



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**FACULTAD REGIONAL
MULTIDISCIPLINARIA
MATAGALPA**

**Seminario de Graduación para Optar al Título de Licenciatura en
Enfermería Materno Infantil.**

TEMA:

Conocimiento, Actitudes y Práctica sobre Atención Prenatal de bajo riesgo en el personal que atiende embarazadas en las áreas de Salud del departamento de Matagalpa, año 2017.

SUBTEMA:

Conocimiento, Actitudes y Práctica sobre Atención Prenatal de bajo riesgo en el personal que atiende embarazadas en el puesto de salud Lidia Saavedra del municipio de Matagalpa, departamento de Matagalpa, año 2017.

AUTORES:

Br. José Iván Chavarría.
Br. Danelia del Socorro Blandino López.

TUTOR(A):

Lic. Elsa Mercedes Castellón Calvo.



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**FACULTAD REGIONAL
MULTIDISCIPLINARIA
MATAGALPA**

**Seminario de Graduación para Optar al Título de Licenciatura en
Enfermería Materno Infantil.**

TEMA:

Conocimiento, Actitudes y Práctica sobre Atención Prenatal de bajo riesgo en el personal que atiende embarazadas en las áreas de Salud del departamento de Matagalpa, año 2017.

SUBTEMA:

Conocimiento, Actitudes y Práctica sobre Atención Prenatal de bajo riesgo en el personal que atiende embarazadas en el puesto de salud Lidia Saavedra del municipio de Matagalpa, departamento de Matagalpa, año 2017.

AUTORES:

Br. José Iván Chavarría.

Br. Danelia del Socorro Blandino López.

TUTOR(A):

Lic. Elsa Mercedes Castellón Calvo.

Indice	
Dedicatoria.....	i
Agradecimiento	ii
Valoración del Tutor	iii
Resumen	iv
I. introducción.....	10
II.Justificación.....	15
III. Objetivos.....	16
IV. Marco Teorico	17
v. Conclusiones	113
vi. Bibliografía	114
Anexos.....	127

Dedicatoria

A.

Dios por darnos la oportunidad de vivir y por estar con nosotros en cada paso que damos, por fortalecer mi corazón e iluminar nuestras mentes y por haber puesto en nuestro camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A nuestros padres por darnos la vida, querernos mucho, creer en nosotros y por qué siempre nos apoyaron, a nuestras madres gracias por darnos una carrera para nuestro futuro.

Br: Danelia del socorro Blandino López

Br: José Iván Chavarría

Agradecimiento

Agradezco especialmente a Dios por permitirme llegar a concluir esta meta por darme sabiduría e inteligencia para lograr este triunfo en mi vida.

A mis padres por brindarme su apoyo incondicional, que con su esfuerzo me ayudaron día a día y siempre estuvieron presentes brindándome su ayuda.

A todos los docentes que nos brindaron su loable labor y nos facilitaron los conocimientos teóricos prácticos en especial a Msc Karla Vanesa Molinares y Lic. Elsa Mercedes Castellón por su valioso tiempo y respaldo que nos brindó durante la investigación.

Con cariño

Br: José Iván Chavarría

Agradecimiento.

Agradezco A Dios, por permitirme culminar esta etapa en mi vida y reconfortarme en los momentos de desasosiego e incertidumbre durante la trayectoria de mi formación, porque en mí siempre ha estado y estará en primer lugar.

A mis familiares de manera general por apoyarme en todo momento, inculcándonos responsabilidad y por habernos dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de nuestras vidas, sobre todo, por ser un excelente; ejemplo de vida a seguir.

A mi tutor, MSc Elsa Mercedes Castellón Calvo y MSc Karla Vanesa Molinares por sus interminables consejos en la realización de la investigación con las aportaciones y recomendaciones que hicieron posible que hoy llegue a culminar esta meta, mis más sinceros agradecimientos y mi más grande admiración por su tiempo dedicado a mi trabajo investigativo.

A la universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua FAREM Matagalpa por ser el lugar donde hemos adquirido conocimientos profesionales que ayudaran a desarrollarnos en el campo laboral.

A todos los docentes que en el transcurso de nuestra vida universitaria nos proporcionaron todas las herramientas necesarias para desarrollarnos como profesionales y cumplir hoy esta etapa tan importante de nuestras vidas.

Br. Danelia del Socorro Blandino López

Valoración del Tutor



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA

UNAN - MANAGUA

VALORACION DEL DOCENTE

Por medio de la presente se informa, que el Seminario de Graduación para optar al Título de **Licenciatura en Enfermería con Orientación Materno Infantil**, que lleva por Tema general: Conocimiento, Actitudes y Práctica sobre Atención Prenatal de bajo riesgo en el personal que atiende embarazadas en las áreas de Salud del departamento de Matagalpa, año 2017 y con Sub tema: CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICA SOBRE ATENCIÓN PRENATAL DE BAJO RIESGO EN EL PERSONAL QUE ATIENDE EMBARAZADAS EN EL PUESTO DE SALUD LIDIA SAAVEDRA DEL MUNICIPIO DE MATAGALPA, DEPARTAMENTO DE MATAGALPA, AÑO 2017.Elaborado por los autores: **Br. José Iván Chavarría y Br. Danelia del Socorro Blandino López .;** Reúne los requisitos científicos y metodológicos para ser presentada y defendida ante un tribunal examinador. Matagalpa del 2017.

Lic. Elsa Mercedes Castellón Calvo
Msc. En Salud Sexual y Reproductiva
Tutor de Seminario de Graduación

Resumen

El propósito de la presente investigación, es la de evaluar los conocimientos, actitudes y práctica sobre Atención Prenatal de bajo riesgo en el personal que atiende embarazadas en el puesto de salud Lidia Saavedra del municipio de Matagalpa, departamento de Matagalpa, año 2017.

Este estudio es descriptivo, prospectivo y de corte longitudinal con un enfoque cualicuantitativo, cuenta con una muestra de dos recursos humanos, que atienden embarazadas de bajo riesgo, de la cual se estudiaron 27 embarazadas de bajo riesgo.

Los hallazgos obtenidos en esta investigación a través de los instrumentos que se aplicaron al personal de salud, fueron los siguientes resultados, al caracterizar al personal de salud se encontró que la edad no influye en ir adquiriendo experiencia en el día a día, al indagar los conocimientos del personal la Lic. En enfermería con un 100 % y la auxiliar en enfermería con un 75% de conocimientos adquiridos, se identificó que la actitud del personal es neutral con un 55% y positiva con un 100 %, se observaron prácticas completas e incompletas con un porcentaje menor y mayor al 85 %.

Se concluye que el conocimiento del personal es bueno y malo, se observó que la actitud del personal es positiva y neutral al aplicar la guía de observación, en donde la práctica del personal de salud al realizar atención prenatal de bajo riesgo las mayores deficiencias son: la consejería a las pacientes, el ingreso al censo gerencial, realización de cintas reactivas de uro análisis y examen odontológico y de mamas.

I. introducción

La atención prenatal (APN) son normativas que como todas las acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores pueden condicionar la morbilidad materna y perinatal. OMS, (2016)

APN, es la serie de visitas programadas de la embarazada con el personal de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados del recién nacido. Estas atenciones prenatales deben de ser de calidad y eficiencia para ello se necesita de un personal de salud capacitado, para poder decir que las atenciones a la embarazada son de calidad debe de contar con tres componentes: precoz, periódico y completo.

A nivel mundial se realizan atenciones prenatales; en los países de ingresos altos y medios, el uso de servicios de atención prenatal por parte de las mujeres embarazadas es hoy en día prácticamente universal. Muchas de las mujeres embarazadas no tienen acceso a una atención prenatal por múltiples factores entre ellos la pobreza, los inmigrantes entre otros. La APN determina que la embarazada sean atendidas en el nivel de complejidad de acuerdo a la clasificación de riesgo, por lo tanto es el pilar de la maternidad segura como estrategia para mejorar la salud materna en los países y cuyos objetivos son: reducir el número de embarazos no deseados y de alto riesgo reducir el número de complicaciones obstétricas y reducir la tasa de mortalidad perinatal.

El alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres. La casi totalidad 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo: más de la mitad a África y casi un tercio a Asia meridional. Más de la mitad de las muertes maternas se producen en entornos frágiles y contextos de crisis humanitaria. OMS, (2016). En las últimas décadas los países

en desarrollo registraron notables incrementos en el uso de la atención prenatal. Los progresos más destacados se dieron en Asia, principalmente a consecuencia de los rápidos cambios que se produjeron en unos pocos países de gran extensión, como, por ejemplo: Indonesia, el Caribe y América Latina; aunque los países de estas regiones ya presentaban niveles relativamente elevados de atención prenatal. En África, en cambio el uso de la atención prenatal apenas aumentó en la pasada década. Si bien la cobertura de atención prenatal ha mejorado notablemente en los últimos años, es un hecho generalmente reconocido que los servicios de atención prenatal actualmente ofrecidos en muchas partes del mundo no están a la altura de los niveles recomendados. Existe un enorme potencial que sigue sin explotarse lo suficiente.

Aunque a nivel mundial se ha realizado avances a lo referente a ampliar la accesibilidad y garantizar al menos una consulta prenatal, la proporción de mujeres que alcanzan el mínimo recomendado de 4 consultas es demasiado baja.

En los países en desarrollo, la ampliación de los programas de control prenatal rutinario frecuentemente ha sido deficiente y las visitas clínicas son irregulares, con largos tiempos de espera y una mala respuesta a las mujeres.

Las preocupantes estadísticas de morbilidad materna y perinatal en los países en desarrollo reflejan las consecuencias de no brindar un buen cuidado materno y perinatal. Tradicionalmente, en los países en desarrollo se han recomendado programas de control prenatal (CPN) siguiendo los lineamientos de los programas que se usan en los países desarrollados, incorporando solo adaptaciones de acuerdo con las condiciones locales.

La mayoría de los países de América latina y el Caribe están llevando a cabo reformas del sector de la salud y podrían beneficiarse de una nueva forma de enfocar esas áreas. La OMS en conjunto con la OPS proponen 3 indicadores de cobertura: vacunación, controles prenatales, proporción de partos atendidos por profesionales de salud por medio de estos indicadores se puede evitar la muerte

materna y perinatal. En la región de las Américas, la mayoría de las muertes maternas son debidas a hemorragia ante parto y postparto, complicaciones de aborto, trastornos hipertensivos asociados al embarazo, sepsis, parto prolongado u obstruido, ruptura uterina y embarazo ectópico. La mayoría de estas complicaciones no pueden ser prevenidas y se desarrollan en forma aguda, aún en pacientes sin factores de riesgo. No hay que obviar, que además de que el mayor porcentaje de las muertes maternas en los países de la región se deben a causas que permiten clasificarlas como muertes maternas obstétricas directas, ha venido incrementándose la incidencia de las muertes maternas relacionadas a enfermedades preexistentes como la diabetes, hipertensión, cardiopatías, trastornos hematológicos, entre otras, las cuales en su mayoría se relacionan a hábitos y estilos de vida no saludables que contribuyen a que se presente otro porcentaje de las muertes maternas que corresponden al grupo de las muertes obstétricas indirectas.

A nivel nacional se trabaja con normativas por las que los trabajadores de salud se rigen. Estas normativas tienen por objeto, establecer los criterios y pautas para vigilar y atender la salud de la mujer embarazada, parturienta y puérpera, instituyendo prácticas sanitarias que se ha demostrado son más seguras, más efectivas, más eficaces y menos costosas, que pueden ser aplicadas en establecimientos de menor capacidad resolutoria; permitiendo la articulación con niveles de mayor capacidad de resolución que sean capaces de atender las complicaciones que se derivan de esta atención para lograr la reducción de la mortalidad y morbilidad materna y perinatal.

En Nicaragua, a pesar que en las últimas décadas la mortalidad materna y perinatal han sido identificados como uno de los principales problemas de salud pública, las acciones realizadas por el Ministerio de Salud no fueron muy eficaces para obtener un impacto que permitieran marcar una tendencia sostenida de disminución de estos indicadores para cumplir con los ODS 3. Asimismo, se

trabaja con diferentes estrategias para la reducción de mortalidad materna y neonatal entre estas se encuentran las siguientes:

Garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, la integración de la salud reproductiva.

Controles prenatales con calidad y calidez, garantizando la entrega de calcio, sulfato ferroso y antiparasitario tal como lo establece normativa APN a toda embarazada que acuda a su consulta prenatal ambulatoria o brigadas móviles integrales en las comunidades para la prevención de anemia y SHG.

En Matagalpa según ENDESA (2016) manifiesta en su reporte quinquenal que Matagalpa ocupa el segundo lugar en muertes materna. Superado únicamente por Jinotega y la RAAN. Por tal motivo se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuál es el Conocimiento, Actitudes y Práctica sobre atención Prenatal de bajo riesgo en el personal que atiende embarazadas en el puesto de Salud Lidia Saavedra del municipio de Matagalpa, departamento de Matagalpa, año 2017?

Este es un estudio descriptivo, prospectivo y de corte longitudinal, con enfoque cualitativo, cuyo universo y muestra la conforman dos profesionales de la salud una Lic. En enfermería en materno infantil, y una auxiliar de enfermería que atienden embarazadas de bajo riesgo y que acuden a realizarse su atención prenatal, en el puesto de salud Lidia Saavedra ubicado en el barrio el progreso de del municipio de Matagalpa, el cual cuenta con 33 embarazadas de las cuales son 6 de alto riesgo, y 27 de bajo riesgo obstétrico, siendo la unidad de análisis el personal salud que atiende embarazadas, la obtención de la información se logró a través del personal que atiende embarazadas de bajo riesgo, por lo cual se utilizó una encuesta, y dos guía de observación como instrumentos de recolección de datos en el cual se pudo conocer y observar la actitud del personal, he igual manera si cumplen con todas las actividades básicas a la hora de realizar

atención prenatal según normativa 0-11 2015 del Ministerio de salud . Toda esta información se procesó a través de programas estadísticos como; Excel, Word, y Power Point para la presentación del mismo.

I. Justificación

La cobertura de la atención del control prenatal constituye factores ligados a la salud materna e infantil por lo tanto se requiere demostrar datos para identificar la situación general de las gestantes, sin embargo, se debe tener en cuenta que el embarazo es especial en la mujer y que con ello lleva asociados factores de riesgo que incrementan daños o muerte al binomio.

El presente estudio pretende Evaluar los Conocimiento, Actitudes y Práctica sobre Atención Prenatal de bajo riesgo en el personal que atiende embarazadas en el puesto de salud Lidia Saavedra del municipio de Matagalpa, departamento de Matagalpa año 2017, ayudara a conocer de forma general la atención del control prenatal que se brinda a las gestantes en esta unidad que consigo llevan a un embarazo satisfactorio.

Dicha evaluación en cuanto a conocimiento actitud y práctica permitirá comprender los alcances que ha tenido la normativa en APN en el puesto de salud Lidia Saavedra obteniendo así las debilidades presentes en el personal de salud que labora en esta unidad. Entendiendo que los buenos conocimientos, actitudes y prácticas garantizan un buen desarrollo de la gestante y un desarrollo que constituye a una formación profesional que sea de manera eficaz, que genere compromiso y actitudes positivas de dicho personal y que se involucre a toda la población en general para calificar la calidad de la atención del APN.

Los hallazgos encontrados permitirán a las autoridades del ministerio de salud (MINSA) tomar las acciones necesarias para retomar estrategias que permitan el desarrollo en los trabajadores de la salud con el fin de mejorar en la APN. Es de gran importancia profesionalmente ya que pondrá en manifiesto los conocimientos adquiridos durante la carrera y permitirá sentar las bases para otros estudios que surjan sobre el tema en estudio. El producto de esta tesis hará parte de la evidencia científica, y será fuente de información para los futuros estudiantes interesados en el tema de estudio.

II. Objetivos

General:

Evaluar los Conocimientos, Actitudes y Práctica sobre Atención Prenatal de bajo riesgo en el personal que atiende embarazadas en el puesto de salud Lidia Saavedra del municipio de Matagalpa, departamento de Matagalpa, año 2017.

Específicos:

1. Caracterizar socio laboralmente al personal de salud que atiende embarazadas de bajo riesgo.
2. Indagar conocimiento sobre la Atención Prenatal de bajo riesgo en el personal de salud que atiende embarazadas en el centro de salud Lidia Saavedra.
3. Identificar la actitud del personal de salud antes y durante la atención prenatal de bajo riesgo.
4. Describir las prácticas del personal de salud al realizar la atención prenatal en el área de salud en estudio.

III. Desarrollo

El embarazo de bajo riesgo. Es aquel en el que no existen estados patológicos o condiciones anormales durante la gestación y los peligros para la salud de la madre y del feto son mínimos. (Minsa, 2015)

Conocimiento:

Es todo lo que adquirimos mediante la interacción con el entorno, es el resultado con la experiencia organizada y almacenada en la mente del individuo de una forma que es única para cada persona. (Alvares, 2010)

Actitud:

Las actitudes son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí. (Argera , 2010)

De lo expuesto, la actitud es la predisposición organizada para pensar, percibir, sentir y comportarse ante un referente en forma de rechazo, aceptación e indiferencia.

Práctica:

Acción de ejercer o realizar un trabajo; facultad, habilidad y destreza que se adquiere con la repetición o continuidad de este ejercicio. Aplicación de los conocimientos adquiridos. (Usual ,2014)

4.1 Descripción sociodemográfica

4.1.1 Concepto: Pues esa palabra se puede descomponer en dos socio que quiere decir sociedad, y demografía que quiere decir estudio estadístico sobre un grupo de población humana, en consecuencia sociodemográfico será un estudio estadístico de las características sociales de una población. (Martínez,2006)

4.1.2 Caracterización sociodemográfica: puesto de salud Lidia Saavedra

El puesto de salud Lidia Saavedra está ubicado en el barrio el progreso del municipio de Matagalpa, en donde limita al sur con la ferretería JF, al norte con la UNAN, oeste con suplidora de Matagalpa y al este con el parque Darío, este se apertura en el año 2010, dado que la población que hoy atiende este centro antes era atendida en el centro de salud el progreso, el cual contaba con una población de 12,255 y con el objetivo acercar los servicios de salud a la población a través del modelo de salud familiar y comunitario MOSAFC, se apertura el puesto de salud Lidia Saavedra en el cual se atiende una población de 6,755 personas de todos los grupos etarios este tiene 33 embarazadas activas de las cuales son 6 de alto riesgo, y 27 de bajo riesgo obstétrico . Todos estos habitan en 3 barrios; Rodolfo López, el Progreso y Carlos Fonseca todo esto corresponde a la zona urbana y 4 comunidades rurales las cuales son: La Pintada, Nuestras Tierras, San José y la comunidad la Luz.

Este centro de salud cuenta con una estructura de una sala de espera, dos cubículos donde se realiza la atención a las y los pacientes y un tercer cubículo que sirve como farmacia he igual forma cuenta con un cuarto de procedimiento seguido que tiene los materiales e insumos necesarios para brindar atención prenatal, este lugar, tiene los servicios básicos energía eléctrica, agua potable y servicio higiénico sanitario, para uso general.

En este centro de salud se brinda atención prenatal a mujeres de alto y bajo riesgo, VPCD, planificación familiar, dispensar sados y consulta general.

En esta unidad de salud cuenta con un personal de salud el cual es una Lic. En Enfermería en materno infantil con 15 años de laborar, una Auxiliar de Enfermería con dos años de laborar como enfermera auxiliar y 25 años de edad, y un Médico general, también existe un recurso que atiende la farmacia.

El total de la población gestante inscritas en los registros de censo gerencial del puesto de salud lidia Saavedra correspondió a 33 embarazadas, 6 de alto riesgo y 27 de bajo riesgo de las cuales son de área rural y de la zona urbana, donde se estudió 27 embarazadas de bajo riesgo.

4.1.3 Caracterización socio laboral del personal de salud que atiende a las embarazadas.

Personal de salud: Según la OMS, (2016), el personal sanitario son todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud.

Edad: con origen en el latín *aetas*, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. (Pérez, 2012)

Edad biológica: tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo. Cualquiera del periodo en que se considera dividida la vida en una persona, o cualquiera de dicho periodo por sí solo. Una división común de la vida de una persona por edades es la del bebe, niño púber adolescente, joven, adulto, mediana edad son edad de pavo (pubertad) y edad propecta (tercera edad). (Bello,2005)

Experiencia laboral: la experiencia se basa fundamentalmente del conocimiento y conjuntamente con los estudios garantiza el ser un excelente profesional la experiencia en el campo laboral es la acumulación de conocimientos que una

persona o empresa logra en el transcurso del tiempo cantidad de años laborados. (Fuentes ,2010).

Tiempo total que tiene un trabajador prestando sus servicios para una empresa, patrón o unidad económica determinada, independientemente de que el trabajador durante dicho tiempo haya cambiado sus funciones, su puesto o que fuere reubicado en una nueva área. La antigüedad laboral seguirá aumentada siempre y cuando el trabajador no se separe de sus actividades por un lapso superior a un año. (Costa,2015)

Perfil profesional: El perfil laboral o profesional es la descripción clara del conjunto de capacidades y competencias que identifican la formación de una persona para encarar responsablemente las funciones y tareas de una determinada profesión o trabajo. (Mertens,2008)

Enfermera MOSAFC: según MINSA (2007) el Modelo de Salud Familiar y Comunitario, se enfoca en la atención a las personas, familias y comunidades como un proceso continuo con momentos interrelacionados de promoción y protección de salud, recuperación y rehabilitación cuando la población o las personas se enferman o sufren discapacidades, todo ello con un enfoque preventivo y amplio.

La enfermera MOSAFC se desarrolla y aplica de forma integral en el marco de la salud pública, los cuidados del individuo, familia y comunidad en el equilibrio inestable del proceso salud-enfermedad.

Los establecimientos de salud en el país históricamente se han enfocado en la atención curativa con tendencia a la especialización Médica. El MINSA en 1995 inició la implantación de un modelo de atención integral que destacó las acciones para el binomio madre-niño incidiendo en la morbi-mortalidad de este grupo poblacional, generando desarticulación de los servicios de salud, y por lo tanto descuido a los otros segmentos poblacionales.

Con los avances del proceso de reforma del sector salud, surge la necesidad de adoptar un modelo de atención que garantice el acceso a los servicios de salud, que sea capaz de reducir las brechas en la situación de salud entre grupos de población de acuerdo a sus niveles de pobreza, sexo, edad, etnia y otras características de los grupos humanos identificados, a fin de eliminar el principal problema de salud, que es la inequidad.

Enfermera auxiliar: el auxiliar de enfermería es el profesional sanitario encargado de proporcionar cuidados auxiliares al paciente y actuar sobre las condiciones sanitaria de su entorno bajo la supervisión del diplomado en enfermería o el facultativo médico. Por tano su labor es principalmente asistencial han que también tiene una vertiente administrativa (planificando, organizando y evaluando las unidades de trabajo. (Pérez, 2011).

Enfermera profesional: brindar atención integral en los procesos de promoción, prevención, recuperación de salud y rehabilitación de la enfermedad. Realizar investigaciones para identificar y planificar alternativas de solución en el área de su competencia. (Hernandez, M 2016). Trabajar como agentes de cambio social, promoviendo los procesos que apoyen al individuo y a la comunidad, en brusquedad y logro de su propia realización demostrando su aporte específico como enfermera.

Licenciatura de enfermería:

Ernestina Wiedenbach (1952-1965). La enfermera es un ser humano funcional; como tal no solo actúa, también piensa y siente; sus pensamientos y sentimientos como enfermera son importantes, están íntimamente relacionados no solo con lo que hace sino con el modo en que lo hace, y subyace a cualquier acto que realiza,

Ya sea en forma de una palabra pronunciada, un documento escrito, un gesto o un acto de cualquier clase. Para la enfermería, cuya actividad está dirigida a la

consecución de un propósito específico, los pensamientos y sentimientos tienen que estar disciplinados. (Bello,2006)

El Licenciado en Enfermería, dentro de sus funciones, puede dedicarse a ejercer la atención directa a pacientes de alto riesgo en prestaciones de alta complejidad; elaborar programas de enfermería, de atención comunitaria y de educación continua para el personal de enfermería, de servicios y docencia. Está capacitado para conducir instituciones educativas de enfermería; ejercer la docencia; participar en investigaciones. Puede administrar servicios de enfermería en los niveles de atención nacional, regional, provincial y local y en instituciones hospitalarias y comunitarias del sistema de salud. (Sartorio, 2012)

El Licenciado en enfermería dedica 5 años de estudio universitario teórico, práctico donde debe demostrar conocimientos y destrezas tanto en áreas de atención primaria como en área de atención secundaria para obtener el título de mayor rango que le acredite como Licenciado o Licenciada.

Perfil del médico general: Es un profesional de la medicina que como individuo se preocupa por la salud y el bienestar de la comunidad. Está habilitado para el cuidado sanitario en una orientación psicosocial que abarque el fomento de la salud, la prevención de las enfermedades y el tratamiento de los pacientes tiene visión interdisciplinaria de la solución de los problemas de salud y está habituado a trabajar en equipo. (Gómez, 2000)

Médico especialista (obstetra): un obstetra es un médico con formación especial en la salud de la mujer y el embarazo. Los médicos obstetras se especializan tanto en el cuidado de la mujer durante el embarazo como en el trabajo de parto y el alumbramiento de sus bebés. Tienen entrenamiento avanzado en la atención de embarazos de alto riesgo. (Gómez, 2000)

Tabla N° 1: Características Socio laborales del personal de salud

Perfil profesional	Lic. Enfermería	Auxiliar de enfermería
Edad	35	25
Experiencia laboral en años	15	2

Fuente: Encuesta

En la tabla se describe la edad y la experiencia laboral de los recursos humanos que laboran en el puesto de salud Lidia Saavedra del municipio de Matagalpa, comprenden de los 25-35 años, con experiencia de laborar en salud de 2 a 15 años.

La experiencia acoplada debidamente a los conocimientos técnicos, es la clave del éxito en las atenciones hacia la población. Los conocimientos son técnicas aprendidas durante el resultado de la experiencia organizada y almacenada en la mente de las personas de una forma que es única para cada uno.

Cuando un recurso humano tiene sus habilidades y destrezas bien desarrolladas logra brindar una buena atención, en el puesto de salud Lidia Saavedra los recursos que laboran, tienen la licenciada en enfermería con 15 años de laborar como enfermera y la auxiliar de enfermería con 2 años de laborar, sin embargo, con el paso de los años que se labora el recurso va obteniendo más habilidades en el día a día logrando una buena experiencia que se convierte en dar una buena atención de calidad.

Cabe señalar que la edad no influye en lo que es brindar una buena atención hacia las y los usuarios, puesto que una persona puede ser muy joven, pero si es dedicada a su profesión todo su trabajo va hacer satisfactorio para el paciente, ya que la carrera de enfermería es de servicio.

4.2 Conocimientos sobre atención prenatal:

4.2.1 Concepto de conocimiento: Término conocimiento, indica que la ciencia está integrada por todo lo que se sabe sobre la materia que interesa de una disciplina científica. En este punto, cabe diferenciar lo que se conoce realmente acerca de una materia (los hechos) de lo que se cree sobre la misma. El conocimiento se basa en informaciones objetivas. El conocimiento es la conciencia o percepción de la realidad adquirida a través del aprendizaje o la investigación. (Marriner ,1989)

4.2.2 Tipos de conocimientos según Rojas (2015)

- **Conocimiento científico:** Llamado conocimiento crítico, no guarda una diferencia tajante, absoluta con el conocimiento de la vida cotidiana y su objeto puede ser el mismo. Intenta relacionar de manera sistemática todos los conocimientos adquiridos acerca de un determinado ámbito de la realidad. Es aquel que se obtiene mediante procedimientos con pretensión de validez, utilizando la reflexión, los razonamientos lógicos y respondiendo una búsqueda intencional por la cual se delimita a los objetos y se previenen los métodos de indagación.
- **Conocimiento técnico:** está vinculado al griego téchne, que puede traducirse como “ciencia” o “arte”. Esta noción hace referencia a un procedimiento que tiene como objetivo la obtención de un cierto resultado o fin. Al ejecutar conocimientos técnicos, se sigue un conjunto de reglas y normas que se utiliza como medio para alcanzar un fin.
- **Conocimiento empírico:** es el conocimiento que se da por casualidad, este conocimiento es propio de las personas sin información pero que tienen conocimiento del mundo exterior lo que las permite actuar y determinar acciones, hechos y respuesta.

4.2.3 Características del conocimiento.

El conocimiento es personal, en el sentido de que origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia y lo incorporan a su acervo personal estando convencidas de su significado e implicaciones, articulándolo como un todo organizado que da estructura y significado a sus distintas piezas.

Su utilización que puede repetirse sin que el conocimiento se consuma, permite entender los fenómenos que las personas perciben, y también evaluarlos en el sentido de juzgar conveniencia de los mismos.

Sirve de guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento porque, esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias para cada individuo.

4.2.4 conocimientos sobre normas y protocolos:

Concepto de normas:

Son reglas de conducta que nos imponen un determinado modo de obrar o de abstenernos. Las normas pueden ser establecidas desde el propio individuo que se el auto impone, y en este caso son llamadas normas autónomas, así como sucede con las éticas o morales. Las que son fijadas independientemente del sujeto que las cumple, son llamadas heterónomas, y pueden ser los usos y costumbres, establecidas por la sociedad por su repetición continua. (Ortiz ,2014)

Protocolo:

Un conjunto de procedimientos destinados a estandarizar un comportamiento humano u sistemático artificial frente a una situación específica. Se trata de las reglas o el estándar que define la sintaxis, semántica y sincronización de la comunicación, así como posibles métodos de recuperación de errores. (Ortiz ,2014)

Normas y Protocolo para la Atención Prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de Bajo Riesgo

Están dirigidas a todas y todos los Trabajadores de la Salud, en los diferentes niveles de atención, con el propósito de poner en práctica una serie de acciones que permitan mejorar la calidad de atención y garantizar la seguridad de las usuarias que demandan los servicios. Así mismo deberá contribuir a la actualización de los conocimientos científicos, a la homogenización del manejo de Atención prenatal, parto, puerperio de bajo riesgo, y de la atención del recién nacida/o normal, con el fin de incidir en la identificación de factores de riesgo para reducir las muertes maternas e infantil. (MINSA,2015)

4.2.5 Definiciones sobre atención prenatal según MINSA, N -011(2015)

Concepto de APN:

Según MINSA, N -011(2015). Es la serie de visitas programadas a la embarazada con el proveedor de salud, donde se brindan cuidados óptimos, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados del recién nacido.

En la Atención Prenatal de Bajo Riesgo se realizarán cuatro atenciones programadas, lo que permitirá el cumplimiento de las actividades necesarias. La captación (primera atención) debe ser lo más precoz posible siendo lo normado efectuarla en el primer trimestre de embarazo. La captación tardía impone realizar las actividades correspondientes a las atenciones anteriores además de las que corresponden al periodo actual de embarazo.

Los recursos humanos en salud, respondieron de forma correcta las preguntas de conocimiento sobre atención prenatal en el grafico se refleja el conocimiento del personal de salud que labora en el puesto de salud Lidia Saavedra, el cual es muy bueno en donde ambas contestaron muy bien la repuesta dando un 100 % demostrando que tienen conocimiento sobre la normativa y así poder brindar una mejor atención esto indica que el personal está al día con la actualización de las normas convirtiéndose en brindar una buena atención. (Tabla # 1; Anexo # 3)

Requisitos básicos de APN:

Según MINSA N- 011 (2015), La atención prenatal debe cumplir con los siguientes requisitos:

1. Precoz: es cuando la atención se realiza durante los primeros tres meses del embarazo.
2. Periódica: Es la frecuencia con la que se realizan las atenciones prenatales de las embarazadas que acuden a la unidad de salud.
3. Continua: Es la secuencia de las atenciones que se brindan de forma sistemática e interrumpida.
4. Completa: Cuando el contenido de las atenciones garantiza el cumplimiento efectivo de las acciones, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la embarazada.
5. Amplia cobertura: Se refiere al porcentaje de la población embarazada que es controlada, la cobertura y meta por territorio es de 100%.
6. Calidad: Las atenciones deben brindarse previo consentimiento informado, con base a estándares clínicos gerenciales y de satisfacción a las embarazadas, que se fundamentan en la aplicación del presente protocolo.

7. Equidad: La población tiene oportunidad de acceder y utilizar los servicios sin distinción de edad, condición económica, raza o religión, credo político y son accesibles desde el punto de vista cultural adoptando sus intervenciones según las necesidades de la población indígena y comunidades.

Los recursos en salud que laboran en el puesto de salud Lidia Saavedra y que brindan atención prenatal de bajo riesgo, en el cual se observó que en el gráfico donde ambas conocen en un 100 % los requisitos básicos de la atención prenatal demostrando, así que tienen conocimientos sobre la normativa y esto conlleva a poder mejorar la calidad en la atención a las usuarias para poder cumplir con todos los requisitos establecidos. Cabe señalar que algunas gestantes sus captaciones son tardía pero a su vez se les da seguimiento a través de visitas domiciliarias donde se le está monitoreando el embarazo. (Tabla # 2; Anexo # 3)

Clasificación de riesgo: Esta clasificación se basa en ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control. En principio el nuevo modelo de control prenatal divide a las mujeres embarazadas en dos grupos. (MINSa N-011,2015)

1. Aquellas elegibles para recibir atención prenatal de rutinas llamado componentes básicos (bajo riesgo).
2. Y aquellas que necesitan cuidados especiales (bajo riesgo) determinados por su condición particulares de salud y factores de riesgo.

El personal de salud encuestado contesto de manera correcta la Lic. en enfermería con un 100 % e incorrecto lo hizo la auxiliar en enfermería con un 0 %, donde se le retroalimentó con la auxiliar en enfermería acerca de este manual donde clasifican a las mujeres embarazadas, en dos grupos bajo riesgo y alto riesgo para brindarles un buen control prenatal a las gestantes y así poder detectar factores de riesgo de manera general. Al no realizar la clasificación según

como lo indica la normativa esto conllevara a ocasionar posibles complicaciones obstétricas a la madre y al bebe, por no conocer sobre lo que es bajo riesgo, riesgo intermedio, y alto riesgo para poder brindar una adecuada atención a ambos grupos, ya sea en en todas las actividades a realizar y el seguimiento que se debe de brindar y su tratamiento. Fuente: (Tabla # 3; Anexo # 3)

Embarazo de bajo riesgo.

Aquel en el que no existe estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto y que por tanto los peligros para la salud de la madre y del feto son mínimos. (MINSA N-011 ,2015)

- Determinado una vez que se aplica el formulario de clasificación de riesgo
- No requiere de otra evaluación o cuidado especial en el momento de la primera visita independientemente de edad gestacional.
- Máximo cuatro atenciones prenatales durante la gestación.
- Se realiza la evaluación (aplicación del formulario de clasificación de riesgo).
- Antes de cada atención prenatal se decide, si continua en componente básico o se refiere a cuidados especiales.

El personal de salud encuestado contesto de manera correcta obteniendo un 100 % ambos recursos, que atienden embarazadas en este puesto de salud, demostrando así muy buenos conocimientos sobre el número de actividades que se le deben de realizar a una gestante de bajo riesgo siendo de gran importancia por lo que aunque sea de bajo riesgo se pueden presentar complicaciones en algún momento del embarazo y se debe de tener vigilancia a estas embarazadas en donde se decide si se refiere a cuidados especiales demostrando así conocimientos sobre lo que es el número de actividades . (Tabla # 4; Anexo # 3)

Formulario de Clasificación del Riesgo, Criterios para Clasificar el Riesgo en la Atención Prenatal (Ver anexo # 4).

4.3.11 Actividades básicas que se deben cumplir en todas las actividades de atención prenatal y sus definiciones según (MINSA N-011, 2015)

1. Llenado de expediente clínico, HCP y resto de formularios (ver anexo 5)

Los que se utilizan son: historia clínica perinatal, carné perinatal, formulario de clasificación de riesgo modificado y los relacionados del expediente clínico, se realizará llenado de HCP y carné según las indicaciones que aparecen en Anexos Correspondientes.

Expediente Clínico:

Conjunto de hojas o documentos ordenados sistemáticamente, correspondientes a la atención integral en salud del usuario en un establecimiento proveedor de estos servicios; el expediente clínico es un documento médico-legal y ético, así como un elemento de prueba fehaciente de la atención médica a un paciente, por tanto el registro de datos contenidos en el tienen carácter de testimonio. (MINSA N 004 2013)

Concepto de HCP: Es un instrumento diseñado para ayudar en las decisiones relacionadas con el manejo clínico individual de la mujer embarazada durante el control prenatal, el parto y el puerperio y del neonato y/o en el ingreso por aborto, incluyendo el período pos-aborto hasta el alta. Cuando su contenido forma parte de una base de datos, la HCP se convierte en un instrumento útil para la vigilancia clínica y epidemiológica de éstos eventos desde una visión de Salud Pública.

Objetivo del expediente clínico:

Establecer los procedimientos para regular las actividades y tareas de elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico; A fin de contar con información, evidencias y conocimientos requeridos para dispensar y administrar los servicios

médico-sanitarios a las personas en todos los ámbitos y establecimientos del sector salud. (MINSa N 004 ,2013)

Historia clínica perinatal: (ver anexo #5)

Es una herramienta útil, dinámica y ágil, dirigida al personal de salud que presta servicios a la población y enfocada para el proceso de atención a las mujeres durante el embarazo, parto, puerperio y recién nacido. Con esta herramienta se pretende que el personal de salud tomador de decisión, cuente con información actualizada y de calidad que le permitan realizar análisis y tomar decisiones de manera oportuna y acertada. (NORMATIVA-011,2015)

Objetivos de la historia clínica perinatal:

Disponer de información actualizada, completa, oportuna y aplicable en la planificación de acciones para el abordaje de la embarazada, puérpera y recién nacido/a.

Identificar las mujeres con factores de riesgos obstétricos y reproductivos, para la toma de decisiones oportunas.

Evaluar la aplicación de las normas de atención prenatal, parto de bajo riesgo y puerperio y atención del recién nacido/a, a través de los Estándares de Calidad de salud materna y perinatal. (MINSa N-106,2013).

Políticas de operación de la historia clínica perinatal.

La Historia Clínica Perinatal (HCP), es un instrumento diseñado para ayudar en las decisiones relacionadas con el manejo clínico individual de la mujer embarazada durante la atención prenatal, el parto y el puerperio y del recién nacido/a hasta el alta.

Es esencial que los datos registrados en la historia clínica perinatal sean completos, válidos, confiables y estandarizados. El llenado de cada segmento no es responsabilidad de una persona sino de un equipo multidisciplinario y la calidad

del llenado es vital, ya que la historia clínica perinatal forma parte del Expediente Clínico y está sujeta a las Auditorías Médicas.

Llenado de HCP

Deriva de la Normativa 0-11 Atención Prenatal, Parto, Puerperio y Recién Nacido de Bajo Riesgo; y tiene como objetivo servir como documento orientador al personal de salud para el correcto llenado e interpretación de la HCP, así como garantizar la estandarización del llenado adecuado de la HCP, con el fin de mejorar la calidad de vida de las usuarias.

Interrogatorio

Es importante preguntar a la embarazada sobre ciertas cosas que indicaran los factores de Riesgo Potencial y reales como estar empleada o no, el tipo de trabajo o la exposición a agentes teratogénicos (metales pesado, químicos tóxicos, radiación ionizante), vivienda (tipo tamaño- número de ocupantes), condiciones sanitarias, disponibilidad de servicios básicos (agua potable, luz eléctrica, letrina-inodoro). (MINSA N-011,2015)

De igual forma sobre enfermedades que forman parte de antecedentes familiares y personales, donde el personal de salud identificara si existe riesgo debido a patologías cualquier patología y el manejo que la paciente le ha dado, es decir, el tratamiento que ha mantenido.

La Historia Clínica Perinatal cuenta con diez segmentos: MINSA N-011(2015)

1. Datos generales, Incluye los siguientes:

Sección de identidad: nombre y apellido, domicilio- localidad, teléfono, fecha de nacimiento, edad (años), etnia, alfabeto, estudios (años del mayor nivel), estado civil, lugar de control prenatal, lugar del parto/ aborto, número de identidad.

2. Antecedentes personales, familiares y obstétricos. Definiciones en actividad N° 4.

- 3. Gestación actual:** En esta sección se registran todos los datos relacionados con el embarazo actual.
- 4. Partos/ vaginales – cesárea y aborto:** se refiere al número de partos, si corresponde se anotará el número de partos y de ellos preguntar: ¿Cuántos fueron partos vaginales y cuantos fueron por cesárea? Además, se indagará sobre el peso del RN en el último embarazo. Marcar si el peso es menor a 2500 gr o fue mayor o igual a 4000 gr, fue normal o N/C (no corresponde) si no hubo nacimientos previos.

Finalmente, en relación a las gestaciones previas registrar si hubo antecedentes de embarazo múltiple (gemelar) (SI/NO) según corresponda.

Aborto: se define como aborto a la expulsión del producto de la gestación antes de las 22 semanas o con un peso menor a 500 gr. Se registran de la misma manera los antecedentes de aborto espontáneo o inducidos. En relación al número de abortos, si la mujer reporta haber tenido 3 abortos espontáneos consecutivos, entonces marcar el rectángulo amarillo correspondiente.

- 5. Enfermedades durante la gestación, parto o puerperio:** En esta sección de la HCP se registrarán todas las patologías ocurridas en el embarazo, parto y puerperio. Se recomienda llenarla conforme se vayan haciendo los diagnósticos.
- 6. Recién nacido/a:** se deberá clasificar como nacido vivo: si muestra cualquier signo de vida después de la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo.
- Nacido muerto: si no evidencia signos de vida luego de la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo.

En caso de muerte fetal registrar sexo, malformaciones, peso y longitud al nacer, edad gestacional y marcar nacimiento: muerto-ante parto o parto (según corresponda). Registrar además puntaje Apgar al primer minuto y al quinto.

7. Puerperio Inmediato: este sector está destinado al registro de los controles del puerperio.

- Día, hora: al momento del examen puerperal
- Temperatura
- Pulso: Nro. de latidos por minuto
- Presión arterial en mm/hg
- Involución uterina: se refiere a si existe o no globo de seguridad de Pinard y el grado de involución del útero contraído
- Loquios: según sus características, olor, cantidad, presencia de coágulos etc.

8. Egreso del Recién nacido/a: debe registrarse en todos los nacidos vivos. No debe llenarse en caso de aborto a nacidos muertos.

9. Egreso Materno: se refiere al estado al momento del alta (viva o fallece)

10. Anticoncepción: Marcar (SI/NO) si la mujer recibió consejería sobre P/F antes del alta. Este dato debe llenarse en toda mujer que haya tenido partos o abortos.

2. Indagar sobre factores sociales, violencia de cualquier tipo (pobreza y falta de apoyo de su familia) Evaluar la situación psicoemocional:

A través del interrogatorio identificar si la embarazada es o ha sido víctima de algún tipo de violencia: Física, Psicológica o Emocional, Sexual, Económica y por negligencia o descuido. Proceda a evaluar los efectos en la respectiva visita, proceda a realizar abordaje con ética, confidencialidad y evite la re victimización.

Oriéntela sobre las alternativas tanto médicas como psicológicas y judiciales existentes. Refiérala según corresponda de acuerdo a NORMAS Y PROTOCOLOS PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SEXUAL y referir según Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia de Género.

Factores sociales

Los factores sociales, son aquellas cosas que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea en el lugar y en el espacio en el que se encuentren.(Latour, 2012)

El estrato socioeconómico y cultural bajo condiciona por el mismo, un terreno favorable para el progreso de muchos estados patológicos, ya que directamente afecta a las posibilidades de buena nutrición, dificulta la eliminación de factores de riesgo para el embarazo y favorece la falta de cooperación de la paciente para su control prenatal, debido a su deficiente nivel cultural, no solo por su desconocimiento o falta de información sino por la serie de conocimientos erróneos que las tradiciones populares les ofrecen. (Méndez, 1998).

La evolución socioeconómica del país ha condicionado cada día una mayor intervención de la mujer en las actividades laborales y es frecuente que la paciente embarazada encuentre en su actividad laboral riesgos específicos para el desarrollo de su embarazo. Así en algunos países socialistas la mujer embarazada es incapacitada desde la semana 16 de gestación y aún antes en algunos casos en que existen riesgos de radiación o de inhalación de tóxicos como en el caso de mujeres anesthesiólogos. (Méndez ,1998).

Los hábitos de consumo de tóxicos han aumentado marcadamente en los últimos tiempos y por ello, resulta cada vez más frecuente encontrarse con mujeres embarazadas que utilizan drogas y tóxicos diversos. Todos ellos de elevado riesgo para el producto y la buena evolución del embarazo. El hábito más difundido es, sin lugar a dudas el tabaquismo y además de los problemas genéricos de salud que dicho hábito condiciona a todo fumador, es necesario que todos los

integrantes del equipo de salud hagamos saber a la mujer embarazada de las graves consecuencias que tener para el desarrollo de la gestación un consumo considerable de tabaco durante el mismo. (Méndez ,1998)

Violencia: Según OMS (2017) la violencia es el uso intencional de la fuerza física amenazas sobre uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es probable q tenga un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte.

Indagar sobre Violencia. A través del interrogatorio identificar si la embarazada es o ha sido víctima de algún tipo de violencia: Física, Psicológica o Emocional, Sexual, Económica y por negligencia o descuido. Proceda a evaluar los efectos en la respectiva visita, proceda a realizar abordaje con ética, confidencialidad y evite la re victimización. Oriéntela sobre las alternativas tanto médicas, como psicológicas y judiciales existentes. Refiérala según corresponda de acuerdo a normas y protocolos para la prevención, detección y atención de la violencia intrafamiliar y sexual y referir según Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia de Género. (MINSA, 2015)

Tipos de violencia:

Violencia física: Violencia que ocurre cuando una persona que está en relación de poder respecto de otra, le infringe o intenta infringir daño no accidental, usando fuerza física o algún tipo de arma, que provoca lesiones físicas externas y/o internas, visibles o no, que incluye lesiones a la autoestima. El castigo físico reiterado, aunque no sea severo, también es considerado violencia física. (MINSA, 2015)

Violencia sexual: Es todo acto en el que una persona en relación de poder respecto a otra, haciendo uso de la fuerza física, coerción o intimidación psicológica, la obliga a realizar actos sexuales contra su voluntad, o a participar en interacciones sexuales, tales como ver escenas de pornografía que propicien victimización en las que el agresor intenta obtener gratificación.

Violencia patrimonial y económica: Son todas aquellas acciones u omisiones tomadas por el agresor, que afectan la sobrevivencia de la mujer, sus hijos e hijas, destrucción de sus bienes personales o mancomunados que puede incluir la casa de habitación, en seres domésticos, equipos y herramientas de trabajo, bienes, muebles o inmuebles. Incluye también la negación a cubrir las cuotas alimenticias para hijas e hijos o los gastos básicos para la sobrevivencia del núcleo familiar.

Violencia de pareja: Se refiere a la ocurrencia de diversas formas de violencia contra la mujer, ejercida generalmente por sus maridos, ex maridos o ex compañeros de vida, la cual se expresa mediante todo ataque material o psíquico que incide en su libertad, dignidad y seguridad, y que afecta su integridad psíquica, moral y/o física.

Violencia psicológica o emocional: Es toda acción u omisión que infringe o intente infligir daño a la autoestima, la identidad y/o el desarrollo de la persona. Incluye insultos constantes, negligencia, abandono emocional, humillación, descalificaciones y comparaciones negativas, ridiculizaciones, burlas, chantajes y manipulación emocional, amenazas e intimidaciones, degradación, aislamiento, control de las amistades y familiares; así como la destrucción de mascotas y objetos de valor sentimental para la persona violentada.

3. Ingreso y seguimiento al censo gerencial de las embarazadas, puérperas y post natales:

Censo gerencial de las embarazadas:

Es un conjunto de herramientas útiles, dinámicas y ágiles, dirigidas al personal de salud, que permite identificar el universo de mujeres embarazadas, puérperas y postnatales, para realizar el seguimiento y reconociendo a las que tienen factores de riesgo obstétrico y reproductivo, facilitando la toma de decisiones oportunas, desde su embarazo hasta un año posterior al parto. (MINSA N-01,(2012).

4. Antecedentes personales, familiares y antecedentes obstétricos:

Antecedentes: Estos datos se obtienen al momento de la primera consulta. Si la mujer es hospitalizada (por trabajo de parto, por aborto o enfermedad) en un establecimiento diferente, al lugar de la atención prenatal, los datos de esta sección podrán obtenerse del carné perinatal o por interrogatorio directo al momento del ingreso.

El embarazo es un hecho fisiológico normal en la vida de la mujer y, por tanto, en la consulta conviene abordarlo con criterios de actividad preventiva. Pero desde la visita preconcepcional debemos estar atentos a la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de una gestación normal. Se investigará la presencia de factores de riesgo familiares, personales y obstétricos, presentes antes de la gestación o que pudieran aparecer en su desarrollo. (Méndez,1998)

Antecedentes hereditarios y familiares: Se refieren a los parientes cercanos de la embarazada (padres, hermanos, abuelos, hijos, cónyuge).

Nos interesan los padecimientos susceptibles de relacionarse con la paciente por ser hereditarios como son la diabetes, errores congénitos del metabolismo, antecedentes e preeclampsia, o bien, infecciosos contagiosos. Todas aquellas alteraciones médicas, hereditarias y psiquiátricas que pueden afectar a la paciente o a su descendencia.

Antecedentes personales patológicos. Se refiere a los propios de la embarazada. Marcar el círculo No o Si. En el caso de "otros", especificar. En el caso de la Diabetes se marcará el tipo de Diabetes o si es Gestacional (Tipo I, Tipo II, G). El término cirugía genitourinaria no incluye a las cesáreas, pero si incluye las OTB.

El interrogatorio sobre este tipo de antecedentes deberá ser completamente enfocado por el médico hacia aquellos padecimientos previos de la paciente, que sean vigentes en el momento del embarazo o bien, que hayan generado secuelas

que interfieran o puedan alterar potencialmente el desarrollo de la gestación. También es importante marcar algunos padecimientos que, por haber sido padecidos, confieran alguna ventaja a la embarazada, como por ejemplo en el caso de haber padecido rubéola con anterioridad.

También tienen importancia por la posible agresión farmacológica al producto, padecimientos maternos que obliguen a dar tratamientos con fármacos teratogénicos o tóxicos para el producto. (MINSA N-011,2015)

Antecedentes Gineco-obstétricos: son aquellas situaciones que pueden perjudicar el desarrollo normal del embarazo o parto y que en algunos casos se han manifestado en embarazos previos. (MINSA ,2013)

Además de investigarse la fecha de menarca, características del ciclo menstrual, fecha de iniciación de relaciones sexuales y medios anticonceptivos utilizados previamente, en este capítulo es muy importante determinar el número de embarazos, partos, cesáreas y abortos previos, la evolución de cada uno de los embarazos, de los partos y puerperios, causas que condicionaron una cesárea y tipo de servicio en que esta fue realizada, el peso y características de los productos al nacimiento, tiempo de lactancia y por supuesto, la fecha de la última menstruación, haciendo hincapié en las característica de esa última menstruación, para diferenciarla de algún otro sangrado anormal.

Los datos patológicos presentados por la paciente en embarazos anteriores suelen ser elementos vitales para determinar conductas médicas. Ejemplo de lo antes mencionado sería el dato de un cambio en el organismo de la embarazada en el embarazo anterior, de cesárea efectuada en un medio no especializado y con infección de la herida. (Méndez, 1998)

5. Medición de la talla: (Ver Anexo N° 7)

Medición: Es la comparación de una magnitud con una unidad previamente establecida y que se utiliza para dar valor numérico a algunos atributos del paciente. (MS.c. Cordero Rizo, M & Lic Espinoza, N, 2013)

Medición de talla. Es la serie de maniobra para cuantificar la distancia entre las plantas de los pies y el cráneo. Es un indicador de nutrición al igual que el peso y se mide en cm.

Talla (cm): Este dato requiere ser medido directamente al momento de la primera visita de control. La técnica de medida consiste en que la gestante se ubique de pie, sin calzado, con los talones juntos, bien erguida, con los hombros hacia atrás, la vista al frente y su espalda en contacto con el tallímetro; el dato obtenido se registrará en centímetros. Se medirá en la primera visita de control. (MINSA N-106,2013)

Objetivo de medir la talla. Obtener la talla exacta para ayudar a establecer el diagnóstico médico o de enfermería del paciente, valorar el crecimiento del individuo, estado de salud enfermedad. (MS.c. Cordero Rizo, M & Lic Espinoza, N, 2013)

Procedimiento de la toma de talla.

Informar a la paciente la actividad que vamos a realizar, explicar su importancia y el porqué de realizarla.

Una toalla de papel en el piso o la planta del tallímetro.

Colocar a la paciente en posición alineada sin zapatos.

Hacer la lectura de la talla y anotarla en la hoja de registro correspondiente

Es importante su toma en el comienzo del embarazo ya que debido a la lordosis o curvatura de la columna vertebral hacia adelante lleva a obtener una talla menor que la real. Se mide en un tallímetro para adultos y se registra en cm sin decimales. Si no se contara con una medición preconcepcional de la talla, se aceptará la talla medida durante la primera consulta del embarazo. (MINSA, 2012)

6. Medición de peso: (Ver Anexo N° 6)

Es la medición de la masa corporal del individuo, serie de maniobras para cuantificar la cantidad en gramos de masa corporal.

Objetivo de realizar la medición del peso.

- Obtener un peso exacto para ayudar a establecer el diagnóstico y tratamiento del paciente.
- Dar seguimiento a una enfermedad.
- Valorar el crecimiento y desarrollo del niño.

Equipos

Bascula graduada en libras o kilos

Papel periódico

Libreta

Expediente clínico

Lapicero.

Procedimiento:

- Reunir equipo necesario.
- Observar que la báscula esta nivelada.
- Orientar a la paciente que se quite los zapatos y accesorios pesados.
- Colocar papel periódico sobre la plancha de la báscula.
- Ayudar al paciente a que se pare sobre en el centro de la plancha dando la espalda a la escala graduada.
- Comprobar que el paciente está en equilibrio movilizar el marcador de la escala.
- Leer el peso del paciente y anotarlo en la hoja correspondiente.
- Ayudar al paciente a bajarse de la báscula.
- Dejar al paciente cómodo y la unidad en orden.
- Dejar la báscula nivelada retirar y descartar el papel periódico.
- Dada casos, por lo cual es aconsejable pesar a la embarazada tan temprano como sea posible, idealmente antes de las 12 semanas de gestación. Para la evaluación de la ganancia de peso durante el embarazo. (DAR,2012)

La asociación entre la ganancia de peso en la gravidez y los resultados perinatales, se considera de suma importancia evaluar en cada visita la progresión del mismo de modo de poder detectar en forma temprana desviaciones de lo esperable y aconsejar oportunamente a la mujer embarazada.

7. Examen odontológico y de mamas:**Atención en salud bucal:**

La atención odontológica en el embarazo es una oportunidad para promover la salud oral de la mujer y su familia. La infección periodontal incluye diagnósticos como gingivitis (inflamación de los tejidos blandos alrededor del diente) y periodontitis (destrucción de las estructuras de soporte del diente – hueso,

ligamentos, cemento, etc.). La transmisión del streptococo mutans de la madre hacia el niño tiene efecto en la incidencia de caries dental en niños pequeños a su vez está relacionada a nacimientos antes de la fecha probable de parto él bebe puede nacer con un peso inadecuado para su edad y cambios en el organismo de la embarazada. (USAID ,2014)

La enfermedad periodontal se caracteriza por acumulación de placa alrededor del diente y de la línea de la encía. La placa dentaria está compuesta por bacterias y sus toxinas, desechos de alimentos y células muertas. Esta placa causa respuesta inmunológica e inflamatoria que resulta en destrucción del tejido periodontal, liberación de mediadores inflamatorios que podrían causar patologías en otros órganos. (USAID ,2014)

Es importante desde la primera atención prenatal referir a la embarazada a los servicios de salud bucal, con el fin de hacer revisión general y diagnosticar y/o tratar procesos infecciosos y/o demás alteraciones odontológicas.

La prevención y el tratamiento periodontal reducen hasta 35 veces el nacimiento antes de tiempo y hasta 47 veces el riesgo de peso inadecuado al nacimiento.

La enfermedad Periodontal 6 meses antes o durante el embarazo fue 4 veces mayor para la presencia de proteína en la orina. Toda paciente debe ser referida a valoración bucal en cualquier consulta prenatal. (MINSa N-011,2015).

Examen de mama:

Es una exploración manual de manera cuidadosa de las mamas que realiza un médico u otro profesional de la salud; este examen puede ayudar a descubrir bultos que hayan pasado desapercibidos en las autoexploraciones de las mujeres. (Breastcance,2016)

Objetivo

Con el examen de mamas se busca identificar problemas que puedan afectar la posterior alimentación con leche materna (como pezones invertidos o planos y eventuales patologías tumorales evidentes). Otros sugieren que el momento del examen puede brindar la oportunidad para discutir el tema de lactancia materna. (MINSa N-106,2013)

Se debe prestar cuidadosa atención a las mamas en el examen periódico de la embarazada. La palpación debe completarse con la evaluación de la región axilar. Los cambios en la consistencia o la aparición de nódulos alertaran al personal de salud tratante a buscar soluciones. (schwarcz-obtetricia,1979)

Procedimiento:

- Lavarse las manos.
- Orientar a la paciente sobre el procedimiento.
- Colocar a la paciente sentada, sin ropa hasta la cintura y con los brazos a los lados del cuerpo.
- Pídele que levante los brazos sobre la cabeza y luego que presione las manos sobre sus caderas para observar las características de la piel y la simetría.
- Acueste a la paciente y coloque el brazo debajo de la cabeza que corresponde a la mama que va a examinar.
- Divida imaginariamente la mama en cuatro cuadrantes.
Inicie la palpación por el cuadrante superior externo, usando la yema de los dedos índice, medio y anular. Gire sus manos con movimientos rotatorios y oprimiendo con suavidad el tejido de la mano contra la pared torácica.
- Proseguir el examen de las mamas continuando la palpación en los otros cuadrantes en el sentido de las manecillas del reloj, incluyendo periferia y areola.

- Palpe cada pezón apretando entre los dedos pulgar e índice en busca de secreciones.
- Realice el mismo procedimiento con la otra mama.
- Hacer las anotaciones necesarias en el expediente clínico.

8. Edad Gestacional:

Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación caracterizada como normal por la paciente hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos. (MINSA N-011,2015)

Este dato será calculado a partir de la F.U.M. (fecha de la última menstruación), por ecografía, o bien a partir de la altura uterina.

Objetivo del cálculo de la edad gestacional. MINSA N-011 (2015)

La edad gestacional permite conocer en qué momento del embarazo se encuentra la mujer y, a partir de este dato, determinar si los parámetros analizados en el bebé se corresponden a los promedios normales de esa etapa de gestación. Se expresa en semanas, contadas a partir de la fecha de inicio de la última menstruación, pero para facilitar su cálculo se pueden utilizar diferentes herramientas:

Gesto grama: esta herramienta gráfica es la más utilizada por los especialistas para calcular la edad gestacional y basa sus estimaciones, por lo general, en la regla de Naegele o la de los 280 días. Se presenta en forma de cuadro o tabla, o a modo de rueda o disco rotatorio. Además de marcar la semana de embarazo correspondiente, incluye en la mayoría de los casos los datos básicos que corresponden al bebé en ese periodo (como el peso y la talla promedio, el diámetro biparietal o la longitud del fémur).

Cinta obstétrica: similar a una cinta métrica, está concebida para medir la altura uterina durante el embarazo, que corresponde a la distancia en centímetros del espacio entre el borde superior de la sínfisis del pubis y el fondo del útero. Con la cinta y la regla de Mc Donald es posible calcular la semana de gestación si el valor obtenido en centímetros se multiplica por ocho y se divide entre siete. Consumer (2012)

Técnicas para calcular la edad gestacional. Existen dos métodos para asignar edad gestacional por medio: clínicos y ecográfico.

Por fecha de la última menstruación:

La amenorrea debe de ser confiable y tiene mayor valor en aquellas pacientes con uso de método de planificación familiar, ciclos regulares. Debe de calcularse a partir del Primer día de la última menstruación; clínicamente es posible a partir de la altura del fondo uterino a partir de las 12 semanas. (MINSa N-011,2015).

Se pregunta a la gestante la fecha del primer día de la última menstruación, se suman los días desde esa fecha a la fecha actual, se divide ese número entre siete y de esta manera se obtienen el número de semanas y días que tiene de embarazo. (MINSa N-011,2015)

Por altura del fondo uterino:(Ver Anexo N° 18)

La altura uterina incrementa progresivamente a lo largo del embarazo y refleja el crecimiento normal del feto. El útero después del cuarto mes de gestación, crece un promedio de cuatro a cinco cm cada mes, hasta el octavo mes; posterior a esta edad gestacional el crecimiento es a un ritmo no perceptible.(MINSa N -011,2015)

Técnica:

Fijar el 0 de la cinta obstétrica con el borde superior de la sínfisis púbica, deslizar la cinta entre el dedo índice y medio hasta alcanzar el fondo uterino con el borde cubital de la mano; luego identificar el dato en el gesto grama de CLAP (centro latinoamericano de perinatología). (MINSa N-011,2015).

Por ultrasonografía.

Elemento clave para determinar la edad gestacional, Permite el diagnóstico preciso de: ubicación del saco gestacional, vitalidad del embrión-feto, número de feto (embarazo único o múltiple), anatomía fetal, edad gestacional (EG). (DAR,2012).

9. Evaluación del estado nutricional en base al Índice de Masa Corporal (IMC) (Ver Anexo N°16)

Nutrición: proceso mediante el cual las sustancias de los alimentos se transforman en los tejidos del cuerpo y proporcionan energía para la gama completa de actividades físicas y mentales que componen la vida humana. (USAID,2014)

La alimentación y nutrición de la mujer es fundamental antes del embarazo, durante el embarazo y durante los primeros 6 meses de la vida de su hijo (a), al que tiene que alimentar exclusivamente con el pecho. Si en alguna de estas etapas, se produce un desequilibrio entre los nutrientes que circulan en la sangre materna o en sus reservas corporales, se verá afectado el crecimiento y desarrollo del embrión y/o el desarrollo físico, el potencial de crecimiento, las capacidades de pensar, aprender, razonar y en general la salud y bienestar del niño o niña. (MINSA N- 029,2009)

El índice de masa corporal una herramienta de aplicación fácil, aceptada internacionalmente para la evaluación del estado nutricional, con valores aplicables a ambos sexos e independiente de la edad. Debe usarse para clasificar el sobrepeso y obesidad en adultos. El índice de masa corporal se calcula dividiendo el peso en kilogramos (Kg) entre la talla (altura) en metros al cuadrado (m²). $IMC = \text{peso en kg} / \text{talla m}^2$. El propósito es prevenir el sobrepeso y la obesidad en las personas que tienen peso normal, y lograr reducir el peso y mantener la reducción en las que tienen sobrepeso u obesidad, para:

- Mejorar las co-morbilidades preexistentes relacionadas con la obesidad.
- Reducir el riesgo futuro de las co-morbilidades relacionadas con la obesidad.
- Mejorar el bienestar físico, mental y social

El sobrepeso y la obesidad se asocian significativamente con asma, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, diabetes, demencia, depresión, cáncer (seno, ovarios, endometrio, leucemia, otros), subfertilidad, abortos, malformaciones congénitas, hígado graso, cirrosis, apnea obstructiva del sueño, osteoartritis y mayor mortalidad.(USAID,2014)

De acuerdo a la Clasificación de la Organización Mundial de Salud (OMS) y el Instituto Médico de Nutrición durante el embarazo (IOM), el incremento de peso debe de clasificarse de acuerdo al IMC. Formula: $\text{Peso en Kg} / \text{Talla en m}^2$, Desnutrición: ($< 18.5 \text{ Kg/m}^2$), Peso normal, Eutrófica: ($18.5 - 24.9 \text{ Kg/m}^2$), Sobrepeso: ($25 - 29.9 \text{ Kg/m}^2$), Obesidad: ($> 30 \text{ Kg/m}^2$). (MINSA N 011 ,2015)

La evaluación del índice de masa corporal es importante en la primera atención prenatal (antes de las doce semanas) para detectar el punto de inicio y luego el incremento de peso en las atenciones prenatales subsecuentes, con el debido análisis e interpretación de las mismas.

10. Evaluación del estado Nutricional en base al Incremento de Peso Materno (IPM)

Existen dos situaciones para el cálculo de peso materno:

1. Si conoce el peso pre gestacional o si la embarazada fue captada en las primeras 12 semanas de embarazo.

Si se conoce peso gestacional previamente, o si paciente fue captada en las primeras 12 semanas, usar tabla de percentiles para evaluar ganancia de peso materno (ver anexo 6).

Dicha tabla se efectúa de la siguiente manera:

En kilogramos (con un decimal), de la embarazada descalza, con ropa liviana. Grafique de inmediato en el reverso de la HCP y del Carné Perinatal, el incremento de peso materno con un punto. Una con línea continua los puntos de los valores del peso registrados en las APN realizadas.

Los valores de incremento de peso normal a utilizar están entre los percentiles 25 y 90 (parte oscura del gráfico). Las mismas curvas nos dicen cuánto es el aumento normal de peso de la embarazada.

2. no conoce el peso pre gestacional o la embarazada fue captada después de 12 semanas de embarazado.

Los valores de incremento de peso normal están entre los percentiles 10 y 90 (parte oscura más la parte clara del gráfico). Para saber en dónde graficar, debe utilizar para cada APN la tabla Peso para la talla según la edad gestacional (Talla en centímetros).

Incremento de peso materno

De acuerdo a la clasificación de la organización mundial de la salud (OMS) y el instituto médico de nutrición durante el embarazo (IOM), el incremento de peso debe de clasificarse de acuerdo al IMC.

Formula: peso en Kg/ talla en m²

- ✓ **Desnutrición:** (<18.5Kg/m²)
- ✓ **Peso normal, eutrófica:** (18.5 – 24.9 Kg/m²)
- ✓ **Sobrepeso:** (25-29.9 Kg/m²)
- ✓ **Obesidad:** (> 30Kg/m²)

La ganancia de peso recomendada durante el embarazo, según IMC pre-embarazo (recomendaciones del IOM)

Peso Pre-embarazo	IMC(kg/m ²)	Ganancia de peso en libras	Peso recomendado en Kg
Desnutrida	<18.5	28-42	12.5-18
Peso normal	18.5-24.9	25-35	11.5-16
Sobre peso	25-29.9	15-25	7-11.5
Obesa	>30	11-20	5-9
Embarazo gemelar	Independiente de IMC	35-45	15.9-20.4

Fuente: (MINSA N-011,2015)

Es importante una adecuada clasificación de IMC y valoración de incremento de peso materno durante la gestación por los riesgos que esto conlleva:

Es importante una adecuada clasificación de IMC y valoración de incremento de peso materno durante la gestación por los riesgos que esto conlleva:

El riesgo de defectos congénitos aumenta significativamente en mujeres obesas:

Los 10 defectos del recién nacidos más frecuentes encontrados en mujeres con obesidad son: Fisura palatina sin labio hendido, hernia diafragmática, hidrocefalia sin espina bífida, síndrome de corazón izquierdo hipoplásico, atresia y estenosis de la válvula pulmonar, estenosis pilórica, atresia/estenosis de intestino grueso y recto, transposición de grandes arterias, tetralogía de Fallot y defectos del septo ventricular.

EL 70% de estos defectos están asociados a una alta tasa de mortalidad en el periodo perinatal, siendo mayor las que se producen de manera tardía al final del embarazo y las que se reportan en las primeras horas de vida neonatal. GR B. Recomendaciones

1. El riesgo de pre-eclampsia aumenta significativamente en mujeres con IMC mayor a 30%.

El Sobrepeso/obesidad incrementa hasta 4 veces en comparación con mujeres con IMC normal. Nivel de Evidencia B.

La evaluación del IMC es importante en cada atención prenatal con el debido análisis e interpretación de la misma con el fin de poder ir integrando cada uno de los factores de riesgo y la aparición de complicaciones en cada una de las etapas de la gestación con el fin de realizar las medidas correctivas permanentes.

1. Determinar esquema vigente de DT. MINSA N-011(2015)

Es una mezcla de toxoide diftérico y tetánico. Los toxoides de tétanos y difteria, se obtienen de cultivos de *Clostridium tetani* y *Corynebacterium diphtheriae* respectivamente por inactivación con formaldehído y purificación. Consiste en asegurar que la embarazada tenga el esquema completo de vacuna.

Aplicación de vacuna antitetánica. Se administra a cualquier edad gestacional. La embarazada se considera inmunizada cuando ha recibido dos dosis, con intervalos entre 4 a 8 semanas.

El Ministerio de Salud basado en la información publicada por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) recomendó en su publicación actualizada:

- Administrar una dosis de DT durante cada embarazo, independientemente de la historia previa del paciente de recibir la vacuna de DT, para maximizar la respuesta de anticuerpos de la madre y la transferencia pasiva de anticuerpos y los niveles en el recién nacido.
- El momento óptimo para la administración DT ES entre 27 semanas y 36 semanas de gestación, aunque se puede administrar en cualquier momento durante el embarazo.
- Para las mujeres que previamente no hayan recibido DT, si no se administró durante el embarazo, se debe administrar inmediatamente después del parto de la madre.

2. Determinación de la presión arterial (registro, análisis e interpretación) y registro de signos vitales (FC, FR, T).(MINSA N-011 ,2015)

Medición de Signos Vitales: reflejan funciones esenciales del cuerpo, incluso el ritmo cardiaco, la frecuencia respiratoria y la presión arterial. (A.D.A.M ,2017)

Definiciones según A.D.A.M (2017)

Temperatura corporal

Es el grado de calor del cuerpo humano.

La temperatura normal del cuerpo varía según el sexo, la actividad reciente, el consumo de alimentos y líquidos, la hora del día y, en las mujeres, la etapa del ciclo menstrual.

Frecuencia cardiaca

El pulso es una medición de la frecuencia cardíaca, es decir, la cantidad de veces que el corazón late por minuto. A medida que el corazón impulsa la sangre a

través de las arterias, las arterias se expanden y se contraen con el flujo sanguíneo.

Frecuencia respiratoria

La frecuencia respiratoria es la cantidad de respiraciones que una persona hace por minuto. La frecuencia se mide por lo general cuando una persona está en reposo y consiste simplemente en contar la cantidad de respiraciones durante un minuto cada vez que se eleva el pecho.

Presión arterial

Presión arterial (o presión sanguínea o presión venosa) presión que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias.

Para la toma de presión arterial (P/A) cumpla los siguientes aspectos:

Asegúrese de que la embarazada no ha tenido actividad física reciente (durante los 20 minutos previos) y que esté hidratada, medir la P/A con la embarazada en posición sentada o acostada y fuera de las contracciones uterinas, para una nueva toma confirmatoria subsecuente verifique que el tensiómetro marque cero, no desinflar la válvula rápidamente pues da lecturas incorrectas.

Toma de Tensión Arterial

La presión arterial varía en las personas a lo largo de las 24 horas. Los factores que influyen son las emociones, la actividad física, la presencia de dolor, estimulantes como el café, tabaco, algunas drogas, etc.

Los tipos de brazaletes más empleados tienen las siguientes dimensiones de la cámara hinchable:

Adultos:

- 12 cm (anchura) x 23-24 cm (longitud). Para brazos normales.
- 15 x 31 cm o 15 x 39 cm: para personas obesas.
- 18 x 36 a 50 cm: para personas muy obesas o para tomar la PA en las piernas.

- Un manguito pequeño sobreestima las cifras de PA y un manguito demasiado grande las infravalora. En caso de duda es preferible utilizar un manguito tan grande como sea posible.

Técnicas toma de presión arterial, Consideraciones previas:

- Sentar cómodamente (posición recomendada para la toma habitual) o bien, acostarse poniendo el brazo donde vaya a medir la TA apoyado y horizontal a la altura del corazón.
- Esperar en esta posición 5 minutos.
- En embarazadas a partir de las 20 semanas, se recomienda medir la TA con la paciente colocada en decúbito lateral izquierdo o sentada.
- El paciente no debe hablar mientras se toma la TA.
- Exprese correctamente la TA como cifras de (TAS/TAD) y en ese orden (ej.: 120/70 mm Hg).

Método Ausculta torio:

- Determine el tamaño adecuado del manguito del esfigmomanómetro: anchura: 2/3 partes de la longitud del brazo.
- Palpe la arteria braquial en la flexura del brazo (fosa ante cubital, cara interna).
- Coloque el manguito por encima de la flexión a (a 2-3 cm sobre ésta), centrando las flechas marcadas sobre el mismo a lo largo de la arteria braquial y ajustándolo perfectamente al brazo desnudo del paciente (no lo ponga encima de la ropa del paciente).
- Retire prendas que compriman el brazo y evite extremidades con vía IV, fístula arteriovenosa, traumatismos, zona de mastectomía, o zona de parálisis o paresia después de un EVCA (Enfermedad Vasculor-Cerebral Aguda).

- Desinfe el manguito completamente y envuelva con él la parte superior del brazo de forma uniforme y cómoda.
- Palpe la arteria braquial, sitúe el diafragma del estetoscopio sobre ella y sujételo con los dedos 2º y 3º de su mano (No sujete la campana del estetoscopio con el manguito). Cierre la válvula del esfigmomanómetro en la dirección de las agujas del reloj. Infe el manguito rápidamente hasta que llegue a una presión aproximada de 200 mmHg. Abra la válvula lentamente, a un ritmo de descenso de la aguja de entre 2 y 3 mmHg por segundo (desinflar demasiado rápido el manguito puede dar una infraestimación de la PAS y una sobrevaloración de la PAD).
- Anote el punto del manómetro en el que se escuchan los primeros sonidos claros (Presión Sistólica: PAS), y el momento en que se amortiguan o desaparecen (Presión Diastólica: PAD).
- Si al abrir la válvula comienza inmediatamente a escuchar los primeros sonidos, desinfe rápidamente el manguito y comience de nuevo, aumentando la presión del manguito por encima de los 200 mmHg, ya que la
Presión Sistólica estará por encima de dicha cifra.

Método por palpación:

- Utilice este método sólo si las condiciones de trabajo o del paciente no permiten utilizar el método auscultatorio.
- Palpe la arteria braquial o radial y mantenga sus dedos en el punto mientras infla el manguito, hasta 20-30 mmHg por encima del punto en que deje de sentir el pulso.
- Desinfe el manguito lentamente hasta que note la reaparición del pulso. Esta será la Presión Sistólica.
- La presión arterial diastólica por sí sola es un indicador exacto de hipertensión en el embarazo, la presión arterial elevada y la proteinuria definen la pre eclampsia. (Ver anexo 8)

La hipertensión, o tensión arterial elevada no suele presentar síntomas, por tanto medirla periódicamente es la única forma de detectarla. Controlarla a tiempo no debería presentar mayores complicaciones, en cambio, no controlada puede provocar graves problemas el embarazo como preeclampsia, producir un retraso del crecimiento, parto prematuro, desprendimiento de placenta, bajo peso en el bebé al nacer e incluso muerte fetal. (Cantillo,2010)

2. Exámenes de laboratorio

Procedimiento de elección para identificar cualquier alteración en la salud y se debe de aplicar como rutina en todas las embarazadas. (Schwarcz-Obstetricia,1997)

Procedimiento médico en el que se analiza una muestra de sangre, orina u otra sustancia del cuerpo. Las pruebas de laboratorio pueden ayudar a determinar un diagnóstico, planificar el tratamiento, verificar si el tratamiento es eficaz o vigilar la enfermedad con el transcurso del tiempo.

Grupo y Rh:

Determinación del grupo sanguíneo y factor RH.

Esta información es básica para descartar la incompatibilidad a factor RH, es decir él bebe puede heredar el de la madre o el del padre; cuando hereda el RH positivo del papá y la madre es negativo puede presentarse problemas como: ictericia (apariencia amarillenta) o incluso muerte fetal.

Isoinmunización Rh Negativa en embarazo actual o embarazos anteriores.

Si una embarazada se detecta que es Rh negativa debe realizarse una búsqueda de anticuerpos anti D (Coombs Indirecto) y si esta prueba resulta positiva clasificar como ARO. El Coombs se deberá de realizar en II y III trimestre (Se envía después de las 18 semanas de gestación, antes NO tiene utilidad clínica).

En la primera visita prenatal se deberá conocer el grupo sanguíneo ABO y Rh de la gestante. Se recomienda difundir entre todo el personal de salud la importancia de la tipificación del grupo sanguíneo ABO y Rh tanto de la embarazada como de su pareja desde la primera consulta prenatal que se lleve a cabo, incluyendo el primer nivel de atención.

Esta acción permitirá definir el riesgo de aloinmunización. Dicho fenómeno se deberá considerar de riesgo en pacientes no tratadas con Anti D, tener antecedente de un evento obstétrico sin vacuna o desconocer estado de sensibilización.

Se considera que una gestante padece anemia cuando el valor de hemoglobina es menor a 11,0 g/dl (durante el primer o el tercer trimestre) o cuando el valor de la hemoglobina durante el segundo trimestre es menor a 10,5 g/dlⁱ.

Papanicolaou:

Se recomienda una revisión ginecológica durante el embarazo, idealmente al momento de la captación para determinar elementos clínicos de infección, y alteraciones locales. Esto incluye tomar una muestra para el Papanicolaou si el mismo no ha sido realizado en el último año.

Dado el alto riesgo de morbilidad en las embarazadas por presencia de infecciones vaginales a repetición y su alto impacto negativo en resultados neonatales adversos por infecciones congénitas y/o al nacimiento, SE SUGIERE sensibilizar a la embarazada para la realización de espéculos copia en sus atenciones prenatales para detección precoz de fenómenos infecciosos y/o relacionados a alteraciones en el canal del parto. En aquellos casos en los que la paciente refiere sintomatología genital, la espéculoscopia, es de estricto cumplimiento debiendo quedar consignada en el expediente dicha revisión.

Si en la APN de rutina no se acepta el tacto vaginal se debe informar y sensibilizar sobre la importancia de la misma con énfasis en aquellas mujeres con antecedentes de: aborto espontáneo en el segundo trimestre, parto prematuro o síntomas de sangrado vaginal, pérdida de líquido y/o dolor abdominal.

En las mujeres que informan sangrado en el presente embarazo, el tacto vaginal para determinar la causa puede realizarse en la unidad de salud sólo durante el primer trimestre y la referencia de la paciente a un nivel de mayor resolución depende del cuadro clínico. Después del primer trimestre, el tacto vaginal en las mujeres con sangrado vaginal no debería hacerse en la unidad de salud; en cambio, se debería referir a la paciente inmediatamente a un hospital para descartar placenta previa u otra patología.

VDRL/ RPR:

Es un análisis para detectar sífilis. Mide sustancias (proteínas) llamadas anticuerpos que el cuerpo puede producir.

Se deben de registrar dos controles para el tamizaje de la sífilis de acuerdo a los que recomiendan las mejores evidencias y en concordancia con la mayoría de las guías normativas de la Región. La secuencia cronológica recomendada consiste en:

- Efectuar la primera prueba al momento de la captación (antes de las 20 semanas)
- Realizar siguiente en el tercer trimestre.

Se considera sífilis cuando el resultado de cualquier prueba disponible (treponémica o no treponémica) sea positiva/reactiva. Un resultado positivo no significa necesariamente que una mujer tiene sífilis ya que las pruebas no pueden distinguir entre una y otra trepanomatosis. Durante el embarazo se tratara a

todas las mujeres cuya prueba sea positiva (de acuerdo a titulación), independiente de los antecedentes de tratamiento en un embarazo anterior.

Si el resultado de la prueba RPR es inferior a 1:8 se trata de un resultado negativo, no se tiene la sífilis, aunque hay que hacer seguimiento de nueva titulación en 8 semanas. Si valores continúan menor a 1:8 paciente no es portadora de enfermedad y es solo un valor con falso positivo.

Si se tiene resultado igual o mayor de 1:8 es positivo y sí que se tiene la sífilis y hay que aplicar el tratamiento correspondiente. Es decir, que se considera diagnóstico positivo de sífilis los resultados iguales o superiores a 1:8. Es aconsejable enviar titulaciones cuantitativas en 6-8 semanas, considerar a la paciente tratada si titulaciones nuevas, aunque aún continúen positivas sean menores de 1:8, esto debido a los procesos de memoria en los que las titulaciones pueden permanecer positivas hasta 12 semanas después de aplicado el tratamiento.

No Reactivo: Resultado negativo, NO tienes la sífilis.

Reactivo 1:2 o 1:4 – Resultado negativo, NO tienes la sífilis. Es posible una huella serológica si hubo el antecedente de la enfermedad (aunque haya sido curado). Hay que realizar seguimiento para ver si los títulos son estables y se mantienen en el tiempo.

La Guía de Intervenciones Basadas en Evidencia que reducen la morbilidad y mortalidad perinatal y publicada en el 2014: Prevención y Tratamiento de la Sífilis Congénita:

Criterio diagnóstico y serológico: Toda prueba serológica treponémica o no treponémica (VDRL o RPR) que reaccione será considerada positiva independiente de los títulos. Desde la perspectiva epidemiológica y programática,

toda serología positiva será considerado diagnostico presuntivo (posible) para asegurar el tratamiento temprano.

Biometría hemática completa.

Este estudio mide el número de diferentes tipos de células, su tamaño y apariencia. En general se miden tres principales componentes de la sangre.

Células rojas o eritrocitos: mide el número, el tamaño, apariencia y la cantidad de hemoglobina en ellas. La parte del estudio llamado hematócrito mide el porcentaje de la sangre que está en las células rojas.

Células blancas o leucocitos: Se cuentan el total de células blancas y los tipos que hay en la sangre.

Plaquetas: las plaquetas no son en realidad células de la sangre. Son fragmentos de grandes células formadoras de sangre. Estos fragmentos son esenciales para la coagulación normal de la sangre.

Este estudio se realiza para encontrar: anemia, infección, y ciertas enfermedades.

Hemoglobina

La Hemoglobina es una proteína globular, que se encuentra en grandes cantidades dentro de los glóbulos rojos e importancia fisiológica, para el aporte normal de oxígeno a los tejidos. (Brandan,2008)

La anemia es un problema de salud pública por las consecuencias que tiene sobre la salud humana especialmente en el embarazo donde se asocia con aumento del riesgo de mortalidad materna, mortalidad perinatal (en especial en casos de anemia severa); Prematurez, bajo peso al nacer y RCIU.

Se considera que una gestante padece anemia cuando el valor de hemoglobina es menor a 11,0 g/dl (durante el primer o el tercer trimestre) o cuando el valor de la hemoglobina durante el segundo trimestre es menor a 10,5 g/dl.

La Organización Mundial de la Salud define:

- Anemia leve: 10 - < 11 gr/dl
- Anemia moderada: 7- < 10 gr/dl
- Anemia severa: < 7 gr/dl

Glicemia:

Control de glucosa:

Recientes estudios demuestran que el tratamiento de la diabetes gestacional reduciría en forma importante la morbilidad perinatal y mejoraría la calidad de vida de las mujeres a los tres meses del nacimiento. Otros estudios epidemiológicos han mostrado que la prevalencia de diabetes gestacional es mayor en mujeres indígenas e hispanas cuando se las compara contra mujeres anglo-sajonas. Estas dos razones se suman para justificar la realización de estudios de tamizaje para diabetes gestacional en nuestra Región.(MINSA,2015)

Glucemia en ayunas:

Aunque no existe acuerdo sobre la utilidad de efectuar glucemias en ayunas para diagnosticar una diabetes gestacional hay evidencias que sugieren que muestras aisladas de glucemia podrían ser tan sensibles como una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) para diagnosticar diabetes gestacional. En general se recomienda hasta que no haya evidencias firmes que lo rechacen, realizar una glucemia en ayunas en la primera visita antenatal.

En la primera consulta debe realizarse una valoración del riesgo de diabetes gestacional, para eso será necesario efectuar una correcta anamnesis y examen físico, intentando buscar o descartar factores de riesgo.

En aquellos entornos en los que no se cuente con la posibilidad de efectuar una PTOG entre las 24 y 28 semanas la glucemia en ayunas podrá ser la mejor alternativa para despistar la existencia de una diabetes gestacional.

Prueba de tolerancia oral a la glucosa, se debe realizar una Curva de Tolerancia Oral a la Glucosa entre las 24 y 28 semanas de gestación como prueba de tamizaje para la diabetes gestacional.

Las glucemias postprandiales no son procedimientos aceptables para confirmación diagnóstica.

Las Guías Internacionales establecen en que grupos de riesgo específicamente se debería de realizar de rutina la PTOG como método de Screening para Diabetes, dentro de los que se incluyen:

- Obesidad previa al embarazo IMC > 30
- Diabetes gestacional previa, antecedentes familiares de diabetes, feto anterior macrosómico > 4,500 grs.
- Incremento de peso mayor al esperado para la edad gestacional.
- Fumadora.

EGO:

La orina de la mujer embarazada sufre modificaciones que son consideradas fisiológicas. Entre esas modificaciones es posible encontrar una disminución progresiva de la diuresis y de la densidad urinaria; también es relativamente frecuente identificar una glucosuria, y hasta es factible observar una proteinuria de

0,3 g/L en la orina de 24 horas. Por el contrario, el sedimento urinario no se modifica sustancialmente.

Se solicitan al menos tres evaluaciones de orina en la atención prenatal:

- Un examen de orina en la primera consulta para descartar la existencia lesiones renales (hematuria, proteinuria, cilindruria, etc.) y de diabetes (glucosuria).
- Un segundo examen próximo a las 28 semanas que tendrá como principal finalidad la detección de proteínas para descartar una pre-eclampsia.
- Un tercer examen de orina entre las 33 y 35 semanas podrá hacer sospechar cualquiera de las tres condiciones patológicas señaladas, aunque su principal finalidad sea descartar pre-eclampsia. También será útil para descartar una infección urinaria.

EXAMEN FÍSICO QUÍMICO DE ORINA.

- **PH:** Habitualmente con nuestro tipo de alimentación omnívora el pH de la orina es ácido, entre 5.0 y 6.0. Una orina persistentemente alcalina puede deberse a un defecto de acidificación tubular (acidosis tubular renal) o a una infección con gérmenes que desdoblán la urea urinaria (*Proteus mirabilis*).
- **DENSIDAD:** La densidad urinaria traduce la concentración de la orina. Normalmente puede variar entre 1002, máximamente diluida a 1030, máximamente concentrada, dependiendo del estado de hidratación del individuo.
- **PROTEINURIA:** Normalmente la orina no contiene proteínas en cantidad suficiente como para ser detectadas con los métodos utilizados habitualmente. La aparición de turbidez significa la presencia patológica de proteínas.

- **GLUCOSURIA:** Normalmente la totalidad de la glucosa filtrada es reabsorbida en el túbulo proximal, por lo que la orina no contiene normalmente glucosa
- **CUERPOS CETÓNICOS:** Son intermediarios de la oxidación de los ácidos grasos, que normalmente son totalmente metabolizados y no aparecen en la orina. Cuando su producción está aumentada como en la cetoacidosis diabética aparecen en cantidades variables en la orina.
- **HEMOGLOBINA:** La orina normal no contiene hemoglobina ni sangre que pueda ser detectada por los métodos químicos habituales.
- **BILIRRUBINA:** Aparece en la orina cuando existe un aumento de la concentración de la bilirrubina conjugada en el plasma.
- **UROBILINÓGENO:** Es un cromógeno derivado de la bilirrubina. Aparece en condiciones patológicas tales como la anemia hemolítica o enfermedades hepáticas.
- **SEDIMENTO DE ORINA HEMATÍES:** La orina normal no contiene hematíes en cantidad apreciable. Ocasionalmente, puede no observarse escasos hematíes, considerándose normal la presencia de hasta 2 hematíes por campo. Cantidades superiores se consideran patológicas y traducen sangramiento a cualquier nivel del tracto urinario.
- **LEUCOCITOS:** Normalmente, no se observan, pero hasta 2 leucocitos por campo puede ser considerado como normal. Cantidades mayores traducen la presencia de infección del tracto urinario, especialmente si se acompañan de placas de pus. Algunas afecciones inflamatorias no infecciosas como la glomerulonefritis o la nefritis intersticiales pueden producir leucocituria.
- **CÉLULAS EPITELIALES:** Las de mayor importancia son las células epiteliales descamadas de los túbulos renales, se observan en las enfermedades glomerulares y tubulares agudas.
- **CILINDROS:** Representan moldes de material proteico formados en los túbulos renales que pueden contener diferentes elementos en su interior.

La presencia de hematíes, leucocitos, células epiteliales o grasa en el interior de un cilindro, certifica su origen renal, de ahí su importancia. Dentro de los cilindros más importantes encontramos:

- **Cilindros hialinos:** Son los más simples, frecuentes y menos específicos, ya que pueden encontrarse en múltiples circunstancias, tales como: ejercicio, fiebre, deshidratación, empleo de diuréticos, etc.
- **Cilindros epiteliales:** Son cilindros en que la matriz proteica ha incluido en su interior las células del epitelio tubular descamadas en el lumen, se observan en las afecciones glomerulares y tubulares agudas.
- **Cilindros granulosos:** Representan cilindros en que las células epiteliales se han desintegrado y pueden ser de gránulos gruesos o finos. Los cilindros de gránulos gruesos y pigmentados son característicos de la necrosis tubular aguda, lo que ayuda a diferenciar ésta de la insuficiencia renal aguda.
- **Cilindros hemáticos:** Están constituidos por hematíes o sus restos en el interior de un cilindro, se caracterizan por su color amarillento propio de la hemoglobina, son característicos de las glomerulonefritis de reciente evolución. Ocasionalmente pueden ser observados en la nefritis intersticial aguda y en la intoxicación por tetracloruro de carbono.
- **Cilindros leucocitarios:** Están constituidos por leucocitos incluidos en una matriz proteica. Se observan en la pielonefritis aguda lo que permite diferenciar ésta de la infección urinaria baja.
- **Cilindros grasos:** La presencia de gotitas de grasa dentro de un cilindro puede ser observada ocasionalmente en las diversas glomerulonefritis. Cuando los cilindros grasos son abundantes constituyen un hecho de importancia en el diagnóstico del síndrome nefrótico.
- **Cilindros serios:** Son cilindros muy refringentes, de bordes muy nítidos, semejan trocitos de vidrio cortado. Se observan en nefrópatas de larga evolución.

- **Cilindros de IRA:** Son cilindros granulosos de diámetro de 3 o 4 veces mayor que los cilindros habituales. Traducen la existencia de túbulos renales dilatados como los que se observan en neuropatías acompañadas de grados avanzados de insuficiencia renal, circunstancia en que se observan habitualmente.
- **CRISTALES:** Pueden observarse en la orina de sujetos normales. En la orina de pH alcalino pueden observarse cristales de fosfato. En orina de pH ácido pueden observarse cristales de ácido úrico y uratos. Los cristales de oxalato también son de observación frecuente en orinas normales.
- **VARIOS:** Pueden ser observados gérmenes, hongos (especialmente *Cándida Albicans* y *Trichomona*).

Tratamiento de las infecciones de vías urinarias. Según MINSA N-011 (2015)

Esquema A:

Nitrofurantoina con cubierta entérica (capsula) 100 mg P.O cada 12 horas por 7 días; o nitrofurantoina sin cubierta entérica (tabletas) 100 mg P.O cada 8 horas por 7 días.

Esquema B:

Cefalexina 500 mg P.O cada 6 horas por 7 días o cefadroxilo 500 mg P.O cada 12 horas por 7 días.

Consejería y prueba voluntaria de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana):

En la consejería a las embarazadas, además de facilitar el reconocimiento del riesgo de adquirir el VIH, debe: informar sobre el objetivo, ventajas e importancia de realizarse la prueba de VIH durante el embarazo.

Las pruebas de detección del VIH muestran si una persona ha contraído la infección por el virus. VIH significa virus de la inmunodeficiencia humana. Es el virus causante de SIDA.

Se debería ofrecer la prueba de detección de la infección por VIH a todas las mujeres que acuden a los servicios de atención materno infantil. Asegurando: Confidencialidad, Consejería, y Realización de la prueba únicamente después de obtener consentimiento informado.

- Efectuar la primera prueba al momento de la captación (antes de las 20 semanas)
- Realizar siguiente en el tercer trimestre.

Proteína C reactiva PCR

Es una proteína beta globulina termolábil con un alto contenido de hidratos de carbono que no atraviesa la barrera placentaria, es un reactante de fase aguda que aumenta rápida, pero no específicamente en respuesta a la inflamación y a la agresión los tejidos. Tanto las inflamaciones infecciosas como no infecciosas provocan la formación de esta proteína en el plasma.

Se usa como prueba rápida ante la presunción de infección bacteriana PCR alta contra infección vírica PCR baja.

Muestra. Suero

Valor de referencia.

0 -1 mg dl

Gota gruesa Examen para detectar malaria y enfermedad de Chagas, se pone una gota de sangre en el centro del porta objetos y se hacen movimientos envolventes para romper los hematíes y que los microorganismos salgan al exterior. La morfología del parásito cambia y la interpretación suele ser difícil. (Tellez,2017)

El tratamiento adecuado para un paciente con malaria depende de la lectura cuidadosa de la gota gruesa. Dicha lectura tiene como objetivos específicos establecer la especie del plasmodium y cuantificar el número de parásitos por

microlitro (ul) de sangre, criterios básicos para el tratamiento y control del paciente.

Este resultado puede ser positivo o negativo, pero en los resultados se debe de especificar la especie de plasmodium este puede ser *P. falciparum*, *P. vivax* o malaria mixta (asociación parasitaria)

Chaga

La enfermedad o mal de Chagas es provocada por el parásito *Tripanosoma cruzi*. Se propaga por la picadura de los insectos reduvidos, o triatominos (chinchas). Es una enfermedad potencialmente mortal y muy grave, pero curable si se trata con los antiparasitarios adecuados. (García, 2016)

El diagnóstico varía dependiendo de la fase de la enfermedad en la que se encuentre el paciente.

Durante la fase aguda la manera más rápida de efectuar el diagnóstico clínico es mediante el frotis sanguíneo. Al mirar por el microscopio detectamos fácilmente la presencia del parásito en la sangre extendida. Esto se debe a que, en esta fase, la presencia del parásito en sangre es muy importante.

Durante la fase crónica la presencia del parásito en sangre ya no es tan importante, y por ello la técnica de la detección directa por frotis es mucho menos efectiva.

En este caso se debe recurrir a la serología o diagnóstico indirecto. La serología no consiste tanto en localizar el parásito como en constatar la reacción inmunológica que este ha producido. Cuando nos encontramos en la fase crónica de la enfermedad, lo más adecuado es buscar la presencia de anticuerpos que nuestro sistema de defensa haya fabricado para combatir el parásito. No obstante, esta comprobación puede arrojar falsos positivos para tripanosomiasis,

ya que si el paciente está sufriendo otra parasitosis (leishmaniasis principalmente), la serología puede ser positiva.

3. Medición de Altura Uterina

Permite comprobar que el feto se desarrolla normalmente en peso y altura, se mide en centímetros con una cinta métrica de material flexible e inextensible, desde el pubis hasta el fondo uterino. La altura uterina en función de la edad gestacional muestra un crecimiento lineal hasta la semana 37, con un discreto aplanamiento posterior. Este crecimiento se debe a un incremento constante de 0.8 cm por semana entre la semana 20 y 35. schwarcz-obtetricia(1979)

La medición de la altura uterina cuando se tiene datos confiables de amenorrea y se descarta feto muerto y el oligoamnios, permite predecir el retardo de crecimiento intrauterino en un 96%; valora el crecimiento fetal, de igual forma nos ayuda en el diagnóstico de macrosomia fetal en un 92%, una vez excluido el embarazo gemelar, poli hidramnios y miomatosis uterina. Dossier- enfermeria de la mujer(2013)

Medición de Altura de Fondo Uterino (AFU), llenado y evaluación de Curva del Crecimiento Fetal. La altura se mide en centímetros con la cinta obstétrica desde el pubis hasta el fondo uterino determinado por palpación.

El extremo de la cinta métrica se fija en el borde superior del pubis con los dedos de una mano, mientras entre el dedo índice y mayor de la otra mano se desliza la cinta hasta que el borde cubital de esa misma mano alcance el fondo uterino.

Luego proceder a graficar el valor obtenido en la Curva de Crecimiento Uterino (ver anexo 9)

4. Auscultación de Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF) a partir de las 20 SG

La auscultación tiene como finalidad descubrir y estudiar los ruidos cardíacos fetales. La auscultación de los latidos fetales es de sumo interés porque permite:

Sentar con certeza el diagnóstico del embarazo, establecer si la gestación es simple o múltiple, verificar la vida del feto, corroborar el diagnóstico ya echo por palpación de presentación posición y variedad, apreciar la marcha del parto, poner en evidencia el sufrimiento fetal. (schwarcz-obtetricia,1979)

Técnicas de auscultación:

Se coloca la embarazada en decúbito dorsal en una mesa de examen no muy baja.

Se toma el estetoscopio por el tallo y se aplica la campana perpendicularmente sobre el foco de auscultación, este foco de auscultación es la zona en que por condiciones acústicas se perciben más nítidamente los latidos y que previamente es necesario localizar por palpación.

El foco máximo corresponde al hombro fetal anterior. La transmisión hacia el estetoscopio a este nivel se hace siguiendo capas sólidas que son buenas propagadoras del sonido, este partiendo del corazón atraviesa el pulmón sólido del feto (atelectasia), la pared torácica y el hombro en contacto con la pared uterina, en relación con la pared abdominal donde se apoya el instrumento.

La cabeza del examinador ejercerá una presión suave, pero continúa sobre el estetoscopio, manteniendo el instrumento bien adaptado a la pared abdominal: esto tiene por objeto evitar la interposición de aire, que dificulta la propagación sonora. (schwarcz-obtetricia,1979)

Movimientos fetales a partir de las 18 SG

Muy precozmente el feto está animado de movimientos, pero son tan leves que no pueden percibirse. La percepción materna se produce entre las 16 y 20 semanas de amenorrea. Al principio el feto se desplaza en totalidad y la mujer siente una

especie de roce en el abdomen, o bien el desplazamiento es más brusco y produce como un pequeño choque. (schwarcz-obtetricia,1979)

La presencia de movimientos fetales es algo fisiológico durante el embarazo, estos son percibidos por la gestante a partir de un determinado tiempo, estos aumentan a medida que el feto crece.

El personal de salud médicos y enfermería debe preguntar a la embarazada si percibe los movimientos fetales, la frecuencia y la intensidad, debe corroborar lo que la paciente refiere a través de la palpación y valorar estos movimientos.

17. Presentación/ situación fetal

Presentación fetal: es la parte del feto que toma contacto con el estrecho superior de la pelvis, ocupándola en gran parte, y que puede evolucionar por si misma dando lugar a un mecanismo de parto. Las presentaciones son cefálicas y pelvianas. (MINSa N-011,2015)

Los tipos de presentación pueden ser:

1. Cefálica o de cabeza.
2. Podálica o de pies.
3. Transversa o de hombros.

La presentación cefálica puede tener 4 variedades de acuerdo con el grado de flexión, y se denominan por la región anatómica que presente el punto declive al estrecho superior:

1. De vértice: vértice o fontanela lambdoidea o menor.
2. De sincipucio: sutura sagital.
3. De frente: bregma o sutura metópica.
4. De cara: mentón o cara.

La presentación podálica, por su denominación, parece que sólo se refiere a los pies, pero no es así, también se refiere a las nalgas y por esto, de acuerdo con las

partes que se presente al estrecho superior, serán las distintas variedades de la denominada presentación pelviana que pueden ser:

1. Nalgas: nalgas simples.
2. Nalgas y pie: completa (nalga y dos pies).
3. Pie:
 - a) Incompleta (nalgas y un pie).
 - b) Completa (ambos pies).
 - c) Incompleta (un solo pie).

Situación fetal: se denomina así a la relación existente entre el eje del ovoide fetal, el eje del ovoide uterino y el eje longitudinal de la madre. Los tipos de situación fetal son: (MINSA N-011,2015)

1. Longitudinal: ángulo de 0° .
2. Transversa: ángulo de 90° .
3. Oblicua: ángulo mayor que 0° y menor que 90° .

Maniobras de Leopold:(ver Anexo N° 12)

Son técnicas de palpación que se emplean para examinar el abdomen de la embarazada y así mismo detectar la presentación, situación y posición del feto.

Objetivo:

Determinar: Presentación, posición, situación, número de fetos y grado de encajamiento del feto.(Schwarcz-Obstetricia,1997)

Primera maniobra:

Esta maniobra valora la situación del producto de la concepción y consiste en identificar el polo fetal que ocupa el fondo uterino, este puede ser la cabeza o las nalgas. La cabeza se palpa como una masa dura, redonda, lisa y móvil (Redonda, 'Regular y Resistente). Las nalgas se perciben como una masa grande, blanda e irregular. Esta maniobra se realiza de frente a la cara de la gestante y, utilizando los bordes cubitales de ambas manos, se palpa la parte superior del abdomen, tratando de abarcar por completo el fondo del útero.

Segunda maniobra:

Se utiliza para observar la posición del dorso fetal, que puede ser anterior, lateral o posterior. El dorso suele palpase como una estructura dura, convexa y resistente a la palpación; en cambio, las extremidades fetales son blandas, móviles, irregulares y numerosas. Esta maniobra se realiza de frente a la gestante, palpando el abdomen con gentileza, aplicando presión profunda con la palma de ambas manos. Una de las manos debe permanecer fija en un lado del abdomen mientras la mano opuesta explora el lado contrario, para concluir la exploración deben explorarse ambos lados del útero intercalando las manos.

Tercera maniobra:

Permite identificar la situación del polo fetal que ocupa la porción inferior del útero y establecer si se encuentra encajado en la pelvis.¹ Utilizando el pulgar y los dedos de una mano se toma la porción inferior del abdomen de la gestante justo por encima de la sínfisis del pubis. De acuerdo a la sensación que dé la estructura palpada se puede determinar el tipo de presentación, al igual que en la primera maniobra. En caso de que el polo fetal inferior no se encuentre encajado en la pelvis, se sentirá como una masa móvil.

Cuarta maniobra:

En la cuarta maniobra, que es la única que se ejecuta mirando hacia los pies de la gestante, se trata de apreciar el grado de encajamiento y la actitud de la cabeza; consiste en buscar sobre la sínfisis púbica la prominencia frontal del feto, esto nos indica si ha descendido la presentación y si la cabeza se encuentra en flexión o extensión.

18. Consejería en lactancia materna, planificación familiar, anticoncepción post evento obstétrico.

Consejería Lactancia Materna: Se entiende por consejería la entrega reglada y oportuna de la siguiente información: beneficios de la leche materna y los riesgos de la alimentación con leche artificial, formas de amamantar los cambios en la leche materna después del parto, discutir las dudas y preguntas de la gestante; también es apropiado informar en este momento sobre los derechos del niño/a y derechos inherentes a la lactancia materna.

Alimentación natural del recién nacido que le proporciona los nutrientes necesarios que garantizan su crecimiento y desarrollo. Además, proporciona protección contra enfermedades víricas o bacterianas por medio del traspaso de anticuerpos maternos. (MINSa N-011 ,2015)

Nutrición y crecimiento óptimo

Alimento óptimo: La lactancia materna es el mejor alimento en cuanto a calidad, consistencia, temperatura, composición y equilibrio de los nutrientes. Esta composición, se va adecuando a las necesidades del (de la) niño (a) a medida que crece y se desarrolla.

Fácil digestibilidad: Por su concentración adecuada de grasas, proteínas y lactosa. Además de las enzimas que facilitan su digestión, la leche materna es de muy fácil absorción aprovechándose al máximo todos sus nutrientes sin producir

estreñimiento ni sobrecarga renal, permitiendo una maduración progresiva del sistema digestivo del (de la) niño (a), preparándolo para recibir oportunamente otros alimentos.

Crecimiento y Desarrollo óptimo: Los(as) niños(as) alimentados, exclusivamente, hasta los 6 meses con leche materna tienen un crecimiento y desarrollo adecuado. Este crecimiento y desarrollo se mantiene óptimo iniciando la alimentación complementaria a partir de los 6 meses y manteniendo la lactancia materna hasta al menos los 2 años de edad. Se ha demostrado que los niños y niñas no necesitan tomar otro tipo de leche.

Alimento adecuado para prematuros: La madre que da a luz antes de término produce un tipo de leche adecuada a la edad del bebé. Esta leche tiene menos cantidad de lactosa y mayor cantidad de proteínas, IgA y lactoferrina.

Desarrollo Psico-motor

Organización Sensorial: El contacto físico del (de la) niño (a) con la madre durante el amamantamiento permite el desarrollo adecuado de sus patrones sensoriales. Se ha demostrado que los niños (as) amamantados (as) presentan mayor agudeza sensorial (gusto, tacto, olfato, visión y audición) que los alimentados con biberón y fórmula.

Organización biocronológica y del estado de alerta: Durante al menos tres meses, el (la) niño (a) necesita tener contacto físico regular y constante con su madre para organizar su propio ritmo basal y su estado de alerta.

Disminuye así el riesgo de apnea prolongada, bradicardia, asfixia por aspiración y síndrome de muerte súbita.

Patrones afectivo-emocionales: El (la) niño (a) que es amamantado adecuadamente satisface sus necesidades básicas de calor, amor y nutrientes para su organismo. El bienestar y agrado que esto le produce hace que se sienta

querido y protegido respondiendo con actitud alegre, segura y satisfecha, características de un patrón afectivo-emocional, equilibrado y armónico.

Desarrollo intelectual: Los (as) niños (as) amamantados (as) son más activos, presentan un mejor desarrollo psicomotor, una mejor capacidad de aprendizaje y menos trastornos de lenguaje. La lactancia natural se asocia con un mayor coeficiente intelectual del (de la) niño (a).

Desarrollo dentó-maxilar y facial: Del equilibrio funcional de la succión-deglución-respiración en los primeros meses de vida depende en gran medida el buen desarrollo dento-máxilo-facial y la maduración de las funciones bucales: masticación, mímica y fono-articulación del lenguaje. Los (as) niños (as) amamantados (as) están mejor preparados para el inicio de la alimentación sólida dado que el periodo del amamantamiento le permite un buen desarrollo anatómico y funcional de las estructuras orofaríngeas.

Protección

- El calostro, la leche de transición y la leche madura satisfacen los requerimientos de Inmunoglobulina A (IgA) que protege al niño (a) mientras ellos (as) van aumentando su capacidad de producirla.
- Evita la hiperbilirrubinemia neonatal: El calostro permite la eliminación oportuna del meconio evitando así la hiperbilirrubinemia neonatal.
- Protección inmunológica: La leche materna es indispensable para formar un eficiente sistema inmunitario en el (la) niño (a) y sentar las bases de una buena salud general para el adulto. El (la) niño (a) amamantado (a), rara vez presenta enfermedades digestivas, respiratorias, otitis, eczemas y alergias.
- Protección relacionada en la prevención de las Diarreas.

La Madre

Recuperación fisiológica post-parto

Retracción del útero:

Por el estímulo de succión, inmediatamente después del parto, se libera oxitocina, la que actúa sobre el útero contrayéndolo para evitar el sangrado y reducirlo a su tamaño normal. La oxitocina sigue actuando sobre el útero mientras la madre amamanta produciendo también una recuperación a más corto plazo

Recuperación del peso

La lactancia materna permite que las madres pierdan progresiva y lentamente el excedente de peso, ganado durante el embarazo, precisamente para enfrentar la lactancia materna.

Recuperación de los pechos

La estimulación y el vaciamiento frecuente de los pechos, evitan su congestión y reduce los depósitos de grasa acumulada, durante el embarazo, ayudando con ello a mantener la elasticidad y firmeza de su estructura.

De carácter físico

Prevención de cáncer de mamas y ovario:

La lactancia materna cumple un importante rol en la prevención del cáncer de mamas y ovarios, reduciendo el riesgo de estas enfermedades. La lactancia prolongada (por más de un total de 36 meses durante la vida) se ha considerado, por algunos investigadores, como un factor relacionado con la disminución del peligro de cáncer de mama, debido quizás a una disminución relativa de los estrógenos carcinógenos desencadenados por los períodos de anovulación tal como ocurre en el embarazo.

Aspecto físico de la mujer:

Las hormonas de la lactancia hacen que la mujer que amamanta tenga un aspecto físico vital y armónico, de seguridad, satisfacción, belleza, tranquilidad etc.

Comodidad:

Evita las molestias de lavado y hervido de biberones, así como la preparación de alimentos especiales para el (la) bebé.

De carácter emocional**Establecimiento del apego:**

El amamantamiento, especialmente si éste se inicia inmediatamente después del parto, produce un reconocimiento mutuo entre madre e hijo (a), estableciéndose entre ellos un fuerte lazo afectivo o "apego", induciendo en la madre un sentimiento de ternura, admiración y necesidad de protección para su pequeño (a) hijo (a).

Satisfacción emocional de la madre:

La intensa unión e interdependencia de la madre con su hijo (a), producen en ella un sentimiento de valoración de sí misma y un equilibrio emocional que promueven su desarrollo integral como mujer.

Consejería Lactancia Materna

Se entiende por consejería la entrega reglada y oportuna de la siguiente información:

1. Beneficios de la leche materna y los riesgos de la alimentación con leche artificial.
2. Formas de amamantar.
3. Los cambios en la leche materna después del parto.
4. Discutir las dudas y preguntas de la gestante.
5. También es apropiado informar en este momento sobre los derechos del niño/a y derechos inherentes a la lactancia materna.
6. Si la mujer ha recibido consejería en lactancia materna tal como se definió, se registrará en la HCP según corresponda. (MINSa N-106 ,2013)

Planificación familiar

Es el derecho que tiene la pareja e individuo de decidir libre y responsablemente la cantidad de hijos que desean tener, el momento oportuno para tenerlos y el tiempo entre embarazos, así como la de tener la información y los métodos para concretar sus deseos y el derecho de obtener el mayor estándar de salud sexual y reproductiva. (MINSa N-002, 2008). La consejería es un proceso de análisis y comunicación de persona a persona, entre el prestador de servicios y el/la usuario/a potencial y el/la usuario/a activo.

Este proceso incluye motivación, información y promoción. Se debe de dirigir a resolver las necesidades individuales del usuario/a, aclarar dudas y cumplir con los seis pasos de la técnica de consejería de ACCEDA:

- a) Atender a la persona usuaria.
- b) Conversar, consultar y evaluar los conocimientos y necesidades de la usuaria. Converse sobre sus necesidades, deseos o cualquier duda o preocupación que tenga. Aliéntela a que haga preguntas sobre planificación familiar, consulte acerca de sus planes de tener hijos o de posponerlos.
- c) Comunicar a la persona usuaria cuáles son los métodos anticonceptivos disponibles.
- d) Encaminar a la usuaria hacia la elección del método más apropiado.
- e) Describir cómo utilizar el método elegido:
- f) Acordar con la usuaria le fecha de Visita de seguimiento.

Consejería de planificación familiar a través del método ACCEDA

Mecánicos Dispositivo intrauterino (DIU) Definición: El dispositivo intrauterino (DIU) es un método anticonceptivo reversible, seguro y efectivo, hechos de metal y plástico que introducidos en la cavidad uterina impiden el embarazo mediante una combinación de mecanismos. (MINSA,2008)

Post placenta: La inserción debe realizarse dentro de los diez minutos posteriores a la salida de la placenta, puede realizarse después de un parto o durante una cesárea.

Puerperio tardío: Entre la cuarta y sexta semana posparto o post cesárea. o Examen de seguimiento a las seis semanas o Después de realizada la inserción, deje descansar a la mujer durante algunos minutos recostada o sentada.

Hormonales inyectables intramusculares sólo con progestágenos de depósito trimestrales

Definición: Este anticonceptivo inyectable contiene una sustancia esteroidea de progestágenos sola, que, administrada por vía intramuscular, evita el embarazo durante tres o dos meses, con gran efectividad, de depósito, son reversibles y de uso privado.

En posparto o pos cesárea, lactando, después de 6 semanas, fecha en que está establecida la lactancia y hasta 6 meses y más tiempo posterior al nacimiento. En mujeres que no lactan desde antes de 21 días posteriores al nacimiento.

Naturales

Abstinencia

Es una práctica sexual que los hombres o las mujeres o la pareja adopta voluntariamente cuando no desean descendencia y que se logra evitando totalmente tener relaciones sexuales.

Este método debe ser compartido con la pareja, pero se trata de una decisión individual que responde al derecho propio de reproducirse de cada uno de ellos y depende de su motivación y disciplina para practicarla durante el tiempo requerido.

La pareja evita el acto sexual en forma voluntaria. Puede ser decidido en cualquier momento y por el tiempo que lo deseen, puede ser de forma permanente o en forma periódica durante el período fértil de la mujer.

MELA

Es un método anticonceptivo usado en los primeros 6 meses de post parto, por mujeres que están con lactancia exclusiva, y en amenorrea. Es el único método considerado natural porque en el post parto, durante el período de lactancia, la mujer tiene en forma natural un período de infertilidad.

ME = Método **L** = Lactancia = Amamantar **A** = Amenorrea = Falta de menstruación

De Barrera

Condón o preservativo

Definición: Es un método anticonceptivo temporal, conocido también como preservativo profiláctico, gomas o forros. Tiene la función de cubrir el pene erecto

durante la relación sexual, recoge el semen y no permite que el esperma del hombre entre en contacto con la vagina y el cuello del útero de la mujer.

Tipos: De látex (tratados con espermicidas) de plástico (Vinyl), protege contra Infecciones de Transmisión Sexual, incluyendo VIH/SIDA.

La consejería debe de ser respetuosa y sincera, tener como fin la elección el método anticonceptivo que más se adapte a las necesidades del usuario/a consultante. Ya sea que desee retrasar el nacimiento de su primer hijo/a, espaciar el nacimiento entre ellos, no tener más hijos/as, o proyectar los hijos e hijas que puede tener acorde con su realidad socio cultural, económico y estado de salud. La consejería debe necesariamente abordar el tema de la comunicación entre la pareja, explorar el tipo de relación de la pareja en términos de frecuencia y prácticas o conductas vinculadas a riesgos para la adquisición de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA. Normativa 002(2008).

Suplemento con Sulfato Ferroso

Hierro: Los hematínicos son medicamentos que contienen principalmente compuesto de hierro (ferroso), con objeto de incrementar la producción de hemoglobina, y se expande como productos que no requieren receta médica en tabletas, capsulas y líquido. (Nagle, 2007)

Tratamiento preventivo y curativo de la deficiencia de hierro y de la anemia ferro priva, en los casos de embarazo y lactancia, y en crecimiento, dietes inadecuadas, con valencia, menstruación, trastorno en la absorción del hierro en tubo digestivo y en todos aquellos casos en los que sea necesario recibir un aporte de hierro adicional. (Rodriguez ,2011)

El cuerpo necesita hierro para producir hemoglobina que es una proteína de los glóbulos rojos que transporta oxígeno al cerebro, sistema muscular, sistema

Inmune y otras partes del cuerpo. La deficiencia de hierro es la principal causa de anemia nutricional en niños (as) y adultos.

Los grupos más vulnerables son los adolescentes de ambos sexos, las mujeres en edad reproductiva y las embarazadas. La deficiencia de hierro durante el embarazo se asocia a la presencia de algunas situaciones de salud no deseadas para la madre y el feto y/o recién nacido. A bebés con un peso menor a lo normal, parto antes de la fecha probable, muerte materna e inclusive muerte peri-natal y fetal. Los recién nacidos de madres con deficiencia de hierro, tienen pocas reservas del mineral y están más propensos a desarrollar niveles bajos de hemoglobina antes del primer año de vida, que los recién nacidos cuyas madres tienen buenos niveles de hierro. (MINSa N- 029,2009)

En estudios revisados se encontró que el uso de suplemento de hierro en mujeres embarazadas no deberá ser ofrecido de manera rutinaria dado que no se beneficia la salud del feto o de la madre y puede tener efectos desagradable secundarios así mismo no existe evidencia alguna que justifique usar sulfato ferroso 2 o 3 veces al día por incremento de reacciones adversas sin mostrar mayor beneficio. Para fines de cumplimiento de la norma se orienta embarazadas con valores de hemoglobina normal (mayor a 12 gr dl) prescribir 1 tableta sulfato ferroso (60mg) + ácido fólico (0.4 mg) diaria. (USAID,2014)

Tratamiento de pacientes con anemia leve o moderada deberán recibir 60-120 mg 1 o 2 tableta de hierro elemental más 0.4 mg de ácido fólico diario por seis meses. Paciente con anemia severa deberá recibir 120 a 200 mg (2 a 3 tableta mg de hierro elemental+ 0.4 mg de ácido fólico diario por 6 meses). (MINSa N-011,2015)

Suplemento con Ácido Fólico

La administración de ácido fólico además de tratar anemias carenciales juega su papel importante en la prevención de defectos de tubo neural: disminución en la

prevención de ocurrencia de defectos de tubo neural un 72% y disminución de la recurrencia en un 68%.

El Ácido Fólico preconcepcional por un año o más, redujo significativamente el riesgo de nacimiento pre término espontáneo en el 70 % entre las 20-28 semanas de gestación y en 50 % entre las 28-32 semanas.

La administración periconcepcional de multivitaminas redujo en 71 % (estadísticamente significativo) el riesgo de nacimientos pre término < 34 semanas y en mujeres no obesas redujo en 46 % los recién nacidos pequeños para la edad gestacional.

En estudios recientes multivitaminas más ácido fólico periconcepcional reducen significativamente en 46%, además de los DTN, otras MFC: labio y paladar hendido, cardíacas, de extremidades, tracto urinario hidrocefalias.

Prevención de ocurrencia (primera vez) 4 mg de ácido fólico desde 3 meses antes hasta 3 meses después del parto y a toda paciente que esté planeando embarazarse.

Prevención de recurrencia en mujeres con alto riesgo para defecto de cierre de tubo neural (historia familiar de Defecto de cierre de Tubo Neural, tratamiento antiepiléptico o metrotexate, diabetes, Obesidad con IMC ≥ 30 Kg/m². Madre con anemia por células falciformes o talasemia. Mujeres con bajo cumplimiento en la toma de medicamentos (Ácido fólico y/o Multivitaminas) y bajo consumo de una dieta rica en Ácido fólico, consumo de teratógenos (alcohol, tabaco) 4-5 mg de ácido fólico desde 3 meses antes del embarazo hasta 3 semanas después.

22. Prevención de la pre-eclampsia y sus complicaciones, prescribe Calcio y Aspirina según Riesgo para pre-eclampsia.

Calcio:

El calcio es un elemento químico del grupo de los alcalinotérreos cuyo signo químico es “Ca”. Es esencial en muchos procesos metabólicos, incluyendo la función nerviosa, la contracción muscular y la coagulación sanguínea; el calcio es un componente importante de los huesos y de los dientes, el requerimiento normal diario de calcio es de un gramo al día aproximadamente, los productos lácteos leche y queso son la fuente principal de este elemento. (ZAMORA,2005).

Los requerimientos de calcio durante el embarazo son muy altos. La mayoría de las recomendaciones de organismos de expertos sugieren ingestas de 1200 mg al día. Sin embargo, estudios metabólicos mostraron que se necesita una ingesta por encima de los dos gramos al día para alcanzar un balance positivo que satisfaga requerimientos maternos fetales. (Schwarcz-obtetricia ,1997).

La administración de calcio a la embarazada disminuye significativamente la aparición de los valores de presión arterial altos, aparición de proteína en orina, edemas, los malos resultados compuestos que perjudique a la madre y al feto, los nacimientos antes de la fecha probable de parto, bebés con un peso menor que lo normal al nacer y que mueran en los primeros días de vida, con mayor efecto en las embarazadas con baja ingesta de calcio y de alto riesgo. (MINSA, 2014).

Prescripción de Calcio:

En el grupo de pacientes que pueden presentar algunos cambios en sus organismos durante el embarazo se prescribirá calcio vía oral 1,800 mg/día a partir de la 12 semana, máximo hasta las 16 semanas y se cumplirá hasta las 36 semanas (la evidencia demuestra que esta estrategia tiene una mayor utilidad en aquel grupo con baja ingesta de calcio), por tanto, se deberá evitar su uso

generalizado en todas las embarazadas. Iniciar calcio después de las 16 semanas no tiene ningún beneficio ni utilidad clínica. (MINSA N-011,2015)

Aspirina (ácido acetilsalicílico).

Es un agente anti plaquetario, lo cual significa que impide que las células sanguíneas denominadas «plaquetas» se adhieran unas a otras y formen coágulos. Es por eso que algunos pacientes que presentan dificultades circulatorias deben tomar aspirina: para evitar que se formen otros coágulos sanguíneos en las arterias coronarias. La aspirina también reduce las sustancias del organismo que causan dolor e inflamación. (Rodriguez ,2011)

La aspirina, en el embarazo mejora la circulación sanguínea siendo esto de gran beneficio para el feto, lográndose una mejor oxigenación de órganos también aportando beneficios en la prevención de nacimientos de recién nacido pequeño para la edad gestacional y muerte perinatal. No hay evidencias de aumentar el sangrado u otros daños a la madre o al recién nacido. (USAID,2014)

Prescripción de Aspirina:

Embarazada con riesgo intermedio de presiones arterial en cifras anormales: Aspirina tableta de 100 mg/día oral antes de acostarse. Iniciar mínimo a las 12 semanas, máximo hasta las 16 semanas, continuar hasta las 36 semanas de gestación. Iniciar aspirina después de esta etapa no tiene ningún beneficio ni utilidad clínica.

Embarazada alto riesgo para presentar cambios en el organismo. Aspirina tableta de 100 mg/día (Estudios basados en evidencia señalan que en este grupo se podrían usar hasta 150 mg/día, quedando a criterio del especialista el uso de esta dosis) oral antes de acostarse, desde las 12 semanas, máximo hasta las 16 semanas, continuar hasta las 36 semanas de gestación. (MINSA N- 011,2015).

“No ingerir el Calcio y el Hierro a la misma hora ya que son antagónicos”

23. Prescribe Albendazol

Albendazol 400 mg (si parasitosis intestinal >30% y/o anemia >20%) en el 2º y 3er trimestre. Este disminuye el bajo peso al nacer, la mortalidad infantil al 6to mes de vida. Para fines de evaluación de cumplimiento del estándar el albendazol se puede administrar en II y III trimestre con una diferencia de 6 semanas y aprovechar cualquier contacto con embarazada para cumplimiento de ambas dosis. (MINSa N-011,2015)

El albendazol es un agente sintético derivado del benzimidazólico; inhiben la captación de glucosa y otros nutrientes de bajo peso molecular, con depleción de los depósitos de glucógeno; se considera el tratamiento de elección contra áscaris lumbricoides, trichuris trichiura, enterobius vermiculares, entre otros. (Nagle, 2007)

El objetivo de la administración de antiparasitario en la embarazada reduce significativamente la disminución de la hemoglobina en la embarazada y un resultado negativo en la vida del recién nacido. Albendazol 400 mg (si parasitosis intestinal mayor 30% anemia mayor 20%) en el 2º y tercer trimestre.

Este disminuye peso no adecuados al nacer al nacer muerte al 6to mes de vida para fines de evaluación de cumplimiento del estándar el albendazol se puede administrar en el II Y III trimestre con una diferencia de 6 semanas y aprovechar cualquier contacto con embarazadas para cumplimiento de ambas dosis. (MINSa N-011, 2015).

Consejería sobre signos y síntomas de peligro de pre eclampsia y eclampsia, principalmente en el embarazo, parto y puerperio.

El personal médico y de enfermería debe informar a la embarazada cual es el proceso normal del embarazo y mencionar los signos de peligro para que esta pueda identificarlos es necesario que la embarazada y los familiares tengan el número de teléfono de la unidad de salud de un brigadista o partera para que estos colaboren para la llegada temprano a la unidad de salud.

La falta de conocimiento o de información en la paciente, interfiere para que esta no pueda identificar los signos y síntomas de peligro, y puedan ocurrir situaciones que no favorecen la salud de la embarazada y el feto, por lo tanto, es responsabilidad del personal que atiende a toda embarazada a que la paciente adquiera la consejería necesaria para el buen funcionamiento del proceso del parto.

25. Negociar plan parto

Es una estrategia en la que la mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y el nacimiento. Disponer de esta información por escrito será de gran ayuda para el equipo profesional que atiende en el momento del parto, facilitará la comprensión del proceso y la participación activa tanto de la mujer como de su pareja o acompañante, y evitará tener que comunicar sus preferencias el día del parto, momento en que el estado emocional y físico es más vulnerable y la mujer se halla centrada en el proceso vivencial. (MINSa N-011 ,2015).

Esta estrategia está encaminada a orientar la organización, la atención precoz y el seguimiento de la misma, con la finalidad de mejorar el estado de salud de la embarazada al fin de disminuir la mortalidad materna domiciliar. (MINSa N-011 ,2015).

Plan de parto:

Es esfuerzo conjunto de la mujer, la familia, la comunidad organizada y el personal de salud para estar listo y a tiempo, desde el momento en que la mujer está embarazada, todo lo necesario para un parto sin obstáculos para la madre y el recién nacido.

Propósito del Plan de Parto

Es que la embarazada, su pareja, su familia y la comunidad organizada, estén preparados para ayudar a la mujer en casos de los obstáculos que se pueden presentar en el momento del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido.

Objetivos del Plan de Parto

- Mejorar el conocimiento de las mujeres, parejas y las familias sobre los cuidados durante su embarazo, parto, puerperio y del recién nacido.
- Promover, captar y referir a las embarazadas a la unidad de salud para que reciban atención prenatal, atención del parto, del puerperio y para la atención del recién nacido.
- Involucrar a la familia de las embarazadas y la comunidad en los preparativos para la llegada de su hijo.
- Motivar a las madres que usen un método de planificación familiar y que registren a los recién nacidos.

Beneficios del Plan de Parto

- Que la mujer y la familia tengan información sobre los cuidados durante el embarazo, parto, puerperio y los cuidados al recién nacido.
- Que la pareja, la familia y la comunidad se comprometen con el cuidado de la mujer y el recién nacido.
- Reconocer a tiempo las señales de peligro durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido.
- Deciden que hacer en caso de un inconveniente y donde buscar ayuda sin atrasos.
- Deciden donde irán para la atención de su parto.
- Promover el ahorro para cubrir los gastos en la atención, sobre todo para garantizar el transporte, alojamiento y alimentación de ella y su acompañante.

- Pensar en los métodos de planificación familiar que puede usar después del parto.
- Promover el registro del recién nacido. (MINSA N- 105 ,2012).

Plan de Parto para la Maternidad Segura (PPMS):

Es una estrategia en la que la mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y el nacimiento. Disponer de esta información por escrito será de gran ayuda para el equipo profesional que atiende en el momento del parto, facilitará la comprensión del proceso y la participación activa tanto de la mujer como de su pareja o acompañante, y evitará tener que comunicar sus preferencias el día del parto, momento en que el estado emocional y físico es más vulnerable y la mujer se halla centrada en el proceso vivencial. (MINSA-Normativa-011,2015).

Esta estrategia está encaminada a orientar la organización, la atención precoz y el seguimiento de la misma, con la finalidad de mejorar el estado de salud de la embarazada al fin de disminuir la mortalidad materna domiciliar. (MINSAN-011 ,2015)

Consejería de cambios dentro de la normalidad del embarazo

- Sangrado
- Expulsión de líquido a través de la vagina
- Convulsiones
- Falta de movimientos fetales
- Fiebre
- Edema pies y manos
- Dolor de parto
- Cefalea
- Acufenos, fosfenos

- Vértigo
- Disuria

Nutrición de la embarazada

Durante el embarazo, se debe consumir, frutas verduras, carnes, hígado, lácteos y huevos. Comer de 4 a 5 veces al día y evitar tomar café, condimentos, gaseosas y alimentos muy salados.

Aporte del hombre y la familia en el cuidado de la mujer

- Acompaña a la mujer durante el embarazo y el parto en el hospital u otra unidad de salud
- Procura un ambiente seguro y de protección a la mujer
- Toma en cuenta la opinión de la mujer
- Escucha las necesidades y sentimientos de la mujer en todo momento
- Apoya con las tareas del hogar y colabora con la crianza de los hijos
- Ahorra para el parto y cualquier emergencia

Casas maternas

Si la embarazada no tiene un familiar en el pueblo, puede alojarse en la casa materna una o dos semanas antes de la fecha probable de parto.

Transporte

Se debe identificar la forma como se transportará a la embarazada a la unidad de salud para la atención del parto ante cualquier emergencia.

Fondos de ahorro

Estos ahorros pueden hacerse tanto a nivel familiar como comunitario. En el plan parto es necesario promover actividades para ambos ahorros

Los fondos de ahorro comunitario es dinero que recolecta la comunidad de diferentes formas y se usan para apoyar a la familia en los traslados en caso de emergencia.

Prevención de la violencia

- Cuidar la salud emocional relajarse, recrearse sanamente, estudiar, compartir los sentimientos.
- Vivir en armonía con respeto y colaboración en nuestra familia
- No consumir cigarrillos, drogas, exceso de alcohol.
- Recibir el apoyo de la familia y la comunidad en caso de violencia intra familiar.

26. Referencia a otro nivel de atención o casa materna, consejería en parto asistido o si presenta algún COE.

Es el mecanismo mediante el cual se traslada a un usuario de un nivel de atención otro nivel de resolución (mayor o menor) o de un servicio de atención a otro en el mismo establecimiento de salud; para dar respuesta o continuidad del proceso de atención en salud. (MINSa N-004,2013)

Se debe destacar que la muerte materna, a nivel mundial se relaciona con graves consecuencias para la familia y la comunidad. Se asocia con abandono infantil, desnutrición, mayor probabilidad de enfermar o morir de los/as recién nacidos/as que quedan en la orfandad, falta de acceso a la educación, violencia, falta de desarrollo social familiar y comunitario lo que conlleva a altos costos sanitarios y sociales, siendo una grave amenaza para el desarrollo de la comunidad y el país. (MINSa N- 109, 2013)

Por ello resulta de gran importancia reconocer en forma temprana y oportuna las complicaciones obstétricas que ponen en peligro la vida de la embarazada, y

realizar un abordaje inmediato y adecuado para evitar el agravamiento y la muerte de la mujer. El implementar acciones adecuadas, basadas en la evidencia, establecidas por protocolo de manejos y llevadas adelante por parte del personal de salud con competencias, puede reducir la razón de mortalidad materna. (MINSA- N 109,2013).

Acciones para referir a hospitalización a embarazadas

Plan de referencia:

Disponibilidad de transporte de la unidad de salud o solicitarlo a otra institución, personal de apoyo, medio de comunicación, equipo.

Coordinación previa:

Notificar a la unidad de salud donde se enviará, informar a familiar o acompañante sobre la condición de la embarazada, llenar adecuadamente la hoja de referencia.

Condiciones de traslado: Embarazada canalizada con gránula 16 o de mayor calibre, si se trata de hemorragia asegurar dos vías, oxígeno de 4 a 6 litros por minuto por catéter nasal, personal de salud con capacidad técnica resolutive que acompañe para monitoreo de signos vitales y evitando la pérdida de la vía permeable vascular. (MINSA-N 011,2015)

27. Confirmar o descartar alguna ITS y aplicar tratamiento según guía para la atención de ITS, manejo sindrómico, normativa 113 MINSA.

Es un conjunto de entidades de tipo clínico infecto contagiosas que se transmiten de persona a persona mediante el contacto íntimo ,casi con exclusividades por medio de relaciones sexuales en las que incluyen el sexo vaginal , el oral y el anal aunque otras maneras de contagios pueden ser : el uso compartido de jeringas infectadas `por el contacto directo de la sangre infectada o en el embarazo ,la madre se contagia al feto mientras transcurre la gestación ,si bien la mayoría de

este tipo de enfermedades por gérmenes como las bacterias y los virus también pueden ser el resultado de hongos o protozoos.

Las infecciones de transmisión sexual como problema de salud pública, deben ser enfrentadas con la aplicación de programas y acciones en los aspectos de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de la población dentro del modelo de salud familiar y comunitario (MOSAFC), con énfasis en la atención en poblaciones en más alto riesgo y vulnerabilidad; a través de intervenciones coordinadas y coherentes para disminuir la incidencia de las patologías. (MINSA N-113, 2013)

Las enfermedades de transmisión sexual se presentan en todas las mujeres con vida sexual activa, tomando en cuenta que la presencia de estas durante el embarazo, puede conllevar a situaciones mayores durante el embarazo, es de vital importancia identificarlas y tratarlas para mejorar la salud de la mujer y el feto.

Objetivo del manejo sintomático

Es identificar síndromes en ETS y manejarlo según corresponda. Para cada síndrome, existe un diagrama de flujo que guiará al proveedor de servicios de salud a través de pasos simples para realizar el diagnóstico y seleccionar el mejor tratamiento disponible. Como el diagnóstico no depende de exámenes internos o de la microscopía, todos los proveedores de salud pueden tratar a pacientes con ITS, no solamente aquellos especializados en ITS. (MINSA N -113,2013)

Manejo sintomático clasifica los principales agentes etiológicos, según los síntomas y signos clínicos que provocan. Para esto se utilizan flujogramas que ayudan a determinar el tratamiento y proporcionarlo de manera adecuada; además se promueve la búsqueda y atención a los contactos sexuales, incluyendo la educación para reducir comportamientos de riesgo. (MINSA N -113,2013)

28. En caso de amenaza de parto pre termino, aplicar Dexametazona (ampolla 4mg o 8mg, Nifedipina 1 tableta de 10mg).

Dexametazona (fosfato sódico) Glucocorticoide con actividad mineral o corticoide insignificante. Indicaciones: maduración pulmonar fetal en la situación donde hay evidencias de un trabajo de parto antes de la fecha probable del parto (útil solamente entre las 24 y 34 semanas de gestación. (USAID,2014)

La dexametazona se utiliza cuando hay un problema de base en la mujer durante el embarazo (amenaza de parto prematuro) y se administra un ciclo de cuatro dosis 6 mg cada 12 horas a partir de las 24 semanas de gestación hasta las 34.6 semanas, no se debe administrar en todas la embarazadas al menos que lo ameriten, porque los efectos adversos de este fármaco podrían afectar la salud de la madre y el feto.

29. Evaluar la disponibilidad de insumos básicos para el APN y COE básico

Es cualquier medicamento, vacuna, producto herbario o complementario suplemento alimenticio o dispositivo médico, reactivos de laboratorios, destinados a la prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de la salud de los usuarios.

El cuidado obstétrico esencial permite el manejo de algunas situaciones obstétricas no deseadas en las unidades de salud. Los servicios de cuidados obstétricos esenciales (COE) que se brindan en las instalaciones de salud se clasifican en: cuidados obstétricos esenciales básicos (COE BÁSICO) y cuidados obstétricos esenciales completos (COE COMPLETO) (MINSA N-011,2015)

Termo COE almacenamiento de los insumos dependerá del fabricantes.

La normativa 011, (2015), el almacenamiento de los insumos dependerá del fabricante y los requerimiento para su conservación. Estos termos son los mismos

termos que se manejan en las unidades de salud (Rango de temperatura) entre 2 a 8 C, proteger LA luz y no congelar). Oxitócica, Ergonovina, Ergometrina, Hidralazina (ampolla), cintas de uro análisis, se debe garantizar la existencia de otros insumos COE, Sulfato de magnesio de magnesio, Nifedipina, clotrimazol, Metronidazol y Labetalol.

Tabla N° 2 Conocimiento del personal de salud que atiende embarazadas.

Conocimiento del personal de salud sobre APN	Lic. en enfermería	% Obtenido	Auxiliar de enfermería	% Obtenido
Bueno	4	100	3	75
Regular	0			
Malo	0		1	
Total	0	100		75

Fuente: (Tabla #5; anexo# 3)

Al indagar el conocimiento fue, Bueno, Regular, Malo

El conocimiento enfatiza el contexto social haciendo necesario compartir experiencias y conocimientos con otros trabajadores.

Al interpretar las respuestas de las encuestas realizadas al personal de salud que atiende embarazadas de bajo riesgo, se valoró buenas, regular y malas respuestas que indican el conocimiento de cada una de ellas tomando como referencia la normativa 011 MINSA. Dando como resultado que la licenciada en enfermería tiene un 100% demostrando así que tiene buenos conocimientos acerca del control prenatal, a diferencia de la auxiliar de enfermería con un 75%, de conocimiento y maneja poco la normativa, dado que las normas o protocolos

son claras y guían el actuar de la enfermera en el momento de la atención, dan pautas para encontrar necesidades en las mujeres embarazadas de bajo riesgo.

En donde se encontró debilidades fue, en la clasificación del riesgo si es alto o bajo riesgo, este es un punto importante dado que se debe saber el riesgo para así brindar el manejo correcto a la gestante y evitar futuras complicaciones en la madre y el bebe. Sin embargo se debe de ir vigilando el transcurso del embarazo.

4.3 Actitud del personal de salud que atiende a las embarazadas:

4.3.1 Definición: De acuerdo a la real academia española, la actitud es el estado del ánimo que se expresa de una cierta manera.

Es el comportamiento que emplea el personal de salud al realizar las actividades en la atención prenatal. En este sentido se puede decir que su forma de ser o el comportamiento de actuar también pueden considerarse como cierta forma de motivación social de carácter. (Gardey J. P., 1991)

4.3.2 Definición de empatía: La empatía es la intención de comprender los sentimientos y emociones, intentando experimentar de forma objetiva y racional lo que siente otro individuo. La palabra empatía es de origen griego “empátheia” que significa “emocionado”.

La capacidad de ponerse en el lugar del otro, que se desarrolla a través de la empatía, ayuda a comprender mejor el comportamiento en determinadas circunstancias y la forma como el otra toma las decisiones. La persona empática se caracteriza por tener afinidades e identificarse con otra persona. Es saber escuchar a los demás, entender sus problemas y emociones. (Iarouse, 2013)

4.3.3 Definición de comunicación: El término comunicación procede del latín *comunicare* que significa “hacer a otro partícipe de lo que uno tiene”. La comunicación es la acción de comunicar o comunicarse, se entiende como

el proceso por el que se trasmite y recibe una información. Todo ser humano y animal tiene la capacidad de comunicarse con los demás. (Gardey J. P,2008)

4.3.4 Tipos de actitud según. Gardey J. P.(1991)

Actitud positiva:

Permite afrontar de manera posible los diversos obstáculos que se nos puede presentar día a día. Tener una actitud positiva nos permite encontrar la lección o el aprendizaje de todo lo que nos sucede, elegir, pensar de manera constructiva, practica objetiva y sana, nos permite esperar siempre lo bueno de todo lo que sucede, tratar de tener siempre pensamientos agradables y todo ello influye en que transmitamos esa forma de ser a los demás.

Actitud neutral o cambiante: una de las cosas que el ser humano debería aprender es ser cambiante, no se puede tratar a todas las personas igual ¿Por qué? tenemos que tener en cuenta que no todos somos iguales y por ende cada persona merece un trato distinto.

Actitud negativa: el lamentarse o quejarse de las situaciones laborales es una actitud negativa, ya que siempre encontraran contra tiempo en el trabajo y el quejarse de ello únicamente distrae y evite que el trabajo sea realizado eficientemente.

El mal humor es otra actitud negativa que afecta tanto a la persona que lo tiene como aquella que está a su alrededor.

4.3.5 Características de las actitudes

- Son aprendidas ya que se forman a través de la experiencia y representan cambios potenciales en nuestro comportamiento, por lo tanto, no son innatas.

- son dinámicas porque cumplen un papel importante motivacional vinculado al sujeto con los objetos de la realidad.
- Son susceptibles de modificación o sustitución, sin extensión variable, es decir pueden abarcar o comprender múltiples objetos.
- Se interrelacionan debido a que las actitudes presentan una vinculación entre sí, constituyendo conjuntos consistentes o sin contradicción.
- Tienen una dirección u orientación frente a los objetos, este puede ser favorable (aceptación), desfavorable (rechazo), o neutral (indiferente)

4.3.6 Protocolo acogida a usuario

Definición: el conjunto de acciones realizadas por las distintas personas de una institución de salud, cuyo fin es lograr la satisfacción de las expectativas del usuario. (Minsa, 2000)

El proceso de acogida del usuario es una actividad que requiere de la contribución de todo el personal de una institución y comprende desde la recepción del usuario en la portería hasta su egreso de las instituciones prestadoras de servicio.

Al ingresar el usuario a la institución prestadora de servicio de salud recibirá orientación e información necesaria desde la portería hasta su ingreso.

Será clasificada su atención para evitar demoras haciendo de su conocimiento. La cordial bienvenida que estará en cada una de la emergencia y consulta externa.

Quien podrá clasificar:

- Puede ser enfermera general
- O bien, u médico orientado y capacitado sobre técnicas en el manejo de la calidad y buen trato.
- El personal de admisión en la misma sintonía saludará, se identificará y recepcionará información acerca de usuario para que pueda ser atendido.

Cabe señalar que esta persona debe poseer habilidades y destrezas en el manejo de la comunicación efectiva que permita una percepción proactiva acerca de las diferentes formas para que el usuario pueda acceder a una consulta general o especializada.

- El personal de enfermería establecerá contacto directo en la atención identificándose, procediendo a los cuidados según patología aplicando a lo inmediato: valoración, planificación, ejecución y evaluación para su debido manejo haciendo uso correcto de los registros de enfermería.
- El personal de enfermería y el medico desde este momento orienta acerca de los derechos y deberes según ley general de salud.
- El personal de enfermería en coordinación con el médico tiene responsabilidad para apoyar y explicar tratamiento, exámenes especiales etc. y lo refiere para su manejo clínico.
- Todo procedimiento especial lo acompañará el personal de enfermería (previo diálogo terapéutico que permita reducir temores).
- Una vez que ingrese el paciente al servicio referido: el personal de enfermería continuará la misma secuencia del trato: comunicación fluida identificación se entregará un díptico según la condición y el estado de ánimo sino se puede entregar al familiar, en caso que no pudiese leer, estamos en la obligación de dar a conocer su contenido.
- Se dará a conocer reglamentos internos de hospitalización con el propósito de despejar dudas e incertidumbres en el usuario.
- El médico recepciones, saluda y se identifica con el usuario, ofreciéndole su apoyo.
- Realiza historia clínica y examen físico y hace hincapié en aquellos aspectos considerados de relevancia y que pueden contribuir al diagnóstico.
- Analiza aspectos subjetivos y objetivos y establece un diagnostico presuntivo.

- Ordena pruebas de apoyo diagnóstico presuntivo.
- Ordena pruebas de apoyo diagnóstico explicando detalladamente cada uno de ellos.
- Brinda educación al usuario orientado a la disminución de los factores de riesgo y la prevención de las complicaciones.
- Respeto los derechos del usuario en todo momento, procurando establecer una efectiva relación médico usuario.
- Deriva al usuario a otra especialidad si el caso así lo requiere o lo transfiere a otro nivel de atención para la resolución de su cargo previa lectura y entrega del consentimiento informado.
- Cuando el usuario se le ha indicado alto, se le informará oportunamente.
- Se entregará epicrisis y se orientará sobre su tratamiento, indicaciones médicas, dieta, cita para su control, esta información será dada por el médico y enfermera.
- Se elaborará un plan educativo acerca de sus necesidades.
- Se aplicará una encuesta de opinión.

Se evaluará todo el proceso, dando a conocer los resultados mensualmente

Tabla N° 3 Actitud que tiene el personal de salud que atiende embarazadas.

Actitud del personal que atiende embarazadas de bajo riesgo	Positiva	% obtenido	Negativo	% obtenido	Neutral	% obtenido
Lic. en enfermería	9	100	0	0		
Auxiliar en enfermería			0	0	5	55
Total		100	0	0		55

Fuente: (Tabla #6; anexo# 3)

Al identificar la actitud del personal fue de actitud negativa de 1-3, Neutral, 4-6, Positiva de 7-9

En la presente tabla se muestra la actitud que los recursos humanos en salud poseen durante la APN, en la cual se puede calificar que la licenciada en enfermería tiene una actitud positiva con un 100 %, en donde aplico al protocolo de acogida del usuario identificando a la paciente saluda y se presenta por su nombre, ayudando esto a la paciente a sentirse más cómoda a la hora de la atención que se le brindo, teniendo una buena comunicación y empatía pudiendo a si resolver los problemas de salud que reflejó la gestante siendo esta una persona responsable en su trabajo.

La auxiliar de enfermería mostró una actitud neutral con un 55%, al atender a las pacientes, teniendo las principales dificultades con la empatía y no tiene comunicación fluida con las usuarias. En la auxiliar de enfermería si hubiese tenido empatía con las usuarias, estas tendrían la confianza para decir lo que les afecta y así poder detectar a tiempo factores de riesgo que puedan afectar a la madre y al bebe.

4.4 Práctica que realiza el personal de salud en APN, según N- 011, MINSA (2015).

4.4.1 Concepto de práctica

Ejercicio que, bajo la dirección de una persona, se realiza aplicando los conocimientos teóricos para adquirir destreza o habilidad en un trabajo o profesión; generalmente, es indispensable para poder ejercer públicamente. (Oxford ,2017)

A través de la práctica, no solamente se refuerza lo aprendido, sino que se descubren nuevos conceptos, algunos de los cuales pueden resultar reveladores, imposibles de hallar a través del estudio de la teoría. (Perez ,2010)

4.4.2 Practicas del personal de Salud

Según Lázaro (2008)

En el marco de la ciencia aplicada, el proceso del saber consiste en aplicar los conocimientos prácticos mediante investigaciones científicas basadas en postulados teóricos y en el análisis de los conocimientos técnicos existentes perfeccionados con la experiencia clínica en el ejercicio o aplicación activa de la ciencia aplicada.

- ✓ Practica completa: realización y ejecución de todas las actividades en la atención prenatal a mujeres embarazadas realizadas con calidad de forma precoz y continua en todo el periodo gestacional.
- ✓ Practica incompleta: es la realización y ejecución de algunas o todas las actividades que se le realizan a toda mujer embarazada ya sean de calidad o no, en algún trimestre del embarazo o en todo el embarazo.

4.5.1 Actividades que se deben de realizar en cada atención prenatal según. (MINSA N-011 ,2015)

Actividades de la Primera Atención Prenatal.

Conocimiento del personal de Salud en la primera atención prenatal.

La primera atención debe ser siempre brindada por el recurso más calificado disponible que exista en la Unidad de Salud, se espera que dure entre 30 a 40 minutos.

El recurso debe entregar a la mujer embarazada su carne perinatal y explicar la utilidad e importancia del mismo; así como su obligatoriedad de portación para toda consulta.

Debe realizarse durante el primer trimestre o preferentemente antes de la semana 12 de embarazo, sin embargo, se puede efectuar según la edad gestacional que se identifique en la embarazada en el momento de la primera atención.

Se debe mencionar el PAE en este ítem, este es el trabajo que realiza en las áreas de atención.

Interrogatorio

Es importante preguntar a la embarazada sobre ciertos factores de Riesgo: tener empleo o no, el tipo de trabajo o la exposición a agentes teratogénicos (metales pesados, químico tóxicos, radiación ionizante), vivienda (tipo- tamaño – número de ocupantes), condiciones sanitarias, disponibilidad de servicios básicos (agua potable, luz eléctrica, letrina-inodoro). Investigar sobre malaria o hepatitis en áreas endémicas, además averiguar sobre alergia, uso actual de medicamentos, trombosis o embolia, desprendimiento o placenta previa en embarazos anteriores, partos distócicos anteriores, retardo del crecimiento uterino, y también sobre si es portadora del VIH y Sida, ya que éstos pueden significar un riesgo para desarrollar

complicaciones durante el embarazo, por lo que deberá ser referida al especialista para que sea atendida según normativa.

La detección o sospecha de Abuso Sexual en las adolescentes embarazadas menores de 14 años, debe ser notificado Obligatoriamente a la Comisarías de la Mujer, Niñez y Adolescencia de su localidad. Brindar acompañamiento e informar al Ministerio de la Familia, Niñez y Adolescencia, para su seguimiento conjunto, abordaje integral y protección especial.

Tabla N° 4 Practicas del personal de salud que atiende embarazadas en la primera atención prenatal

Personal de salud que atiende embarazadas de bajo riesgo	N° de actividades realizadas	% obtenido	N° de actividades no realizadas	% Obtenido	% Total
Lic. en enfermería	15	71.4	6	28.5	99.9
Auxiliar de enfermería	14	66.6	7	33.3	99.9

Fuente: (tabla#7; anexo# 3)

Al describir las prácticas, fue de completa mayor al 85 % y menor al 85 %

En la presente tabla se obtuvo un 71.4% actividades realizadas y un 28.5% de acciones que no realizó la licenciada en enfermería a diferencia de la auxiliar en enfermería, la cual realizó un 66.6% de las actividades y un 33.3% que no realizó siendo esta atención prenatal incompleta, según la normativa 011 2015 la cual dice que una atención completa es arriba de un 85 %.

Se encontraron las principales deficiencias en ambos recursos de enfermería, los cuales fueron en los factores sociales, examen odontológico y de mamas, aplicación de antitetánica, realización de cintas reactivas de uro análisis, y clasificación de ARO.

Al no realizar todas estas actividades como lo establece la normativa, no se lograra identificar si hay violencia intrafamiliar, he igual forma al no realizar el odontológico podría a ver complicaciones infecciosas que pueden ocasionar, amenaza de parto pre termino y él bebe puede nacer con un peso inadecuado para su edad, y cambios en el organismo de la embarazada. Otra de las acciones importantes es el examen de mamas para examinar si la gestante tiene pezones invertidos o planos y actos para amamantar sin embargo este no se realizó.

Estos recursos no tuvieron una buena comunicación con las gestantes por lo que no se indago correctamente con lo que fue la aplicación de la antitetánica solicitándole su tarjeta de vacuna y confirmando el esquema vigente. Y no realizo lo que es las cintas reactivas de uro análisis, que es de mucha importancia para detectar infecciones urinarias, de igual forma se debe de realizar lo que es la clasificación de alto riesgo obstétrico para poder brindar un mejor manejo a la embarazada, si estas actividades no se realizan no se puede identificar factores de riesgo en la gestante ya que son de vital importancia.

Actividades de la segunda Atención Prenatal.

- **Conocimiento del personal de Salud en la Segunda atención prenatal**

La segunda visita debe programarse cerca de la semana 26 de embarazo. Se estima una duración aproximada de 20 minutos como mínimo.

Se debe actualizar el Formulario de Clasificación del Riesgo.

Interrogatorio: Preguntar sobre signos, síntomas o situaciones particulares que se han presentado desde la primera atención prenatal relacionados o no con la

Historia Clínica Perinatal (HCP). Preguntar acerca de la fecha en que la madre tuvo el primer reconocimiento de los movimientos fetales.

Tabla N° 4 Practicas del personal de salud que atiende embarazadas en la segunda atención prenatal

Personal de salud que atiende embarazadas de bajo riesgo	N° de actividades realizadas	% obtenido	N° de actividades no realizadas	% Obtenido	% Total
Lic. en enfermería	20	86.9	3	13.0	99.9
Auxiliar de enfermería	19	82.6	4	17.3	99.9

Fuente: (tabla#9; anexo# 3)

Al describir las prácticas, fue de completa mayor al 85 % y menor al 85 %

En los resultados encontrado en el II control prenatal realizando la tabulación se considera que es un APN completo con un 86.9% correspondiente a 20 actividades realizadas y un 13 % no realizadas por la licenciada en enfermería ,y la auxiliar en enfermería obtuvo un 82.6% y un 17.3% de las acciones no realizadas las cuales se ejecutaron satisfactoriamente, cabe señalar que el personal presenta debilidades las cuales fueron en realizar actividades básicas de mucha importancia estas son evaluar el estado nutricional de la gestante, prescripción del albendazol y actualización del censo gerencial, esto es muy importante para llevar control de cada una de las embarazadas en donde la normativa dice que, el censo gerencial permite identificar el universo de mujeres embarazadas, puérperas y postnatales, para realizar el seguimiento y reconociendo a las que tienen factores de riesgo obstétrico y reproductivo, y en esta unidad el censo se actualiza los fines de semana pero debería ser después

de la atención prenatal, en lo que respecta a la evaluación del incremento de peso materno se debe evaluar según los percentiles correspondiente y orientar a la gestante sobre alimentación de acorde a sus necesidades esto evitara desnutrición y posibles complicaciones en el futuro.

Actividades de la tercera Atención Prenatal.

- **Conocimiento del personal de Salud en la Tercera atención prenatal**

La tercera atención debe realizarse a las 32 semanas de embarazo o alrededor de esa fecha y su duración es de 20 minutos como mínimo. Si no asistió a la segunda atención, esta atención debe incluir todas las actividades de la segunda visita y la duración debería extenderse el tiempo que sea necesario. (MINSA-011, 2015)

Algunas embarazadas tendrán su parto antes de la siguiente atención programada. Se debe aconsejar a la embarazada sobre los síntomas y signos de los pródromos del trabajo de parto normal o de un parto pre término, y la asociación de éste último con alta mortalidad perinatal, que hacer en caso de pérdida de líquido amniótico, dolor abdominal, sangrado vaginal.

Interrogatorio: Preguntar sobre signos, síntomas o situaciones particulares que se han presentado desde la segunda atención prenatal hasta la actual estén o no relacionados con la Historia Clínica Perinatal (HCP).

Indagar acerca del cumplimiento de todas las indicaciones de la segunda atención, la ingesta de otros medicamentos, diferentes al hierro y ácido fólico.

Identifique factores de riesgo del embarazo actual Revisar los factores relacionados con: dolor abdominal o lumbar (trabajo de parto prematuro), sangrado o flujo vaginal (líquido amniótico, sangre), movimientos fetales aumentados o disminuidos, sospecha de parto gemelar.

Tabla N° 5 Practicas del personal de salud que atiende embarazadas en la tercera atención prenatal.

Personal de salud que atiende embarazadas de bajo riesgo	N° de actividades realizadas	% obtenido	N° de actividades no realizadas	% Obtenido	% Total
Lic. en enfermería	17	72.2	5	22.7	99.9
Auxiliar de enfermería	16	72.7	6	27.2	99.9

Fuente: (tabla#11; anexo# 3)

Al describir las prácticas, fue de completa mayor al 85 % y menor al 85 %

Según los datos muestran un 72.2% de actividades realizadas por la licenciada en enfermería, y un 27.7 % que no se cumplieron, a diferencia de la auxiliar en enfermería la cual obtuvo un 72.7% y un 27.2% de las acciones no cumplidas siendo estos controles incompletos, en donde la normativa Minsa indica que una atención prenatal completa es con un 85%.

Según Minsa 2015 nos dice el propósito de poner en práctica una serie de acciones permite mejorar la calidad de atención y garantizar la seguridad de las usuarias.

Las acciones que no se cumplieron por ambos recursos son: toma incompleta de signos vitales, prescripción de albendazol, consejería de signos y síntomas de peligro de preclampsia y eclampsia, negociar plan parto e ingreso y seguimiento al censo gerencial.

Al no cumplir la prescripción de este antiparasitario se tiene el riesgo de que él bebe presente bajo peso al nacer o anemia en la madre en donde esto puede llevar a una muerte infantil. Y no brindarle consejería sobre signos y síntomas de

peligro a la gestante y familiar ellos no podrán identificarlos cuando se presenten estos signos y puede haber complicaciones como preclampsia y eclampsia.

En cada control se debe de negociar el plan parto con la embarazada, en donde los recursos no lo realizaron porque lo cumplieron en el primer control y se debe de realizar esta actividad en los cuatro controles por lo que orienta a la organización y preparación para el parto con la finalidad de disminuir la mortalidad materna domiciliar.

Actividades de la cuarta Atención Prenatal.

La cuarta atención puede ser la última tiene lugar entre las 36 y 38 semanas de gestación. En esta atención es extremadamente importante detectar aquellas embarazadas con fetos en presentaciones anómalas para su referencia a un nivel de atención superior a fin de realizarles evaluación obstétrica.

Durante esta atención se debe informar nuevamente a la embarazada sobre los beneficios del parto institucional, de la lactancia materna exclusiva y la anticoncepción, así como, la disponibilidad de métodos anticonceptivos en el consultorio para las puérperas.

Interrogatorio

- Preguntar sobre signos, síntomas o situaciones particulares que se han presentado desde la última atención prenatal hasta la actual estén o no relacionados con la Historia Clínica Perinatal (HCP), por ejemplo: salida de líquido amniótico, dolor abdominal o lumbar, contracciones uterinas, sangrado, movimientos fetales.
- Indagar acerca del cumplimiento de todas las indicaciones realizadas en su atención prenatal anterior la ingesta de otros medicamentos diferentes al hierro, ácido fólico, calcio y aspirina.

Tabla N° 6 Practicas del personal de salud que atiende embarazadas en el cuarto control prenatal

Personal de salud que atiende embarazadas de bajo riesgo	N° de actividades realizadas	% obtenido	N° de actividades no realizadas	% Obtenido	% Total
Lic. en enfermería	20	90.9	2	9	99.9
Auxiliar de enfermería	19	86.3	3	13.6	99.9

Fuente: (tabla#13; anexo# 3)

Al describir las prácticas, fue de completa mayor al 85 % y menor al 85 %

En esta atención la licenciada en enfermería obtuvo un 90.9 % de actividades realizadas y un 9 % de actividades que no realizo, en cambio la auxiliar en enfermería logro un 86.3% de actividades cumplidas y un 13.6 % de acciones no cumplidas. Se puede decir que las prácticas al momento de realizar estas atenciones fueron completas.

Se concretó que las acciones que no realizó la licenciada en enfermería son dos lo que es ingreso y seguimiento al censo gerencial ya que esto lo hacen los fines de semana y la normativa dice que el censo se debe actualizar al momento de culminar la atención, hubo debilidad en lo que es la clasificación de ARO esta actividad es importante porque una embarazada puede ser de bajo riesgo pero puede llegar a complicarse.

La auxiliar en enfermería que atiende embarazadas en el puesto de salud obtuvo debilidades en tres actividades que no cumplió esta son: ingreso y seguimiento al censo gerencial, signos vitales incompletos, no se realizó examen en cintas de uro análisis. Según la normativa 011 2015 “el censo gerencial permite identificar el universo de mujeres embarazadas” este ha sido uno de los hallazgos encontrados

en donde el recurso no cumple con las actualización del censo. Se vigiló que no tomo los signos vitales completos en donde estos reflejan funciones esenciales del cuerpo y al no hacerlo puede llegar a tener complicaciones, de igual manera no les realizo cinta de uro análisis y no se descartó si hay proteinuria o infección urinaria en donde puede ocasionar graves complicaciones.

IV. Conclusiones

Al caracterizar socio laboralmente al personal de salud se encontró que la edad no influye en adquirir experiencia laboral, cabe señalar que el recurso con mas años laborados es la Lic. en enfermería.

Al indagar el conocimiento de la Lic. En enfermería es bueno y el de la auxiliar en enfermería es regular comprobando a si los conocimientos que poseen cada uno de los recursos.

Se comprobó que el personal que atiende embarazadas, tiene una actitud positiva para la licenciada en enfermería y una actitud neutral en la auxiliar de enfermería.

Se encontró que el personal de salud realizo prácticas completas e incompletas, habiendo deficiencias principalmente en: la consejería a las pacientes, ingreso al censo gerencial, realización de cintas reactivas de uro análisis y examen odontológico y de mamas.

V. Bibliografía

Armando. (10 de mayo de 2000). *Google*. Recuperado el 14 de Mayo de 2017, de http://www.ejemplode.com/51-curriculum_vitae/2926

Arnaz. (20 de Abril de 1981). *Google*. Recuperado el 14 de Mayo de 2017, de http://www.quadernsdigitals.net/datos/hemeroteca/r_1/nr_802/a_10801/10801.html

Bello, N. (2006). *Fundamentos de Enfermería*. Habana Cuba: Ecméd.

Bembibre, Cecilia. (10 de Julio de 2009). *Google*. Obtenido de <Http://www.definicionabc.com/salud/enfermería.phpsisistema>

Canales, f. H. (2008). *Metodología de la investigación* . Mexico: LIMUSA.

Cheesman, S. (4 de abril de 2011). *Conceptos.pdf*. Obtenido de <https://www.itescam.edu.mx/principal/sylabus/fpdb/recursos/r62756.PDF>

Diaz-Barriga. (20 de enero de 1993). *Google*. Recuperado el 14 de mayo de 2017, de http://www.quadernsdigitals.net/datos/hemeroteca/r_1/nr_802/a_10801/10801.html

Fernandez, S. (2010). *metodología de la investigacio 5ta edicion*. Mexico: Sponsor.

Fuentes, E. (30 de Mayo de 2010). *Google*. Obtenido de <http://definicion.de/experiencia/>

Gardey, J. P. (15 de Febrero de 1991). *Google*.

Gardey, J. P. (30 de Enero de 2010). *Google*. Recuperado el 14 de Mayo de 2017, de (<http://definicion.de/practica/>)

Gardey, Julian Pèrez Porta y Ana. (20 de Febrero de 2009). Recuperado el 23 de Mayo de 2017, de <http://definicion.de/edad//>

Gómez, R. (20 de Junio de 2000). *Google*. Obtenido de <https://books.google.es>

Hernandez, Mercy. (14 de abril de 2016). *Google*. Recuperado el 23 de Mayo de 2017, de http://prezi.com_perfil-de-la-enfermera

Mercado, M. y. (15 de enero de 1981). *Google*. Recuperado el 14 de mayo de 2017, de http://www.quadernsdigitals.net/datos/hemeroteca/r_1/nr_802/a_10801/10801.html

Mercado, M. y. (15 de enero de 1981). *Google*. Recuperado el 14 de mayo de 2017, de http://www.quadernsdigitals.net/datos/hemeroteca/r_1/nr_802/a_10801/10801.html

Merino, Julian Pérez Porto y María. (20 de Abril de 2011). *Google*. Obtenido de <http://definicion.de/auxiliar-de-enfermeria/>

MINSA. (2007). *marco conceptual modelo de salud familiar y comunitario MOSAFC* (segunda ed.). Managua.

MINSA. (2008). *normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido y puerperio de bajo riesgo*. Managua.

OMS. (2015). *mortalidad materna-world healorganization*. Recuperado el 2 de 04 de 2017, de www.who.int/mediacentre/factsheets/ES348/es/.

OMS. (2017). *atención prenatal*. Recuperado el 10 de 04 de 2017, de www.who.int/=ANC_infographies/es/.

Piural, L. (2008). *metodología de la investigación científica* . Managua : Managua Xerox.

Rivera, F. (15 de enero de 2016). *Google*. Recuperado el 14 de Mayo de 2017, de www.tiposde.org/ser-humano/790_tipo_de_actitudes

Rojas, R. C. (4 de septiembre de 2015). *Google*. Recuperado el 14 de Mayo de 2017, de <http://www.gestiopolis.com/conocimientos-intuitivo->

Rojas, Roberto Carlos Zepeda. (4 de Septiembre de 2015). *Google*. Recuperado el 23 de Mayo de 2017, de <http://www.gestiopolis.com/conocimiento-intuitivo->

Sartorio, L. (2012). *Licenciatura en enfermería*. Argentina. Obtenido de www.fcs.UNER.edu.ar

Ubillos, S., & Mayordomo, S. (2009). *Actitud, Cognición y Conducta*. Obtenido de <http://www.ehu.eus/documents/1463215/1504276/Capítulo+X.pdf>

VI.

ANEXOS

Anexo # 1 Operacionalización de variables

Variable Independiente	Variabes Dependientes	Definición operacional	Indicador	Valor	Escala
1. Caracterización del personal de salud que atiende embarazadas.	1. Edad	Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento de la persona.	% de personal de salud según edad.	20-35 años 36-45 años 46-60 años	Ordinal
	2. Perfil Profesional	Descripción clara del conjunto de capacidades y competencias que identifican la formación de la persona.	% de personal de salud según perfil profesional.	-Enf. Auxiliar -Enf. Profesional -Lic. Enfermería -Médico General -Médico Especialista -Otro.	Nominal
	3. Experiencia Laboral	Cantidad de años laborando.	% de personal de salud según Experiencia Laboral.	-1-5 años -6-10 años -11-20 años	Ordinal
2. Conocimientos sobre APN en el personal de salud que atiende embarazadas.	1. Concepto de APN	Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, Dx y Tx de los factores que pueden condicionar morbi-mortalidad materna y perinatal.	% de personal de salud con conocimiento sobre el concepto de APN.	Incisos: a) b) c)	Nominal

	2. Requisitos básicos de APN	Componentes o características fundamentales para una APN de calidad.	% de P/S con conocimiento sobre los requisitos básicos de APN.	Incisos: a) Precoz, periódica, continúa y completa. b) semanal, quincenal y mensual. c) Primero, segundo, tercero y cuarto APN.	Nominal
	3. Clasificación de riesgo en APN	El modelo de APN divide a las mujeres embarazadas en 2 grupos.	% de personal de salud con conocimiento sobre la clasificación de riesgo en APN.	Incisos: a) Bajo riesgo, Alto riesgo. b) Bajo riesgo, Riesgo intermedio y Alto riesgo. c)...	Nominal
	4. Número de actividades en APN de Bajo Riesgo	Cantidad de actividades que se realizan con embarazadas que tienen menor probabilidad de morbilidad materno- fetal.	% de personal de salud con conocimiento sobre el No de actividades en APN de bajo riesgo.	Incisos: a) 6 APN, 13 actividades básicas. b) 7 APN, 29 actividades básicas. c) 4 APN, 29 actividades básicas.	Nominal

3. Actitud del personal de salud que atiende embarazadas	1. Tipo de Actitud	El tipo de actitud es variable dependiendo el tipo de conducta o comportamiento que muestra la persona.	% de personal de salud según tipo de actitud.	-Actitud Negativa (1pt) -Actitud Neutral (2-3 pts) -Actitud Positiva (4-5 pts)	Ordinal
---	--------------------	---	---	--	---------

4. Práctica en APN del personal de salud que atiende embarazadas.	1. 1er APN	La primera atención prenatal debe ser siempre brindada por el recurso más calificado disponible que exista en la unidad de salud, se espera que dure entre 30 a 40 minutos. Debe ser realizada en el primer trimestre o preferentemente antes de las 12SG.	% de personal de salud que realiza 1er APN.	-Completo -Incompleto	Nominal
	2. 2do APN	La segunda visita debe programarse cerca de la semana 26 de embarazo. Se estima una duración de 20 minutos como mínimo.	% de personal de salud que realiza 2do APN.	-Completo -Incompleto	Nominal
	3. 3er APN	Debe realizarse a las 32 SG o alrededor de esa fecha y su duración es de 20 minutos.	% de personal de salud que realiza 3er APN.	-Completo -Incompleto	Nominal
	4. 4to APN	La cuarta visita puede ser la última, tiene lugar entre las 36 y 38 SG.	% de personal de salud que realiza 4to APN	-Completo -Incompleto	Nominal

Anexo # 2 Instrumentos



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

ENCUESTA REALIZADA AL PERSONAL DE SALUD

I- Conocimientos del personal de salud sobre el APN.

1. EDAD:

- 15- 19 años
- 20 – 34 años
- 35– 49 años
- 50- más años

2. Perfil profesional.

- Enfermería Auxiliar
- Enfermería profesional
- Licenciada en enfermería
- Médico General
- Médico Especialista
- Otros

3. Experiencia Laboral

- 0 – 5 años
- 6 – 10 años
- 11 – 20 años
- 20 – más

4. Concepto de APN

A) Conjunto de actividades que se realizan en embarazadas con emergencias obstétricas.

B) Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados al manejo del tercer periodo del parto.

C) Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la prevención DX y TTO de los factores que pueden ocasionar morbimortalidad materna y perinatal.

5. Requisitos básicos de APN

A) A y B son correctas.

B) Precoz, periódico, continuo y completo.

C) Semanal, quincenal y mensual.

6. Clasificación de riesgos en APN.

A) Bajo riesgo, Alto riesgo.

B) Bajo riesgo, riesgo intermedio y alto riesgo.

C) Bajo riesgo, riesgo inmediato.

7. Número de actividades de APN de bajo riesgo:

A) Requiere 6 APN y enumera 13 actividades básicas.

B) Requiere 7 APN y 29 actividades básicas + cuidados esenciales por patologías.

C) Requiere 4 APN y enumera 29 actividades básicas.

BUENO	6-7
REGULAR	4-5
MALO	0-3

GUIA DE OBSERVACION DIRIGIDA AL PERSONAL DE SALUD

N°	Conducta	Positiva	Neutral	Negativa
1	Saluda y se presenta al paciente por su nombre			
2	Comprueba la identidad del paciente manteniendo una comunicación efectiva.			
3	Explica al paciente sobre su condición, procedimiento a realizar y tratamiento.			
4	Empatía con la usuaria.			
5	Comunicativa con la usuaria			
6	Muestra interés por la situación de salud de la usuaria.			
7	Responde a las inquietudes y necesidades de la usuaria.			
8	Realiza las actividades correspondientes según normativas y clasificación de la usuaria.			
9	Se despide de la usuaria citando las recomendaciones según normas			

EVALUACION

Actitud negativa 1 – 3 puntos.

Actitud Neutral 4 - 6 puntos.

Actitud Positiva 7 - 9 puntos.

GUIA DE OBSERVACION DIRIGIDA AL PERSONAL DE SALUD

Primer APN: **EVALUACION:** Completa

Incompleta

N°	Actividades Básicas	SI	NO
1	Llenado de formulario de clasificación y HCPB, carnet perinatal y expediente completo.		
2	Indagar sobre factores sociales (violencia, pobreza, falta de apoyo de su familia o pareja) violencia de cualquier tipo.		
3	Ingreso y seguimiento al censo gerencial.		
4	Antecedentes familiares personales y obstétricos.		
5	Medición de peso y talla.		
7	Examen odontológico y de mamas.		
8	Edad gestacional.		
9	Evaluación del estado nutricional en base a IMC.		
10	Determinar esquema vigente de DT.		
11	Tomar y registrar signos vitales (P/A, FC, FR y T).		
12	Examen de laboratorio grupo RH, PAP, VDRL, BHC, Glicemia, EGO, Cintas reactivas de uro análisis, VIH/SIDA.		
13	Clasificar riesgo obstétrico.		
14	Consejería S/S de preclamsia y Eclampsia.		
15	Instrucciones plan parto.		
16	Prevención de preclamsia según riesgo.		
17	Consejería en LM, T/F, APO cuidados del recién nacido.		
18	Suplemento de SF + AF.		
19	Referencia a otro nivel de atención o casa materna si presenta algún COE.		
20	Confirmar o descartar algún ITS y aplicar TX según normas 113 MINSA.		
21	Evaluar la disposición de insumos básicos para APN.		

completa	Mayor al	85%
incompleta	Menor al	85%

Segunda atención prenatal.

Segundo APN **EVALUACION:** Completa

Incompleta

N°	Actividades Básicas	SI	NO
1	Llenar expediente clínico HCPB y resto de formulario.		
2	Indagar sobre factores sociales.		
3	Ingreso y seguimiento al censo gerencial de embarazadas.		
4	Medición de pesos.		
5	Edad gestacional.		
6	Evaluación del estado nutricional en base IMC.		
7	Determinar esquema vigente DT.		
8	Determinar y registrar S/V, P/A, FC, FR y T.		
10	Medición de AU.		
11	Auscultación de FCF a partir de las 20 semanas SG.		
12	Movimientos fetales después de 18 SG.		
13	Clasificación de riesgo obstétrico.		
14	Consejería en LM, P/F, Cuidados al recién nacido.		
15	Suplemento con SF + AF.		
16	Prevención de preclamsia y eclampsia TX según riesgo.		
17	Recibir albendazol.		
18	Consejería en S/S de peligro de la preclamsia y eclampsia.		
19	Negociar plan parto.		
20	Referir a otro nivel de atención o clínica materna si presenta COE		
21	Confirmar o descartar algún ITS y aplicar Tx según normativa MINSA		
22	Atención en caso de amenaza de parto pre término.		
23	Evaluar la disponibilidad de insumos básicos.		
24	Actualización de censo gerencial		

completa	Mayor al	85%
incompleta	Menor al	85%

Tercera atención prenatal

Tercer APN EVALUACION:

N°	Actividades Básicas	SI	NO
1	Llenar expediente clínico HCPB y resto de formulario historia integral de la y el adolescente.		
2	Indagar sobre factores sociales.		
3	Ingreso y seguimiento al censo gerencial de embarazadas.		
4	Medición del peso.		
5	Edad gestacional.		
6	Evaluar estado nutricional en base a IMC.		
7	Determinar esquema vigente de DT.		
8	Determinar y registrar S/V(P/A,FC,FR Y T)		
9	Examen de laboratorio.		
10	Medición AU y auscultación de FCF.		
11	Presentación, situación fetal y Movimientos fetales.		
12	Clasificación de riesgo obstétrico.		
13	Suplemento de SF Y AS.		
14	Prevención de pre eclampsia y eclampsia según riesgo.		
15	Negociar plan parto.		
16	Referir a otro nivel de atención o casa materna si presenta COE.		
17	Confirmar o descartar ITS aplicar TX según normativa Minsa 113.		
18	Atención en casos de amenaza de parto prematuro.		
19	Consejería sobre P/F, LM (APEGO, ECMAC) cuidados al recién nacido.		
20	Evaluar la disponibilidad de insumos básicos APN ,COE básico		

completa	Mayor al	85%
incompleta	Menor al	85%

Cuarta atención prenatal

Cuarto APN **EVALUACION:** Completa Incompleta

N°	Actividades Básicas	SI	NO
1	Llenar expediente clínico HCPB y resto del formulario.		
2	Indagar sobre factores sociales.		
3	Ingreso y seguimiento al censo gerencial de embarazadas		
4	Medición de peso.		
5	Edad gestacional.		
6	Evaluación del estado nutricional en base IMC.		
7	Examen de laboratorio.		
8	Medición AU.		
9	Auscultación FCF y movimientos fetales.		
10	Presentación / situación fetal.		
11	Clasificación de riesgo obstétrico.		
12	Consejería de LM, P/Apego ECMAC cuidados del recién nacido.		
13	Suplemento ácido fólico +sulfato ferroso.		
14	Prevención de pre eclampsia y eclampsia Tx según riesgo.		
15	Consejería sobre s/s de peligro.		
16	Negociar plan parto-		
17	Referir a otro nivel de atención o clínica materna si presenta algún COE.		
18	Confirmar o descartar ITS aplicar TX según normativa 113 Minsa.		
29	Atención de amenaza de parto pre término		
20	Evaluar disponibilidad de insumos básicos para la APN y COE básico.		

completa	Mayor al	85%
incompleta	Menor al	85%

Anexo #.3. Tablas de distribución de frecuencia

Tabla # 1 Conocimiento del personal de salud sobre concepto de APN

Concepto	Lic. En enfermería	%	Auxiliar en enfermería	%	Total%
Es el conjunto de acciones, procedimientos sistemáticos, periódicos destinados al manejo del tercer periodo del parto.	0	0	0	0	0
Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la prevención de DX y TTO de los factores que pueden ocasionar morbi mortalidad materna y perinatal		100		100	100
Conjunto de actividades que se realizan en embarazadas con emergencia obstétricas.	0	0	0	0	0

Fuente: encuesta

Tabla # 2 conocimiento del personal de salud sobre requisitos básicos de la APN

Concepto	Lic. En enfermería	%	Auxiliar en enfermería	%	Total %
A) precoz, periódico, continuo y completo		100		100	100
B) Semanal, Quincenal y mensual					
C) A Y B son correctas					

Fuente: encuesta

Tabla #.3 conocimiento del personal de salud sobre clasificación de riesgo de APN

Concepto	Lic. En enfermería	%	Auxiliar en enfermería	%	Total %
A) Bajo riesgo, Alto riesgo		100		100	100
B) Bajo riesgo, Riesgo intermedio y alto riesgo	0		0	0	
C) Bajo riesgo, riesgo inmediato	0		0	0	

Fuente: encuesta

Tabla #.4 conocimiento del personal de salud sobre número de actividades de APN de bajo riesgo.

Concepto	Lic. en enfermería	%	Auxiliar en enfermería	%	Total %
A) Requiere 6 APN y enumera 13 actividades básicas		100		100	100
B) Requiere 7 APN y 29 actividades básicas mas cuidados esenciales por patología	0	0	0	0	0
C) Requiere 4 APN y enumera 24 actividades básicas	0	0	0	0	0

Fuente: Encuesta

Tabla # 5 conocimiento del personal de salud

	Lic. Enfermería	Auxiliar en enfermería
Concepto de APN	Bueno	Bueno
Requisitos de APN.	Bueno	Bueno
Clasificación de riesgo de AP.	Bueno	malo
Número de actividades de APN.	Bueno	Bueno

Fuente encuesta

Tabla # 6 Actitud del personal de salud

Conducta	Lic. Enfermería	Auxiliar en enfermería
Saluda y se presenta al paciente por su nombre	Positiva	Neutral
Comprueba la identidad del paciente manteniendo una comunicación efectiva	Positiva	positiva
Explica al paciente sobre su condición, procedimiento a realizar y tratamiento.	Positiva	Neutral
Empatía con la usuaria	Positiva	neutral
Comunicativa con la usuaria	Positiva	Neutral
Muestra interés por la situación de salud de la usuaria.	Positiva	positiva
Responde a las inquietudes y necesidades de la usuaria.	Positiva	positiva
Realiza las actividades correspondientes según normativas y clasificación de la usuaria.	Positiva	Positiva
Se despide de la usuaria citar según normas	positiva	Neutral

Fuente: guía de observación

Tabla # 7 Prácticas del personal de salud que atiende embarazadas en la primera atención prenatal.

N	ACTIVIDADES DEL 1ER APN Captación antes de las 12 semanas.	SI		NO		OBSERVACION
1	Llenado del expediente clínico, HCP y restos de formulario, historia integral de el/la adolescente y resto de instrumentos de adolescente.	6	100%			
2	Indagar sobre factores sociales (violencia de cualquier tipo, pobreza, falta de apoyo de su familia o pareja)	4	66.6%	2	33.3%	
3	Ingreso y seguimiento al censo gerencial de las embarazadas, puérperas y posnatales.	3	50%	3	50%	
4	Antecedentes familiares y personales y antecedentes obstétricos.	6	100%	-	-	
5	Medición de peso.	6	100%	-	-	
6	Medición de talla	6	100%	-	-	
7	Examen odontológico y de mamas.	4	66.6%	2	33.3%	
8	Edad gestacional	6	100%	-	-	
9	Evaluación del estado nutricional envase al índice de masa corporal.	6	100%	-	-	
10	Determinar esquema vigente de DT	4	66.6%	2	33.3%	A dos pacientes no se aplicaron DT ya que ellas dos semanas antes se habían aplicado la vacuna.
11	Determinación de la presión arterial (registro, análisis e interpretación) y restos de signos vitales (FR, FC, T)	6	100%	-	-	
12	Exámenes de laboratorios grupo RH,PAP,VDRL,BHC,GLICEMIA, EGO, cintas reactivas de uro análisis, VIH/SIDA	5	83.3%	1	16.6%	A una pte no le realizaron la cinta reactivas

13	Clasificación de ARO.	4	66.6%	2	33.3%	No las clasificaron por lo que son embarazadas de bajo riesgo y hasta el siguiente día las anotaran y clasificar
14	Consejería S/S de preclamsia y Eclampsia	6	100%	-	-	
15	Instrucción plan parto	6	100%	-	-	
16	Prevención de la pre-eclampsia y sus complicaciones y sus complicaciones. Prescribe aspirina y calcio según riesgo para pre-eclampsia.	-	-	-	-	No se realiza a las pacientes por lo que no presenta ninguna complicación según la clasificación de ARO.
17	Consejería en LM,T/F,APO, cuidados del recién nacido.	6	100%	-	-	
18	Suplemento de SF AF	6	100%	-	-	
19	Referencia a otro nivel de atención o casa materna si presenta algún COE	-	-	-	-	No se dio ninguna complicación
20	Confirmar o descartar alguna ITS y aplicar tratamiento según guía para la atención de ITS, manejo sindromico N-113, Minsa.	6	100%	-	-	
21	Evaluar las disposición de insumos básicos para APN	-	-	-	-	No se evaluó
	Total	15	71.4%	6	28.5%	

Fuente Guía de observación

Tabla# 8 Guía de observación

Evaluación	Nº de actividades	%
Completa	15	71.4
Incompleta	6	28.5
Total	21	99.9

Fuente: tabla # 7 Primer APN

Tabla # 9 Prácticas del personal de salud que atiende embarazadas en la segunda atención prenatal

N	ACTIVIDADES DEL 2DO APN	SI	%	NO	%	OBSERVACION
1	Llenado del expediente clínico, HCP y restos de formulario, historia integral de el/la adolescente y resto de instrumentos de adolescente.	7	100%			
2	Indagar sobre factores sociales (violencia de cualquier tipo, pobreza, falta de apoyo de su familia o pareja)	7	100%			
3	Medición del peso	7	100%			
4	Edad gestacional	7	100%			
5	Evaluación del estado nutricional en base al incremento del peso materno.	4	57.1%	3	42.8%	
6	Determinar esquema vigente de DT	7	100%			
7	Determinación de la presión arterial (registro, análisis e interpretación) y restos de signos vitales (FR, FC, T)	7	100%			
8	Exámenes de laboratorios	7	100%	-	-	
9	Medición de la altura uterina	7	100%	-	-	
10	Auscultación de FCF a partir después de las 20 semanas de gestación.	7	100%	-	-	
11	Movimientos fetales después de 18 SG.	7	100%	-	-	
12	Clasificación de ARO.	7	100%	-	-	
13	Consejería en lactancia materna y planificación familiar, cuidados del recién nacido.	-	-	-	-	No lo realizaron ya que en el primer control le explicaron a la paciente
14	Suplementos con SF +Ácido fólico.	7	100%	-	-	Se da por separado

15	Prevención de la pre-eclampsia y sus complicaciones. Prescribe aspirina y calcio según riesgo para pre-eclampsia	-	-	-	-	No se realiza a las pacientes por lo que no presenta ninguna complicación según la clasificación de ARO.
16	Prescribe Albendazol: dosis de 400 mg.	4	57.1	3	42.8	
17	Consejería de signos y síntomas de peligro de pre-eclampsia y eclampsia principalmente, como durante el embarazo, parto y puerperio.	7	100%			
18	Negociar plan de parto.	7	100%			
19	Referencia a otro nivel de atención o casa materna, consejería de parto asistido o si presente una COE.	-	-	-	-	
20	Confirmar o descartar alguna ITS y aplicar tratamiento según guía para la atención de ITS, manejo sindrómico N-113, Minsa.	7	100%			
21	Atención en caso de amenaza de parto prematuro.	-	-	-	-	
22	Evaluar la disponibilidad de insumos básicos para la APN Y COE Básico.	-	-	-	-	
23	Actualización de censo Gerencial	6	85.7%	1	14.2%	
	Total	20	87%	3	13%	

Fuente: Guía de observación

Tabla# 10 Guía de observación

Evaluación	Nº de actividades	%
Completa	20	87
Incompleta	3	13
Total	23	100

Fuente: tabla # 9 segundo APN

Tabla # 11 Prácticas del personal de salud que atiende embarazadas en la tercera atención prenatal

N	ACTIVIDADES DEL 3ERA APN	SI		NO		OBSERVACION
1	Llenado del expediente clínico, HCP y restos de formulario, historia integral de el/la adolescente y resto de instrumentos de adolescente.	6	100%			
2	Ingreso y seguimiento al censo de embarazo.	-		6	100%	
3	Medición de peso.	6	100%			
4	Edad gestacional	6	100%			
5	Evaluación del estado nutricional envase al incremento del peso materno.	6	100%			
6	Determinar esquema vigente DT	6	100%			
7	Determinación de la presión arterial (registro, análisis e interpretación) y restos de signos vitales (FR, FC, T)	6	100%			Solo se tomó P/A
8	1. Exámenes de laboratorios: VDRL, BHC, Glicemia, EGO, Cinta reactiva de uro análisis, gota gruesa, VIH.	6	100%			Solo se mandó BHC, EGO, GICEMIA
9	Medición de la altura uterina	6	100%			
10	Auscultación de FCF a partir después de las 20 semanas de gestación.	6	100%			
11	Movimientos fetales después de 18 SG.	6	100%			
12	Clasificación de riesgo obstétrico.	6	100%			
13	Consejería en lactancia materna, planificación familiar (APEO), ECMAC, cuidados al recién nacido	6	100%			
14	Suplementos con SF +Ácido fólico.	6	100%	-	-	

15	Prevención de la pre-eclampsia y sus complicaciones. Prescribe aspirina y calcio según riesgo para pre-eclampsia.	-	-	-	-	No se realiza a las pacientes por lo que no presenta ninguna complicación según la clasificación de ARO.
16	Prescribir Albendazol	3	50%	3	50%	
17	Consejería de signos y síntomas de peligro de pre-eclampsia y eclampsia principalmente, como durante el embarazo, parto y puerperio.	2	33.3%	4	66.6%	
18	Negociar plan de parto.	-	-	6	100%	Solo se realizó en los primeros APN
19	Referencia a otro nivel de atención o casa materna, consejería de parto asistido o si presente una COE.	-	-	-	-	No se refirió a ninguna embarazada
20	Confirmar o descartar alguna ITS y aplicar tratamiento según guía para la atención de ITS, manejo sindrómico N-113, Minsa.	6	100%	-	-	
21	Atención En caso de amenaza de parto prematuro.	-	-	-	-	
22	Evaluar la disponibilidad de insumos básicos para la atención prenatal y COE básico.	-	-	-	-	
	Total	17	77.2%	5	22.7%	

Fuente: Guía de observación

Tabla# 12 Guía de observación

Evaluación	Nº de actividades	%
Completa	17	77.2
Incompleta	5	22.7
Total	22	99.9

Fuente: tabla # 11 tercer APN

Tabla # 13 Prácticas del personal de salud que atiende embarazadas en la cuarta atención prenatal

N	ACTIVIDADES DEL 4TO APN.	SI		NO		OBSERVACION
1	Llenado del expediente clínico, HCP y restos de formulario, historia integral de el/la adolescente y resto de instrumentos de adolescente.	8	100%	-	-	-
2	Indagar sobre factores sociales (violencia de cualquier tipo, pobreza, falta de apoyo de su familia o pareja)	8	100%	-	-	-
3	Ingreso y seguimiento al censo gerencial de las embarazadas, puérperas y posnatales.	4	50%	4	50%	-
4	Medición del peso	8	100%	-	-	-
5	Edad gestacional	8	100%	-	-	-
6	Evaluación del estado nutricional envase al incremento del peso materno.	8	100%	-	-	-
7	Determinar esquema vigente DT	8	100%	-	-	-
8	Determinación de la presión arterial (registro, análisis e interpretación) y restos de signos vitales (FR, FC, T)	8	100%	-	-	Solo se tomó P/A
9	Exámenes de laboratorios; VDRL, BHC, Glicemia, EGO, Cinta reactiva de uro análisis, gota gruesa, VIH.	8	100%	-	-	No se realizó cintas de uro análisis
10	Medición de la altura uterina	8	100%	-	-	-
11	Auscultación de FCF a partir después de las 20 semanas de gestación.	8	100%	-	-	-
12	Movimientos fetales después de 18 SG.	8	100%		-	-
13	Clasificación de ARO.	7	87.85%	1	12.5%	-
14	Consejería en lactancia materna y planificación familiar, cuidados del	8	100%	-	-	-

	recién nacido.					
15	Suplementos con SF +Ácido fólico.	8	100%	-	-	-
16	Prevención de la pre-eclampsia y sus complicaciones.	-	-	-	-	-
17	Prescribe Albendazol: dosis de 400 mg.	8	100%	-	-	-
18	Consejería de signos y síntomas de peligro de pre-eclampsia y eclampsia principalmente, como durante el embarazo, parto y puerperio.	8	100%	-	-	-
19	Negociar plan de parto.	8	100%	-	-	-
20	Referencia a otro nivel de atención o casa materna, consejería de parto asistido o si presente una COE.	-	-	-	-	-
21	Confirmar o descartar alguna ITS y aplicar tratamiento según guía para la atención de ITS, manejo sindrómico N-113, Minsa.	-	-	-	-	-
22	Evaluar la disponibilidad de insumos básicos para la APN Y COE Básico.	-	-	-	-	-
	Total	20	90.9%	2	9.0%	-

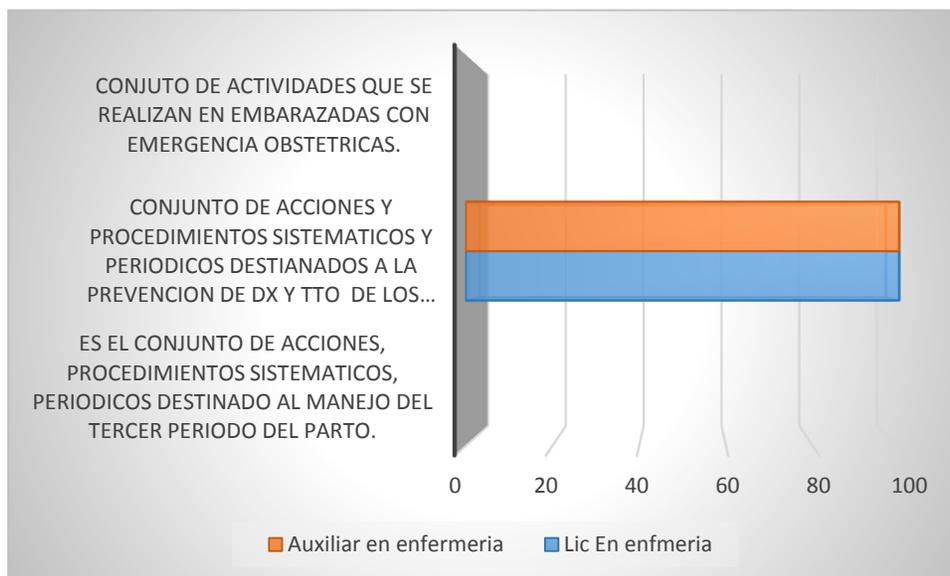
Fuente: Guía de Observación

Tabla# 14 Guía de observación

Evaluación	Nº de actividades	%
Completa	20	90.9
Incompleta	2	9.0
Total	22	99.9

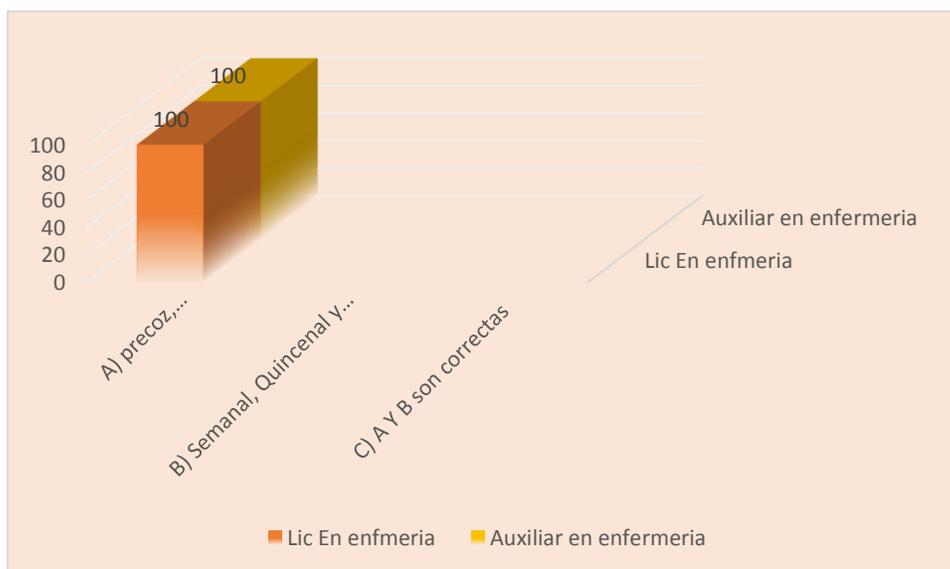
Fuente: tabla # 13 cuarto APN

Grafico N°15 Conocimientos del personal de salud sobre concepto de APN



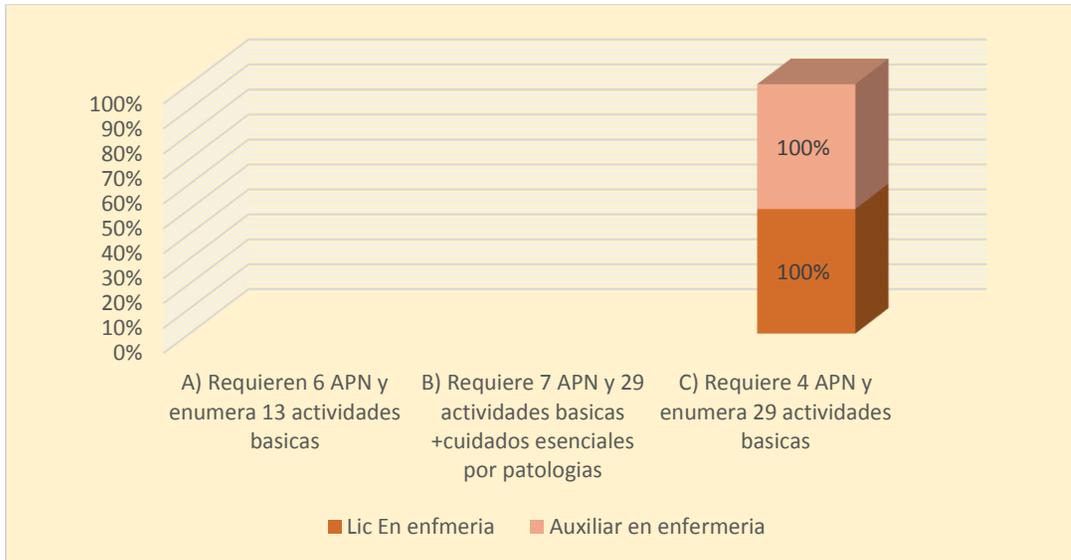
Fuente: tabla# 1 Anexo #.3. Tablas de distribución de frecuencia

Grafico N° 16. Requisitos básicos sobre atención prenatal



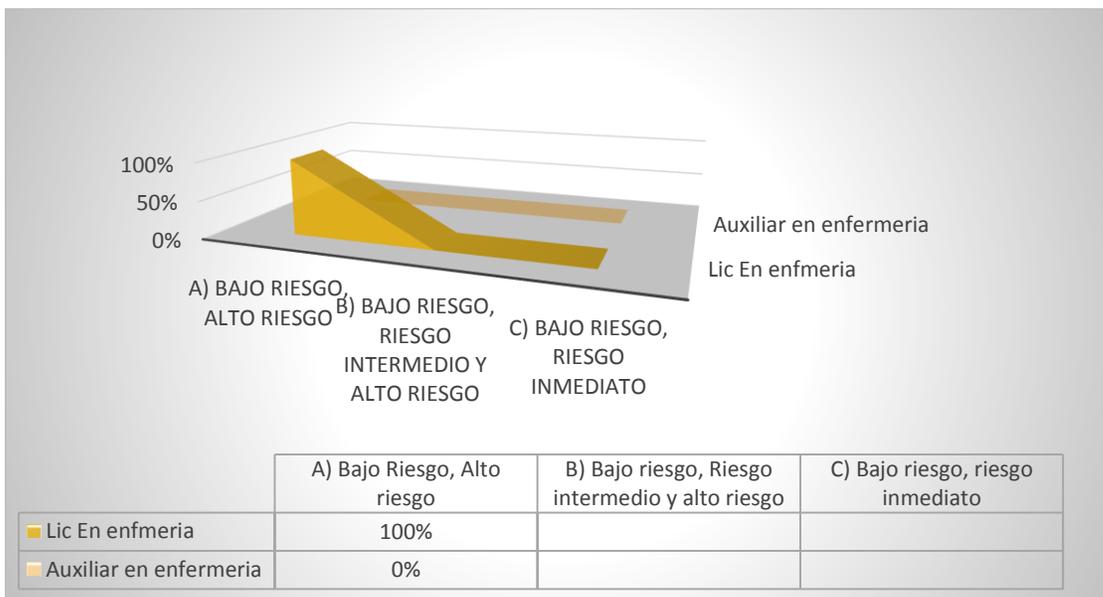
Fuente: tabla# 2 Anexo #.3. Tablas de distribución de frecuencia

Gráfico N° 17 Numero de actividades de atención prenatal de bajo riesgo.



Fuente: tabla# 3 Anexo #.3. Tablas de distribución de frecuencia

Gráfico # 18 Clasificación de riesgo en atención prenatal.



Fuente: (Tabla # 3; Anexo # 3)

Anexo # 4 Clasificación de ARO

Formulario de Clasificación del Riesgo

Instrucciones: Responda las siguientes preguntas marcando con una **X** en la casilla correspondiente en cada Atención Prenatal...

		1er APN		2º APN		3er APN		4 º APN	
Antecedentes Obstétricos		No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
1	Muerte fetal o muerte neonatal previas (28 SG – 7 días de vida)								
2	Antecedentes de 3 o más abortos espontáneos consecutivos								
3	Peso al nacer del último bebé menor de 2500 g								
4	Peso al nacer del último bebé mayor de 4500 g								
5	¿Estuvo internada por hipertensión arterial o pre eclampsia / eclampsia en el último embarazo?								
6	Cirugías previas en el tracto reproductivo (miomectomía, resección del tabique, conización, cesárea clásica, cerclaje cervical)/ Cesárea previa referir a las 36 SG								
Embarazo Actual		No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
7	Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple								
8	Menos de 20 años de edad								
9	Más de 35 años de edad								
10	Isoinmunización Rh Negativa en el embarazo actual o en embarazos anteriores (Realizar Coombs en II y III trimestre)								
11	Sangrado vaginal								
12	Masa pélvica								
13	Presión Arterial Diastólica de 90 mm Hg o más durante el registro de datos								
Historia Clínica General		No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
14	Diabetes mellitus insulino dependiente								
15	Nefropatía								
16	Cardiopatía								
17	Consumo de drogas (incluido el consumo excesivo de alcohol)								
18	Cualquier enfermedad o afección médica severa. Por favor, especifique _____ _____ _____								

Una respuesta **Si** en cualquiera de las preguntas anteriores (es decir una cruz en cualquier casilla amarilla/sombreada) significa que la embarazada se debe de clasificar como **Atención Prenatal de Alto Riesgo**.

¿Es elegible para Atención Prenatal de Alto Riesgo?	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
--	----	----	----	----	----	----	----	----

Fuente: Normativa 011 2015

Anexo # 5 HISTORIA CLINICA PERINATAL

HISTORIA CLINICA PERINATAL - MINSA NICARAGUA

DATOS DE IDENTIFICACION
 NOMBRE Y APELLIDOS: _____
 DOMICILIO: _____
 LOCALIDAD: _____ TELEF: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: día mes año
 EDAD (años): < de 20 > de 35
 ETNIA: blanca indígena mestiza negra otra
 ALFA BETA: no si
 ESTUDIOS: ninguno primaria secund. univers. años en el mayor nivel
 ESTADO CIVIL: casada unión estable soltera otro
 Lugar del control prenatal: _____
 Lugar del parto/aborto: _____
 N° Identidad: _____

ANTECEDENTES
FAMILIARES sí no: TBC, diabetes, hipertensión, preeclampsia, eclampsia, otra cond. médica grave.
PERSONALES sí no: cirugía genito-urinary, infertilidad, cardiopat., nefropatía, violencia, VIH+.
OBSTETRICOS gestas previas: 0 1 2 3 o más. abortos: vaginales cesáreas. nacidos vivos: vivos muertos. **FIN EMBARAZO ANTERIOR**: día mes año. **EMBARAZO PLANEADO**: sí no. **FRACASO METODO ANTICONCEPCION**: usaba no usaba. barrera DIU hormonal otros.

GESTACION ACTUAL
 PESO ANTERIOR: _____ Kg. IMC: _____. TALLA (cm): _____.
 EG. CONFIABLE por FUM: no sí. FUM ACT. FUM PAS. DROGAS ALCOHOL VIOLENCIA ANTIRUBEOLA ANTTETANICA EX. NORMAL.
CERVIX normal/anormal. **GRUPO** Rh. **TOXOPLASMOSIS** + -. **Hb <20 sem**: _____. **Fe-FOLATOS** sí no. **VIH - Diag - Tratamiento**. **SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento**.

ATENCIÓNES PRENATALES
 día mes año edad gest. peso (kg) P.A. altura uterina presen. tación FCF (lpm) movim. fetales protei. nuria signos de alarma, exámenes, tratamientos. Iniciales personal de salud. próxima cita.

PARTO parto aborto. **ABORTO** sí no. **FECHA DE INGRESO**: día mes año. **CONSULTAS PRE NATALES** total: _____. **LUGAR DEL PARTO**: Institucional Domiciliar Otros. **HOSPITALIZ. EMBARAZO**: completo incompl. ninguna. **CORTICOIDES ANTENATALES**: completo incompl. ninguna. **INICIO ESPERMEIO**: espont. inducido. **RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA**: sí no. **EDAD GEST. al parto**: _____. **PRESENTACION**: cefálica pélvica transversa. **TAMANO FETAL ACORDE**: no sí. **ACOMPAÑANTE TDP**: familiar otro ninguno.

ENFERMEDADES
 HTA previa sí no. HTA inducida sí no. infec. ovular sí no. infec. urinaria sí no. preeclampsia sí no. eclampsia sí no. R.C.I.U. sí no. cardiopatía sí no. nefropatía sí no. diabetes sí no. anemia sí no. otra cond. grave sí no. **HEMORRAGIA**: 1° trim. 2° trim. 3° trim. postparto. **TDP**: + -. **SIFILIS**: sí no. **VIH**: sí no. **INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO**: INDIC. OPER.

NACIMIENTO vivo muerto. **POSICION PARTO**: sentada acostada cuclillas solicitada por la usuaria. **DESGARROS** Grado (1 a 4): _____. **OCITOCICOS** prealumb. sí no. **PLACENTA** completa sí no. **LIGADURA CORDON** precoz sí no. **RECUPERACION MEDICACION REQUERIDA**: sí no. **FALLECE en TDP**: sí no. **ATENCION medico obst. enf. auxil. estad. empir. otro**. **NEONATO**: día hora T°C P.A. pulso invol. uter. loquios.

RECEN NACIDO
 SEXO: f m. PESO AL NACER: _____. P. CEFALICO cm: _____. EDAD GESTACIONAL: _____. PESO E.G.: _____. CUIDADOS AL RECEN NACIDO: completa incompl. retenida. **APGAR (min)**: 1° _____. 5° _____. **REFERIDO**: sí no. **REANIMACION**: sí no. **FALLECE en TDP**: sí no. **ATENCION medico obst. enf. auxil. estad. empir. otro**. **NEONATO**: día hora T°C P.A. pulso invol. uter. loquios.

DEFECTOS CONGENITOS: sí no. **ENFERMEDADES**: sí no. **TAMIZAJE NEONATAL**: sí no. **ANTIRUBEOLA post parto**: sí no. **YGLOBULINA anti D**: sí no. **ANTICONCEPCION**: sí no. **CONSEJERIA**: sí no. **METODO ELEGIDO**: DIU post. DIU barrera hormonal ninguno.

EGRESO RN vivo fallece. **EGRESO MATERNO** vivo fallece. **ALIMENTO AL ALTA**: lact. parcial artificial. **Boca arriba**: sí no. **BCG**: sí no. **EGRESO MATERNO**: día mes año. **ANTIRUBEOLA post parto**: sí no. **YGLOBULINA anti D**: sí no. **ANTICONCEPCION**: sí no. **CONSEJERIA**: sí no. **METODO ELEGIDO**: DIU post. DIU barrera hormonal ninguno.

Nombre Recién Nacido: _____ Responsable: _____

Fuente: Normativa 011 2015

Anexo N°6 tabla de incremento de peso materno

Incremento del Peso Materno en Kg Percentilos		Semanas	Altura Uterina ** en cms Percentilos	
25	90		10	90
0.4	3.5	13	8.0	12.0
1.2	4.8	14	9.0	14.0
1.3	4.9	15	10.0	15.0
1.8	5.1	16	12.0	17.0
2.4	6.4	17	13.0	18.0
2.6	7.0	18	14.0	19.0
2.9	8.1	19	14.0	20.0
3.2	8.2	20	15.0	21.0
4.1	8.6	21	16.0	22.0
4.4	9.2	22	17.0	23.0
4.7	10.5	23	18.0	23.0
5.1	10.8	24	19.0	24.0
5.6	11.3	25	20.0	25.0
5.9	11.6	26	20.0	26.0
6.0	11.7	27	21.0	27.0
6.2	11.9	28	22.0	27.0
6.9	12.7	29	23.0	28.0
7.3	13.5	30	24.0	29.0
7.6	13.9	31	24.0	30.0
7.9	14.5	32	25.0	30.0
8.1	14.7	33	26.0	31.0
8.2	15.0	34	26.0	32.0
8.2	15.4	35	27.0	33.0
8.2	15.7	36	28.0	33.0
8.2	15.7	37	29.0	34.0
8.2	15.9	38	30.0	34.0
8.2	16.0	39	31.0	35.0
8.2	16.0	40	31.0	35.0

Fuente: Normativa 011 2015

Anexo N° 7 peso para la talla según edad gestacional

Peso para la Talla según la Edad Gestacional (Talla en cms)											
Sem	Per cent	140 142	143 145	146 148	149 151	152 154	155 157	158 160	161 163	164 166	167 169
13	10	38.6	40.0	41.3	42.8	42.8	42.2	45.6	47.2	49.0	52.2
	90	51.3	53.1	54.9	57.0	58.8	60.7	62.7	65.1	67.2	69.4
14	10	39.5	40.9	42.3	43.8	45.2	46.7	48.3	50.1	51.8	53.4
	90	52.7	54.5	56.4	58.5	60.3	62.3	64.4	66.8	69.0	71.2
15	10	40.4	41.8	43.3	44.9	46.3	47.8	49.4	51.3	53.0	54.6
	90	53.1	55.0	56.9	59.0	60.8	62.8	64.9	67.4	69.6	71.8
16	10	41.3	42.8	44.2	45.9	47.3	48.9	50.5	52.4	54.1	55.9
	90	53.6	55.5	57.3	59.5	61.4	63.4	65.5	68.0	70.2	72.5
17	10	42.4	43.7	45.2	46.9	48.4	49.9	51.6	53.6	55.3	56.1
	90	54.0	55.9	57.8	60.0	61.9	63.9	66.0	68.5	70.8	73.1
18	10	42.7	44.2	45.7	47.4	48.9	50.5	52.2	54.1	55.9	57.7
	90	54.0	55.9	57.8	60.0	61.9	63.9	66.0	68.5	70.8	73.1
19	10	43.6	45.1	46.1	48.4	49.9	51.6	53.3	55.3	57.1	58.9
	90	54.0	55.9	57.8	60.0	61.6	63.9	66.0	68.5	70.8	73.1
20	10	44.5	46.1	47.6	49.4	51.0	52.6	54.4	56.4	58.3	60.2
	90	51.5	56.4	58.3	60.5	62.4	64.4	66.6	69.1	71.4	73.7
21	10	45.4	47.0	48.6	50.4	52.0	53.7	55.5	57.6	59.5	61.4
	90	54.5	56.4	58.3	60.5	62.4	64.4	66.6	69.1	71.4	73.7
22	10	45.9	47.5	49.1	50.9	52.5	54.2	56.1	58.2	60.1	62.0
	90	54.9	56.9	58.8	61.0	62.9	65.0	67.2	69.7	72.0	74.3
23	10	46.3	47.9	49.6	51.4	53.0	54.8	56.6	58.2	60.7	62.6
	90	54.9	56.9	58.8	61.0	62.9	65.0	67.2	69.7	72.0	74.3
24	10	46.8	43.4	50.1	51.9	53.6	55.3	57.2	59.3	61.3	63.2
	90	55.4	57.3	59.3	61.5	63.4	65.5	67.7	70.3	72.6	74.9
25	10	47.2	48.9	50.5	52.4	54.1	55.8	57.7	59.9	61.9	63.9
	90	55.8	57.8	59.8	62.0	64.0	66.1	68.5	70.8	73.2	75.5
26	10	47.2	48.9	50.5	52.4	54.1	55.8	57.7	59.9	61.9	63.9
	90	56.3	58.3	60.3	62.5	64.5	66.6	68.8	71.4	73.8	76.1
27	10	47.7	49.3	51.0	52.9	54.6	56.4	58.3	60.5	62.5	64.5
	90	56.3	58.3	60.3	62.5	64.5	66.6	68.8	71.4	73.8	76.1
28	10	47.7	49.3	51.0	52.9	54.6	56.4	58.3	60.5	62.5	64.5
	90	56.8	58.8	60.8	63.0	65.0	67.1	69.4	72.0	74.4	76.8
29	10	47.7	49.3	51.0	52.9	54.6	56.4	58.3	60.5	62.5	64.5
	90	56.8	58.8	60.8	63.0	65.0	67.1	69.4	72.0	74.4	76.8
30	10	48.1	49.8	51.5	53.4	55.1	56.9	58.8	61.6	63.1	65.1
	90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4
31	10	48.1	49.8	51.5	53.4	55.1	56.9	58.8	61.1	63.1	65.1
	90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4
32	10	48.6	50.3	52.0	53.9	55.6	57.5	59.4	61.6	63.7	65.7
	90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4
33	10	48.6	50.3	52.0	53.9	55.6	57.5	59.4	61.6	63.7	65.7
	90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4
34	10	48.6	50.3	52.0	53.9	55.6	57.5	59.4	61.6	63.7	65.7
	90	59.9	59.7	61.7	64.0	66.0	68.2	70.5	73.2	75.6	78.0
35	10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	66.3
	90	58.1	60.2	62.2	64.5	66.6	68.7	71.0	73.7	76.2	78.6
36	10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	66.3
	90	58.1	60.2	62.2	64.5	66.6	68.7	71.0	73.7	76.2	78.6
37	10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	66.3
	90	58.6	60.6	62.7	65.0	67.1	69.3	71.6	74.3	76.8	79.2
38	10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	67.1
	90	59.0	61.1	63.2	65.5	67.6	69.8	72.1	74.9	77.3	80.7
39	10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	67.1
	90	59.5	61.6	63.7	66.0	68.1	70.3	72.7	75.5	77.9	81.4

Fuente: Normativa 011 2015

Anexo N° 8. Altura de fondo uterino según edad gestacional

Información Resumida de la Cinta Obstétrica y Gestograma del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. CLAP OPS/OMS.							
Semanas amenorrea cumplidas	Valores Mínimos y Máximos Normales					Valores Máximos Normales	
	Altura Uterina (cms) (*) P10-P90	Ganancia de peso materno (kg) P25-P90	Perímetro Abdominal Fetal por ECO, mm. P5-P95 (G)	Talla Fetal en cms P50 (G)	Peso fetal estimado (Kg)	Contracc. uterinas por hora P90	
13	8-12	0.4-3.5					
14	9-14	1.2-4.8					
15	10-15	1.3-4.9	64-113				
16	12-17	1.8-5.1	78-120				
17	13-18	2.4-6.4	94-127				
18	14-19	2.6-7.0	107-139				
19	14-20	2.9-8.1	118-152				
20	15-21	3.2-8.2	128-166	24	0.2-0.6		
21	16-22	4.1-8.6	140-177	26.2	0.24-0.7		
22	17-23	4.4-9.2	153-189	27.9	0.3-0.74		
23	18-23	4.7-10.5	159-199	29.5	0.36-0.8		
24	19-24	5.1-10.8	168-215	31.2	0.4-0.98		
25	20-25	5.6-11.3	179-225	32.8	0.47-1.0		
26	20-26	5.9-11.6	192-235	35	0.56-1.1	1	
27	21-27	6.0-11.7	201-247	36	0.6-1.3	3	
28	22-27	6.2-11.9	208-261	37	0.7-1.55	5	
29	23-28	6.9-12.7	220-277	39	0.8-1.8	7	
30	24-29	7.3-13.5	231-287	40.3	1.0-2.0	8	
31	24-30	7.6-13.9	244-298	41.6	1.1-2.2	8	
32	25-30	7.9-14.5	253-308	43.2	1.3-2.4	8	
33	26-31	8.1-14.7	263-319	44.7	1.5-2.6	8	
34	26-32	8.2-15.0	272-332	45.8	1.8-2.9	9	
35	27-33	8.2-15.4	282-345	46.7	2.0-3.2	9	
36	28-33	8.2-15.7	295-356	47.4	2.3-3.5	9	
37	29-34	8.2-16.0	305-362	49	2.5-3.7	9	
38	30-34	8.2-15.9	314-367	50	2.7-3.8		
39	31-35	8.2-16.0	322-378	50.2	2.8-3.9		
40	31-35	8.2-16.0	330-385	50.2	2.9-4.0		

(*) : Fijar el 0 de la Cinta Obstétrica en el borde superior de la sínfisis púbica, deslizar la cinta entre el dedo índice y medio, hasta alcanzar el fondo uterino con el borde cubital de la mano.

(G): Información proveniente del Gestograma del CLAP.

Altura Uterina para la Amenorrea:
-Menor que la esperada puede indicar: Menor edad gestacional, retardo en crecimiento fetal, oligoamnios, muerte fetal.
-Mayor que la esperada puede indicar: Mayor edad gestacional, macrosomía, polihidramnios, gemelares, miomatosis.

Presión Arterial Normal: Todo el embarazo, madre sentada, en brazo derecho.
P5-P95 Sistólica: 95-135 mm Hg. **Diastólica:** 55-90 mm Hg

No. de Movimientos Fetales Percibidos por la madre en 2 horas (suma de 4 períodos de 30 min. En 1 día). **Valor Mínimo Normal entre 30-40 sem.:** 10 Movs.



Fuente: Normativa 011 2015

Anexo N° 9. Rangos de la presión arterial

La presión arterial diastólica por sí sola es un indicador exacto de **hipertensión en el embarazo**, la presión arterial elevada y la proteinuria definen la **pre eclampsia**.

Si existe:	Conducta a seguir:	Refiera a:
<ul style="list-style-type: none"> ➤ P. A. normal:120/60 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Continuar en atención APN de bajo riesgo 	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Presión arterial mayor o igual a 140/90, o ➤ Presión diastólica (o mínima) es de 90mmhg o más, en posición sentada luego de reposo por 10 minutos en dos lecturas consecutivas tomadas con un intervalo de 4 horas. ➤ Presión diastólica mayor de 90mmHg + Proteinuria: Es indicativo de PREECLAMPSIA MODERADA. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se deberá de abordar como lo indican los Protocolos para la Atención de las complicaciones Obstétricas. 	<p>Traslado inmediato para atención especializada</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Presión diastólica igual o mayor a 110mmhg. + Proteínas (+++) Es indicativo de PREECLAMPSIA GRAVE 	<p>Inicie tratamiento (Ver Manejo del Síndrome Hipertensivo Gestacional en la Normas y Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas) para reducir la presión Diastólica a menos de 100mmhg pero NO por debajo de 90mmhg para evitar hipoperfusión placentaria y hemorragia</p>	<p>Hospitalización</p>

Fuente: Normativa 011 2015

Anexo N° 10. Conducta según evidencia en 2da. Atención prenatal
Factores de Riesgo del Embarazo Actual

Evidencias	Conducta a Seguir	REFIERA A
Ausencia de signos y síntomas de peligro	Atención de bajo riesgo	
<ul style="list-style-type: none"> • Si no se perciben movimientos ni latidos fetales. • Salida de líquido o sangrado transvaginal. 	Referencia	Especialista
<ul style="list-style-type: none"> • Si se dispone de Doppler manual confirmar su auscultación con este medio, de no escucharlos referir a hospitalización. • Si tiene actividad uterina. 	Referencia	Hospitalización

Fuente: Normativa 011 2015

Anexo N° 11. Signos de peligros durante el embarazo

Signos de peligro	Conducta a seguir	Refiera a:
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Trabajo de part en curso menor de 37 semanas. ⇒ Disminución o ausencia de movimientos fetales. ⇒ Hemorragia vaginal. ⇒ Ruptura prematura de membranas. ⇒ Convulsiones-visión borrosa-pérdida de conciencia-cefalea intensa, cambios en la frecuencia cardiaca fetal, hinchazón en manos- cara- piernas. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Referencia 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Especialista
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Embarazo mayor de 41 semanas. ⇒ Trabajo de parto prematuro. ⇒ Ruptura Prematura de Membranas. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Referencia 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Especialista

Fuente: Normativa 011 2015

Anexo N° 12. Maniobras de Leopold



Figura 27. Primera maniobra de Leopold.



Figura 28. Segunda maniobra de Leopold.



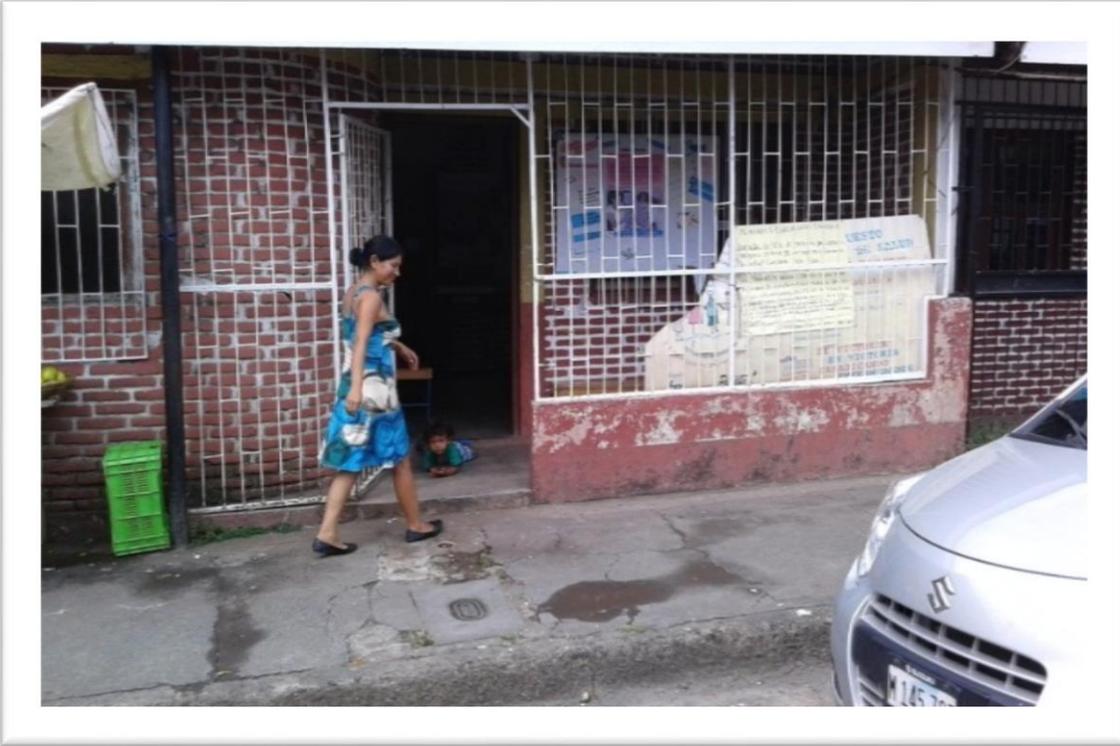
Figura 29. Tercera maniobra de Leopold.



Figura 30. Cuarta maniobra de Leopold.

Fuente: Normativa 011 2015

Anexo N° 13 Puesto de salud Lidia Saavedra



Fuente: Propia

Acronimos

MINSA: Ministerio de salud

AIMNA: Atención integral a la mujer, niñez y adolescencia

APS: Atención primaria en salud

HCPB: Historia clínica perinatal base

IPS: Instituciones prestadoras de servicio

APN: Atención prenatal

SEG: Semanas de edad gestacional

FCF: Frecuencia cardiaca fetal

CPN: Control prenatal

MMS: médico en servicio social

APP Antecedentes personales patológicos

APF Antecedente familiares patológicos

COE Complicaciones Obstétricas de Emergencia

HTAC Hipertensión arterial crónica

IMC Índice de masa corporal

FPP Fecha de probable de parto

FUM Fecha de ultima menstruación

VIH Virus de inmunodeficiencia humana

RPR Reagina plasmática rápida

Grs Gramos

PA Presión arterial

KG Kilogramos

RN Recién Nacido (a)

RPM Ruptura prematura de membranas

RCIU Restricción del crecimiento intrauterino

IVU Infección de vías urinarias

PO Por vía oral

NPO Nada por vía oral

PF Planificación Familiar

