenatal. [Internet]. Colombia: SDS; 2017 [Citado 24 febrero 2022]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/317953435_Cuidado_de_enfermeria_en_el_control_prenatal
36. Barros, L; Velasco, E. Factores asociados a la falta de control prenatal en América Latina y su relación con las complicaciones obstétricas. Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión [Internet]. 2022 [Citado 24 febrero 2022]; 7(1). Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/1480>
37. Ministerio de Salud Panamá. Guías de Manejo de las Complicaciones en el Embarazo. Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Programa Materno Infantil. [Internet]. Panamá: MINSAL - CSS; 2015 [Citado 06 marzo 2022]. Disponible en: https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/guias-complicaciones-embarazo_diciembre_2015.pdf
38. Federación Centroamericana de Asociaciones y Sociedades de Obstetricia y Ginecología. Guía de práctica clínica para el manejo de parto pretérmino [Internet]. 1 ed. San José-Costa Rica: IHCAI Institute Foundation, FECASOG; 2018 [Citado 08 marzo 2022]. Disponible en: https://ihcai.org/wp-content/uploads/2019/06/GPC_PARTO-PRETE%CC%81RMINO_FECASOG_IHCAI.pdf
39. Ministerio de Salud de Costa Rica. Guía de Atención Integral a las Mujeres Niños y Niñas en el periodo prenatal, parto y posparto. [Internet]. Costa Rica: UNFPA; 2008 [Citado 08 marzo 2022]. Disponible en: <https://costarica.unfpa.org/es/publicaciones/gu%C3%ADa-de-atenci%C3%B3n-integral-las-mujeres-ni%C3%B1os-y-ni%C3%B1as-en-el-periodo-prenatal-parto-y>
40. Ministerio de Salud de El Salvador. Guías Clínicas de Ginecología y Obstetricia. [Internet]. San Salvador-El Salvador: Ministerio de Salud; 2012 [Citado 06 marzo 2022]. Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guias_Clinicas_de_Ginecologia_y_Obstetricia.pdf

41. Gobierno de la Republica de Honduras. Secretaría de Salud. Norma hondureña del sector salud. Atención durante la preconcepción, el embarazo, el parto, el puerperio y del neonato. [Internet]. Honduras: NHSS; 2016 [Citado 08 marzo 2022]. Disponible en: <https://www.sgineh.org/images/PDF/Atencion.pdf>
42. República Dominicana, Ministerio de Salud Pública. Guía práctica de la alimentación de la embarazada [Internet]. República Dominicana; Repositorio Institucional; 2018 [Citado 24 enero 2022]. Disponible en: <https://repositorio.msp.gov.do/handle/123456789/1242>
43. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Departamento Materno Infantil. Guías de actuación en las afecciones obstétricas frecuentes. [Internet]. Cuba: La Habana: Ciencias Médicas; 2017 [Citado 08 marzo 2022]. Disponible en: <https://cuba.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Gu%C3%ADas%20de%20actuaci%C3%B3n%20en%20las%20afecciones%20obst%C3%A9tricas.pdf>
44. Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. Guía Perinatal. [Internet]. 1 ed. Santiago de Chile: MINSAL; 2015 [Citado 24 febrero 2022]. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PERINATAL_2015_%20PARA%20PUBLICAR.pdf
45. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Paraguay. Normas de Cuidados Preconcepcional, Prenatal, Parto, Nacimiento y Puerperio, Seguros e Inclusivos [Internet]. Asunción-Paraguay: MSPBS; 2015 [Citado 08 marzo 2022]. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/0c51be-NORMASDECUIDADOS.pdf>
46. Perú. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud. Atención integral y diferenciada de la gestante adolescente durante el embarazo, parto y puerperio. [Internet]. Lima - Perú: MINSA Perú; 2019 [Citado 08 marzo 2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5013.pdf>
47. Instituto Mexicano del Seguro Social. Control Prenatal con Atención Centrada en la Paciente [Internet]: México: IMSS; 2017 [Citado 12 enero 2022]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/028GER.pdf>
48. Bolivia. Ministerio de Salud. Instrucciones de llenado y definición de términos de la Historia Clínica Perinatal. [Internet]. La Paz – Bolivia: UNFPA; 2020 [Citado 08 marzo 2022]. Disponible en: https://bolivia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/final_manual_instructivo_sip_2020-1.pdf
49. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia. Situación de la Lactancia Materna en la Argentina. Informe 2018. [Internet]. Argentina; 2018 [Citado 24 febrero 2022]. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000001281cnt-situacion-lactancia-materna-2018.pdf>
50. Ministerio de Salud de Bolivia. Guía alimentaria para la mujer durante el período de embarazo y lactancia. [Internet]. La Paz – Bolivia; 2014 [Citado 24 febrero 2022]. Disponible en: https://www.minsalud.gob.bo/images/Libros/DGPS/PDS/p345_g_dgps_uan_GUIA_ALIMENTARIA_PARA_LA_MUJER_DURANTE_EL_PERIODO_DE_EMBARAZO_Y_LACTANCIA.pdf
51. Ministerio de Salud de Nicaragua. Normativa 029. Normas de alimentación y nutrición, para embarazadas, puérperas y niñez menor de cinco años [Internet]. Nicaragua: SITEAL; 2018

- [Citado 24 enero 2022]. Disponible en: https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/ni_0022_0.pdf
52. Ministerio de Salud Pública Honduras. Protocolos para la atención durante la preconcepción, el embarazo, el parto, el puerperio y del neonato. [Internet]. Honduras: BVS Honduras; 2016 [Citado 29 mayo 2022]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/Honduras/PROTOCOLOS.ATENCION.PRECONCEPCI%C3%93N.EMBARAZO.PARTO.PUERPERIO.NEONATO/VOLUMEN1.ATENCION.AMBULATORIA.pdf>
 53. Ministro de Salud Panamá. Normas Técnicas-Administrativas y Protocolos de Atención del Programa de Salud Integral de la Mujer. [Internet]. Panamá: MINSAL-CSS; 2015 [Citado 29 mayo 2022]. Disponible en: https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/normas_tecnica_administrativas_del_programa_de_salud_integral_de_la_mujer_1.pdf
 54. Ministerio de Salud - Gobierno de Chile. Nutrición y alimentación en la Gestante [Internet]. Chile: DIPRECE; 2019 [Citado 14 enero 2022]. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/06/2019.05.27-VC-Nutrici%C3%B3n-y-alimentaci%C3%B3n-gestante.pdf>
 55. Ministerio de Salud Pública República Dominicana. Protocolo de Soporte Nutricional en el Período de Embarazo y Lactancia [Internet]. 1 ed. Santo Domingo - República Dominicana: MSP; 2019 [Citado 24 febrero 2022]. Disponible en: <https://repositorio.msp.gob.do/handle/123456789/1522>
 56. Ministerio de Salud Nicaragua. Normas y Protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo. [Internet]. 2 ed. Nicaragua: MINSAL; 2015 [Citado 29 mayo 2022]. Disponible en: <https://www.minsa.gob.ni/index.php/repository/Descargas-MINSA/Direcci%C3%B3n-General-de-Regulaci%C3%B3n-Sanitaria/Normas-Protocolos-y-Manuales/Normas-2015/orderby,3/>
 57. Alonso, E; Yanci, J; Iturricastillo, A. Programas de ejercicio físico para mujeres embarazadas. Guía de prescripción básica basada en la evidencia científica: Ejercicio físico para mujeres embarazadas. Revista Iberoamericana de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte [Internet]. 2021. [Citado 24 febrero 2022]; 10(3): 116-138. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8234631>
 58. Barakat, R; Díaz, A; Franco, E; Rollán, A; Brik, M; Vargas, M; et al. Guías clínicas para el ejercicio físico durante el embarazo. Revista oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2019. [Citado 24 febrero 2022]; 62(5): 464-471. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7357988>
 59. Menéndez, X; Álvarez, N; García, M. Sustancias adictivas y embarazo: Cuidados de enfermería a la mujer embarazada y al recién nacido para minimizar sus efectos. Enfermería Comunitaria [Internet]. 2018 [Citado 24 enero 2022]. 6(2): 34-49. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6490892>
 60. Instituto de Salud Pública; Ministerio de Salud. Vacunación en el embarazo [Internet] 3 ed. Chile: MINSAL; 2019 [Citado 24 enero 2022]. Disponible en: <https://www.ispch.cl/newsfarmacovacunas/2020/03/01%20Editorial.pdf>
 61. Ministerio de Salud Pública República Oriental del Uruguay. Norma Nacional de Lactancia Materna [Internet]. 2017 [Citado 26 febrero 2022]. Disponible en:

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Norma%20Nacional%20de%20Lactancia%20Mater na.pdf>

62. Organización Panamericana de la Salud; Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins/Centro para Programas de Comunicación; Proyecto de Conocimientos sobre la Salud. Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores. [Internet]. 3 ed. Estados Unidos: CCP/OPS; 2019 [Citado 26 febrero 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51918>
63. Ministerio de Salud de Chile. Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad [Internet]. Chile: MINSAL; 2018 [Citado 26 febrero 2022]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.30_NORMAS-REGULACION-DE-LA-FERTILIDAD.pdf
64. NANDA. Diagnósticos de enfermería Nanda 2018-2020 Editorial: Codespace. Año: 2021
65. Johnson, M; Moorhead, S; Bulechek, G; Butcher, H; Maas, M; Swanson, E. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos. Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados. 3ª ed. España: Elsevier; 2012

ANEXOS

Tabla No. 1. Acciones de enfermería en las normativas de los programas de control prenatal en Latinoamérica.

Autores	Dimensión	Semejanzas	Diferencias
MSP Ecuador. ⁽¹⁾ , MPPS Venezuela. ⁽⁴⁾ , CLAP Ecuador. ⁽¹⁶⁾ , MSP Uruguay. ⁽²¹⁾ , DINAMI Argentina. ⁽²⁹⁾ , IMSS México. ⁽⁴⁷⁾	Factores asociados al incumplimiento del control prenatal en Latinoamérica.	Factores de riesgo modificables y no modificables: personales, familiares, gineco-obstétricos, sociales, culturales, económicos y relacionados con la satisfacción de la atención de salud.	
MSP Ecuador. ⁽¹²⁾ , CLAP Ecuador. ⁽¹⁶⁾ , MSP Uruguay. ⁽²¹⁾ , FECASOG Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá. ⁽³⁸⁾ , MSP El Salvador. ⁽⁴⁰⁾ , MSP Panamá. ⁽³⁷⁾ , MSP Cuba. ⁽⁴³⁾ , IMSS México. ⁽⁴⁷⁾ , MSP Bolivia. ⁽⁴⁸⁾	Complicaciones frecuentes por falta de asistencia al control prenatal.	<p>Con mayor prevalencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ruptura uterina • Trastornos hipertensivos (preeclampsia, eclampsia y síndrome de Hellp) • Sepsis • Embolismo pulmonar • Hemorragias posparto. • Diabetes gestacional 	<p>Asocia a las causas indirectas.⁽¹²⁾</p> <p>Además incluye macrosomía fetal y enfermedades que se relacionan con el embarazo múltiple como: anemia, polihidramnios o hemorragia por atonía uterina.⁽¹⁶⁾</p> <p>Amenaza de parto de pretérmino, VIH, sífilis, vaginosis bacteriana y Chlamydia.⁽²¹⁾</p> <p>Embarazo prolongado.⁽³⁷⁾</p> <p>Vulvovaginitis, vaginosis bacteriana.⁽³⁸⁾</p>

<p>MSP Ecuador.⁽¹⁾, MPPS Venezuela.⁽⁴⁾, OMS.⁽⁵⁾, OMS.⁽⁶⁾, IGSSGT Guatemala.⁽¹⁵⁾, CLAP Ecuador.⁽¹⁶⁾, MSP República Dominicana.⁽¹⁸⁾, MSP Uruguay.⁽²¹⁾, SDS Colombia.⁽³⁵⁾, Norma Honduras.⁽⁴¹⁾ MSP Paraguay.⁽⁴⁵⁾, IMSS México.⁽⁴⁷⁾, MSP Bolivia.⁽⁴⁸⁾</p>	<p>Recomendación mínima de asistencia a la atención prenatal.</p>	<p>De acuerdo a lo que indica la OMS se recomienda mínimo 8 controles; la primera atención antes de las 12 semanas de gestación, las subsecuentes 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40 semanas; si aún no se ha dado el parto el ultimo control se efectúa a las 41 semanas.</p>	<p>Mínimo 5 consultas de atención prenatal.^(1,41)</p> <p>Un esquema de 6 consultas, desde la semana 38 hasta la 41 consultas semanales.⁽⁴⁾</p> <p>Recomienda 4 controles prenatales.^(15,45)</p> <p>Esquema de 6 consultas 1ra antes de las 12 semanas las subsecuentes 22, 32, 36, 37, 38 a partir de esta se realizara un seguimiento semanal hasta final del embarazo.⁽¹⁸⁾</p> <p>Se recomienda mínimo 5 consultas, la frecuencia es de cada mes hasta la semana 32, quincenalmente hasta la semana 36 y cada semana hasta inicio del parto o las 41 semanas gestacionales.⁽²¹⁾</p> <p>Recomienda 7 controles prenatales.⁽⁴⁸⁾</p>
<p>MSP Ecuador.⁽¹⁾, MPPS Venezuela.⁽⁴⁾, CLAP Ecuador.⁽¹⁶⁾, MSP Uruguay.⁽²¹⁾, DINAMI Argentina.⁽²⁹⁾, SDS Colombia.⁽³⁵⁾, MSP Cuba.⁽⁴³⁾, IMSS México.⁽⁴⁷⁾, MSP Bolivia.⁽⁴⁸⁾</p>	<p>Actividades durante la consulta prenatal.</p>	<p>Control y registro de signos vitales, medir el peso en cada consulta y la talla solo en la primera siempre y cuando la gestante no sea adolescente, indagar sobre la última fecha de menstruación, calcular la fecha probable de parto y las maniobras de Leopold.</p>	<p>Incluir la evolución de la altura uterina, los latidos fetales y apartir de las 36 semanas la presentación fetal.⁽²¹⁾</p> <p>Además, valorar la altura uterina, movimientos y los latidos fetales y a partir</p>

			<p>de la semana 32 del embarazo las maniobras de Leopold.⁽⁴⁾</p> <p>Monitorización de movimientos del feto a partir de las 26-32 semanas⁽⁴⁷⁾</p> <p>También evaluar signos de violencia⁽⁴⁸⁾</p>
<p>MSP Ecuador.⁽¹⁾, OMS.⁽⁵⁾, OPS/OMS.⁽¹⁴⁾, MSP República Dominicana.⁽¹⁸⁾, MSP Uruguay.⁽²¹⁾, DINAMI Argentina.⁽²⁹⁾, SDS Colombia.⁽³⁵⁾, Norma Honduras.⁽⁴¹⁾, MSP Cuba.⁽⁴³⁾, MSP Chile.⁽⁴⁴⁾, MSP Paraguay.⁽⁴⁵⁾, IMSS Mexico.⁽⁴⁷⁾, MSP Bolivia.⁽⁴⁸⁾</p>	<p>Fomento de la participación en el autocuidado.</p>	<p>El embarazo es una etapa de mayor vulnerabilidad por ello el personal de enfermería realiza intervenciones y se encarga de dar información y recomendaciones respectivas para la práctica de estilos de vida saludables:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educación de los Cambios fisiológicos del embarazo • Signos de alarma • Educación de alimentación sana y nutritiva • Importancia de suplementos • Higiene personal - bucal • Sugerir la realización de actividad física • Cambios en el estilo de vida: restricción total de tabaco, drogas y consumo de alcohol y minimizar productos que contienen cafeína 	<p>En el tercer trimestre importante estimular la preparación para la maternidad/paternidad.^(21,45,48)</p> <p>Participación del conyugue a todos los controles prenatales y preparación para el parto.^(35,47)</p> <p>Además entrenar en psicoprofilaxis.^(18,48)</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Importancia de la administración de vacunas • Consejería de la lactancia materna • Educación de métodos anticonceptivos. • Importancia de la toma de citología, consejería VIH e ITS 	
MSP Ecuador. ⁽¹⁾ , OMS. ⁽⁶⁾ , OPS/OMS. ⁽¹⁴⁾ , CLAP Ecuador. ⁽¹⁶⁾ SEGO. ⁽¹⁹⁾	Síntomas frecuentes en el embarazo.	Orientación direccionada a medidas alternativas para minimizar las molestias producidas por los cambios fisiológicos entre ellos se encuentran: las náuseas, vómitos, pirosis, dolor en epigastrio, estreñimiento, hemorroides, venas varicosas, edemas, dolor lumbar y articular.	Además incluye: gestante sensible, emotiva, cansada aparecimiento de pigmentación de la piel y estrías. ⁽¹⁹⁾
MSP Ecuador. ⁽¹⁾ , MSP República Dominicana. ⁽¹⁸⁾ , MSP Ecuador. ⁽²⁰⁾ , MSP Uruguay. ⁽²¹⁾ , MSP Perú. ⁽⁴⁶⁾ , IMSS Mexico. ⁽⁴⁷⁾	Reconocimiento de signos de peligro en el embarazo.	Los principales signos de alarma incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Cefalea intensa • Mareo • Convulsiones • Hipertermia • Visión borrosa • Escotomas • Zumbido de los oídos • Dolor abdominal 	Incluye ganancia de peso excesiva, vómitos, edema súbito de la cara, manos o pies. ^(18,46) Incluyendo la ganancia de peso deficiente o excesiva. ⁽²¹⁾ Incremento de peso superior de 500 g por semana. ⁽⁴⁶⁾

		<ul style="list-style-type: none"> • Escaso o nulo movimiento fetal • Salida de sangre o líquido por la vagina • Ardor y mal olor de la orina. 		
MSP Ecuador. ⁽¹⁾ , Venezuela. ⁽⁴⁾ , OPS/OMS. ⁽¹⁴⁾ , MSP Paraguay. ⁽⁴⁵⁾ , Mexico. ⁽⁴⁷⁾	MPPS OMS. ⁽⁶⁾ , SDS Colombia. ⁽³⁵⁾ , IMSS	Alimentación recomendada y restringida durante la gestación.	<p>Asesoramiento de la importancia de una alimentación nutritiva: frutas, verdura, proteínas de origen vegetal y animal y lácteos</p> <p>Alimentos evitables o reducción de su consumo:</p> <p>El consumo máximo de cafeína es de 300 mg lo contiene el té, café, los refrescos.</p>	<p>Además se fomenta la reducción del chocolate, las nueces, cola, alimentos alto en azúcar, como pasteles, dulces y caramelos especialmente aquellos prefabricados.⁽⁶⁾</p> <p>Evitar el consumo de carne poco cocida o cruda, y la ingesta de leche no industrializada o agua no tratada.⁽⁴⁾</p>
MSP Ecuador. ⁽¹⁾ , Venezuela. ⁽⁴⁾ , MSP República Dominicana. ⁽¹⁸⁾	MPPS CLAP Ecuador. ⁽¹⁶⁾	Recomendaciones para un adecuado incremento del peso según la edad de gestación	<p>Ganancia de peso de acuerdo a la edad gestacional</p> <ul style="list-style-type: none"> • IMC < 20 kg/m²: entre 12 a 18 kg • IMC 20 – 24.9 kg/m²: entre 10 a 13 kg • IMC 25 - 29 kg/m²: ganancia de peso, entre 7 a 10 kg • IMC > 30 kg/m²: entre 6 a 7 kg. 	<ul style="list-style-type: none"> • Con bajo peso IMC: 12,0-18,4 kg/m²: entre 12,5-18,0 kg • Con un peso normal IMC: 18,5 y 24,9 kg/m²: entre 11,5 y 16 kg • Con un sobrepeso IMC: 25 y 29,9 kg/m² entre 7 y 12,5 kg de peso. • Con una obesidad IMC ≥ 30 kg/m²: entre 5 y 9 kg.⁽¹⁶⁾ • Bajo peso IMC: menor de 19,8 kg/m², de 12,5 a 18 kg • Peso normal IMC: 19,9 kg/m², de 24,8 11 a 12,5 kg y en adolescentes, hasta 16 kg • Sobrepeso IMC: 24,9 kg/m², de 29,9), 7 kg • Obesidad IMC: mayor a 30 kg/m², 7 kg.⁽⁴⁾

<p>MSP Ecuador.⁽¹⁾, OMS.⁽⁵⁾, OPS/OMS.⁽¹⁴⁾, IGSSGT Guatemala.⁽¹⁵⁾, MSP República Dominicana.⁽¹⁸⁾, DINAMI Argentina.⁽²⁹⁾, SDS Colombia.⁽³⁵⁾, Norma Honduras.⁽⁴¹⁾, MSP Chile.⁽⁴⁴⁾, IMSS Mexico.⁽⁴⁷⁾, MSP Bolivia.⁽⁴⁸⁾</p>	<p>Asesoría sobre la ingesta suplementaria de micronutrientes</p>	<p>A nivel individual se recomienda suplemento que contenga entre ácido fólico 0.4 mg + 60 mg de hierro elemental por vía oral cada día.</p> <p>En mujeres con déficit de ingesta de calcio es recomendable la suplementación con calcio 1,5 a 2 gramos cada día.</p>	<p>La administración de hierro elemental entre 30 y 60 mg.^(5,47)</p> <p>Iniciar ácido fólico 1 mg/día y en antecedentes de malformación en el tubo neural la ingesta recomendada es de 4 a 5 mg/día.⁽⁴⁴⁾</p>
<p>MSP Ecuador.⁽¹⁾, IGSSGT Guatemala.⁽¹⁵⁾, DINAMI Argentina.⁽²⁹⁾, SDS Colombia.⁽³⁵⁾, MSP Cuba.⁽⁴³⁾, MSP Chile.⁽⁴⁴⁾, IMSS Mexico.⁽⁴⁷⁾</p>	<p>Fomento prácticas de actividad física adecuada</p>	<p>Se recomienda el ejercicio físico aeróbico, con una frecuencia de 3-5 veces semana, incluir caminata, actividades acuáticas: natación o gimnasia acuática. No se aconseja la práctica de fútbol u otros deportes que involucren un riesgo para el feto.</p>	<p>Brindar asesoría de ejercicios para fortalecer el piso pélvico con el fin de reducir el riesgo de incontinencia urinaria.⁽¹⁾</p>
<p>MSP Ecuador.⁽¹⁾, OPS/OMS.⁽¹⁴⁾, IGSSGT Guatemala.⁽¹⁵⁾, CLAP Ecuador.⁽¹⁶⁾, MSP República Dominicana.⁽¹⁸⁾, DINAMI Argentina.⁽²⁹⁾, MSP Costa Rica.⁽³⁹⁾, MSP Chile.⁽⁴⁴⁾, MSP Paraguay.⁽⁴⁵⁾, IMSS Mexico.⁽⁴⁷⁾, MSP Bolivia.⁽⁴⁸⁾</p>	<p>Orientación sobre prácticas poco saludables y motivación al cambio del estilo de vida</p>	<p>Se recomienda el abandono al consumo de tabaco, drogas y consumo de alcohol.</p>	<p>Evitar la exposición al humo.⁽¹⁴⁾</p>

<p>MSP Ecuador.⁽¹⁾, OMS.⁽⁵⁾, OPS/OMS.⁽¹⁴⁾, IGSSGT Guatemala.⁽¹⁵⁾, MSP República Dominicana.⁽¹⁸⁾, DINAMI Argentina.⁽²⁹⁾, SDS Colombia.⁽³⁵⁾, Norma Honduras.⁽⁴¹⁾, MSP Paraguay.⁽⁴⁵⁾, IMSS Mexico.⁽⁴⁷⁾, MSP Bolivia.⁽⁴⁸⁾</p>	<p>Vacunas recomendadas durante el embarazo.</p>	<p>La única vacuna recomendada durante el embarazo es la antitoxina tetánica para prevenir la mortalidad neonatal por tétanos, aplicando la primera dosis antes de las 20 semanas y la segunda dosis entre las semanas 27 y 29.</p>	<p>Se recomienda la aplicación de la vacuna contra la influenza inactivada a todas las embarazadas en cualquier trimestre de gestación.⁽¹⁾</p> <p>Evitar la administración de la vacuna atenuada para la gripe.⁽¹⁸⁾</p> <p>Durante el embarazo se completa un esquema con tres dosis de antitoxina tetánica, la primera entre las 20-24 semanas de gestación segunda al mes y tercera después de 6 meses. Con esquema completo y gestación ocurrida en un lapso inferior a diez años desde la última dosis, no se vacunan, y en mujeres con esquema incompleto o lapso transcurrido mayor a diez años se coloca una dosis a las 20-24 SG.⁽²⁹⁾</p> <p>Administración de anti-rubéola y antitetánica.⁽⁴¹⁾</p> <p>A partir de las 20 semanas de gestación aplicar una dosis única de vacuna antitetánica independientemente del antecedente de vacunación.⁽⁴⁵⁾</p>
--	--	---	--

			Valorar antecedente vacunal de tétanos, influenza, rubiola y hepatitis b. ⁽⁴⁷⁾
MSP República Dominicana. ⁽¹⁸⁾ , MSP Ecuador. ⁽²⁶⁾ , MSP Ecuador. ⁽²⁷⁾ , Argentina. ⁽²⁹⁾ , Ecuador. ⁽³⁰⁾ , SDS Colombia. ⁽³⁵⁾ , Honduras. ⁽⁴¹⁾ , MSP Chile. ⁽⁴⁴⁾ , IMSS Mexico. ⁽⁴⁷⁾ , MSP Bolivia. ⁽⁴⁸⁾	Beneficios de la lactancia materna	Desde este momento del embarazo la mujer debe saber que la lactancia materna se considera la mejor alimentación y más segura para su hijo. Aporta todos los nutrientes esenciales para el crecimiento y desarrollo del niño. Se recomienda dar inicio cuanto antes y evitar el uso de estimulantes u otros medicamentos sin prescripción.	La lactancia materna no puede considerarse un método anticonceptivo. ⁽¹⁹⁾ El amamantamiento protege de un embarazo hasta un 98% durante los primeros 6 meses posparto. ⁽³¹⁾
MSP Ecuador. ⁽¹⁾ , SDS Colombia. ⁽³⁵⁾ , MSP Perú. ⁽⁴⁶⁾ , IMSS Mexico. ⁽⁴⁷⁾	Asesoría sobre efectos con respecto a la actividad sexual en embarazadas	Según las investigaciones científicas, no existe ninguna evidencia que la practica sexual cause daños en la madre o su producto por lo que no se debería interrumpir sus hábitos sexuales. Sin embargo, queda restringida esta actividad en gestantes con riesgo de hemorragia vaginal, amenaza de aborto o parto prematuro.	
MSP República Dominicana. ⁽¹⁸⁾ , DINAMI Argentina. ⁽²⁹⁾ , UNPFA Ecuador. ⁽³⁰⁾ , ICMER Chile. ⁽³¹⁾ , Norma Honduras. ⁽⁴¹⁾ , MSP	Consejería en planificación familiar	Asesoría en métodos anticonceptivos que puede utilizar luego del parto. La anticoncepción posparto deberá brindarse en el puerperio a todas las mujeres adultas y adolescentes	

Paraguay.⁽⁴⁵⁾, MSP Perú.⁽⁴⁶⁾, IMSS Mexico.⁽⁴⁷⁾

respetando el anticonceptivo de elección para mantener el espacio intergenésico mediante una planificación familiar recomendados durante la lactancia; el DIU con cobre o con levonorgestrel, implantes subdérmicos y los anticonceptivos orales e inyectables solo de progestágeno, y preservativos, cada método en el tiempo determinado, las píldoras combinadas especialmente de estrógeno pueden disminuir la producción de leche materna.

Tabla No. 2. Propuesta de un plan de atención para el control prenatal según la NANDA 2018-2020

DIAGNÓSTICOS	
Diagnóstico N°1:	
Riesgo de alteración de la diada materno/fetal <i>r/c</i> cuidados prenatales inadecuados. ⁽⁶⁴⁾	
Resultados NOC: Conducta sanitaria prenatal	Intervenciones NIC:
<ul style="list-style-type: none"> - Evita situaciones abusivas - Mantiene un estado saludable antes de la concepción - Asiste a clases de educación prenatal - Mantiene las visitas de asistencia prenatal - Consulta a un profesional sanitario sobre el consumo de medicamentos sin prescripción - Mantiene una ingestión de nutrientes adecuada para la gestación - Mantiene un patrón de aumento de peso saludable - Participa en el ejercicio regular.⁽⁶⁵⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo en la protección contra abusos: conyugue - Identificación de riesgos - Cuidados prenatales - Monitorización de signos vitales - Enseñanza medicamentos prescritos - Manejo de la medicación - Enseñanza dieta prescrita - Manejo de las náuseas y vómitos - Vigilancia al final del embarazo.⁽⁶⁵⁾
Diagnóstico N°2:	
Conocimientos deficientes <i>r/c</i> información insuficiente <i>como lo demuestra</i> conocimiento insuficiente. ⁽⁶⁴⁾	
Resultados NOC: Conocimiento: Gestación	Intervenciones NIC:
<ul style="list-style-type: none"> - Importancia de la atención prenatal frecuente - Signos de alarma y de las complicaciones del embarazo - Cambios anatómicos y fisiológicos del embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados prenatales

<ul style="list-style-type: none"> - Prácticas nutricionales saludables - Patrón de aumento de peso saludable - Uso correcto de suplementos nutricionales - Beneficios del ejercicio regular - Efectos adversos del consumo de tabaco - Efectos adversos del consumo de alcohol sobre el feto - Efectos adversos del consumo de drogas ilegales.⁽⁶⁵⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> - Asesoramiento nutricional - Enseñanza: dieta prescrita - Enseñanza: medicamentos prescritos - Enseñanza: actividad/ ejercicio prescrito - Prevención del consumo de sustancias nocivas.⁽⁶⁵⁾
<p>Resultados NOC: Conocimiento: lactancia materna</p>	<p>Intervenciones NIC:</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Beneficios de la lactancia materna - Evaluación del pezón - Técnicas adecuadas de extracción y almacenamiento de la leche materna.⁽⁶⁵⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> - Asesoramiento en la lactancia - Vigilancia de la piel.⁽⁶⁵⁾
<p>Resultados NOC: Conocimiento: funcionamiento sexual durante el embarazo y el puerperio.</p>	<p>Intervenciones NIC:</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Prácticas sexuales seguras - Importancia de la anticoncepción durante el posparto inmediato.⁽⁶⁵⁾ 	<ul style="list-style-type: none"> - Asesoramiento sexual - Planificación familiar: anticoncepción.⁽⁶⁵⁾

