



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN - MANAGUA

**Facultad Regional Multidisciplinaria de  
Matagalpa**

**Seminario de Graduación para Optar al Título de Licenciatura en  
Enfermería con Orientación Materna Infantil, año 2017.**

**TEMA:**

Conocimiento, Actitudes y Práctica sobre Atención Prenatal de bajo riesgo en el personal de salud 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 de salud que atiende embarazadas en el puesto de Salud san Pedro, Municipio de Sébaco departamento de Matagalpa, año 2017.

**AUTORES:**

Br. Francis Tatiana Rugama Arauz  
Br. Daysi María Meza Martínez.

**TUTOR(A):**

Msc. Elsa Mercedes Castellón Calvo.

**Fecha:** 29-01-2018





UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN - MANAGUA

**Facultad Regional Multidisciplinaria  
de Matagalpa**

**Seminario de Graduación para Optar al Título de Licenciatura en  
Enfermería con Orientación Materna Infantil, año 2017.**

**TEMA:**

Conocimiento, Actitudes y Práctica sobre Atención Prenatal de bajo riesgo en el personal de salud 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 de salud que atiende embarazadas en el puesto de Salud san Pedro, Municipio de Sébaco departamento de Matagalpa, año 2017.

**AUTORES:**

Br. Francis Tatiana Rugama Arauz  
Br. Daysi María Meza Martínez.

**TUTOR(A):**

Msc. Elsa Mercedes Castellón Calvo.

**Fecha:** 29-01-18

## **Dedicatoria**

Recorrer 5 años de nuestra carrera ha sido una lucha constante de obstáculos y pruebas difíciles, pero la satisfacción de saber que nuestra ardua labor ha ayudado y seguirá ayudando a las personas que más lo necesitan nos inspira más para seguir adelante y concluir lo que el día de hoy es un sueño hecho realidad; pero nada de eso es posible sin Dios, es por eso que:

Dedicamos nuestro seminario de graduación a Dios, altísimo señor, por darnos el privilegio de la vida y por regalarnos lo necesario para lograr nuestras metas, por la salud, la fuerza y sabiduría, por fortalecernos cuando nuestras fuerzas se agotaban, por ser ese padre y amigo incondicional cada día, por su infinito amor y su infinita bondad, por la bendición de tener una familia y amigos que nos quieren y nos apoyan.

## **Agradecimiento**

Primeramente le doy gracias a Dios por las oportunidades que me ha dado a partir de la vida, en especial por la oportunidad de prepararme profesionalmente y de que mi carrera pueda ser de beneficio para mi prójimo, por darme fortaleza mental, física y espiritual a lo largo de estos años, porque me permite lograr mis propósitos... ¡sé que todo lo puedo porque él está conmigo!”

Agradezco a la UNAN, FAREM – MATAGALPA, por prestar los medios necesarios para acceder a una formación académica de calidad, a los docentes que me han instruido en cada asignatura, compartiendo sus conocimientos y experiencia; en especial a mi tutora de seminario: Msc. Elsa Mercedes Castellón Calvo, también agradezco a Msc. Miguel Ángel Estopiñan y a Lic. Karla Molinares por el apoyo brindado.

Gracias a mi mamá Ixcell Aráuz Rodríguez por apoyarme siempre, por ser un ejemplo de perseverancia y superación para mí, porque sé que sin ella mi camino habría sido más difícil y porque este logro también es suyo; agradezco a mi hermano Axcell Aráuz porque también ha sido un apoyo, aun en cosas simples como: “pasarme el cuaderno, papelería, el cargador de la computadora etc.”; también agradezco al resto de mi familia, abuelo y tías, quienes también me han apoyado y motivado en ciertos momentos.

Gracias a mi amiga y compañera de seminario Daysi Meza Martínez por su buena amistad y por haber trabajado junto a mí durante estos años; de igual manera agradezco a Edwin Sánchez, amigo y compañero de clases, por su apoyo y motivación a lo largo de la carrera, finalmente agradezco al personal de salud del P/s San Pedro por su disponibilidad y apoyo en la obtención de datos necesarios para realizar nuestro estudio.

Br. Francis Tatiana Aráuz

## **Agradecimiento**

En primer lugar doy gracias a Dios porque si el nada soy y nada es posible, por permitirme estar solo a un paso de culminar mi carrera.

A esta prestigiosa universidad la cual abre sus puertas a jóvenes con deseo de superación, preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como profesionales.

A mis padre Omar Meza y Yadira Martínez por darme su ayuda y apoyo incondicional a lo largo de mi carrera y regalarme con esfuerzo la mejor herencia que es el estudio , por preocuparse para que en un futuro sea una persona exitosa y con una carrera en la que me pueda desempeñar.

A mi novio Erick Rayo por darme su apoyo en los momentos difíciles en los que ya no quería continuar e impulsarme a que no me rindiera y continuar hasta el final.

A mi amiga y compañera de seminario Francis Aráuz quien ha sido una persona incondicional en todo momento, igualmente a mi compañero y amigo Edwin Sánchez por su amistad y apoyo a lo largo de estos 5 años .

A mi madrina tani y mi amiga mariangel por su gran apoyo a lo largo de mi carrera

A mis hermanas Josseling y osmari por su gran cariño y apoyo

A mi tutora de seminario Lic. Elsa Castellón por su ayuda brindada en nuestro trabajo investigativo y por su paciencia, de igual manera al Lic. Miguel Ángel Estopiñan y a la Lic. Karla molinares por su gran ayuda en nuestro seminario.

A nuestros profesores a quien le debemos gran parte de nuestros conocimientos.

Al personal de salud del puesto de salud San Pedro por brindarnos la información necesaria para la realización de nuestro estudio.

Br. Daysi meza Martínez

## 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 SAN PEDRO DEL MUNICIPIO DE SEBACO, DEPARTAMENTO DE MATAGALPA, AÑO 2017.

Elaborado por las autoras:

**Br. Francis Tatiana Rugama Arauz**

**Br. Daysi María Meza Martínez.**

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 presente seminario de graduación estudia los Conocimientos, Actitudes y Práctica sobre Atención Prenatal de bajo riesgo en el personal de salud que atiende embarazadas en las áreas de Salud del departamento de Matagalpa, año 2017; pretende Evaluar los Conocimiento, Actitudes y Práctica sobre dicho tema en el personal de salud que atiende en el puesto de salud San Pedro, municipio de Sébaco, Matagalpa.

Este tema representa un problema de salud a nivel mundial, nacional y sobre todo a nivel departamental ya que; ENDSA (2015) manifiesta que Matagalpa ocupa el segundo lugar en muerte materna en Nicaragua, por eso es de suma importancia el abordaje del mismo y la evaluación de las capacidades y destrezas del personal de salud en la atención brindada a las gestantes.

Se evaluó a un médico general en su segundo año de servicio social y a un enfermero profesional que tiene 9 años de experiencia laboral, el médico obtuvo el 100% de respuestas correctas y el enfermero el 71%. La actitud identificada en dicho personal fue Positiva a pesar de una debilidad identificada en ambos por la cual alcanzaron el 89%. Con respecto a la práctica observada en su mayoría fue completa alcanzando porcentajes mayores al 85% a excepción de la práctica realizada en la 1ra APN. En general las debilidades observadas a nivel de conocimientos incluyen: La nueva clasificación de riesgo para desarrollar SHG y el N° de actividades en APN de ARO; en Actitud la debilidad hace referencia al protocolo acogida al usuario y en práctica las actividades a reforzar son: Examen de Mamas, examen odontológico Consejería en LM, P/F y cuidados del RN, Negociar plan parto; A pesar de las debilidades el personal de salud estudiado brinda una Atención de calidad a las embarazadas.

## INDICE

Dedicatoria.....	i
Agradecimiento.....	ii
Valoración del Tutor.....	iii
Resumen.....	iv
I. Introducción .....	1
II. Justificación.....	6
III. Objetivos.....	7
IV. Desarrollo.....	8
4.1 Descripción Sociodemográfica.....	9
4.2 Conocimientos sobre Atención Prenatal.....	14
4.3 Actitud del personal de salud durante la APN.....	98
4.4 Practica que realiza el personal de salud en APN.....	104
V. Conclusiones.....	116
VI. Bibliografía.....	117

### Anexos

Anexo N°1: Encuesta

Anexo N°2: Guía de Observación- Actitud del personal de salud

Anexo N°3: Guía de Observación: Práctica del personal de salud en APN

Anexo N°4: Tablas de Distribución de Frecuencia

Anexo N°5: Unidad de Salud, P/s San Pedro, Sebaco-Matagalpa

Anexo N°6: Formulario de Clasificación de Riesgo

Anexo N°7: Historia Clínica Perinatal

Anexo N°8: Tabla de percentiles para ganancia de peso materno, si se conoce peso pre gestacional

Anexo N°9: Tabla de percentiles para ganancia de peso materno, si no se conoce peso pre gestacional

Anexo N°10: Curva de Crecimiento Uterino

Anexo N°11: Maniobras de Leopold

## **Acrónimos**

**ACIP:** Advisory Committee on Immunization Practices

**ADAM:** Atlas de Anatomía

**AFU:** Altura de fondo uterino

**APGAR:** prueba rápida que se realiza a un recién nacido luego de 5 minutos en el que se valora la Apariencia, Pulso, Gesto, actividad y respiración

**APN:** Atención Prenatal

**APP:** Antecedentes personales patológicos

**APP:** Amenaza de Parto Pre término

**APF:** Antecedente familiares patológicos

**ARO:** Alto riesgo obstétrico

**ASA:** Ácido Acetilsalicílico

**Aux.** Auxiliar de Enfermería

**CLAP:** Centro Latinoamericano de Perinatología

**CDC:** Centers for Disease Control and Prevention

**COOMBS:** Prueba directa de antiglobulinas

**COE:** Complicaciones Obstétricas de Emergencia

**CAP:** Conocimiento, actitud y práctica

**CPN:** Control prenatal

**DCP:** Desproporción cefalopélvica

**DM:** Diabetes mellitus

**DG:** Diabetes gestacional

**ECMAC:** Entrega Comunitaria de métodos anticonceptivos

**EG:** Edad gestacional

**ENDSA:** Programas de encuestas de Demografía y Salud

**EVC:** Enfermedad Vasular Cerebral Aguda

**ETS:** Enfermedades de Transmisión sexual

**FC:** Frecuencia Cardíaca

**FPP:** Fecha de probable de parto

**FR:** Frecuencia Respiratoria

**FUM:** Fecha de última menstruación

**Grs:** Gramos

**HCP:** Historia Clínica Perinatal

**HTAC:** Hipertensión arterial crónica

**IMC:** Índice de masa corporal

**IOM:** Organización Internacional para las Migraciones

**IPM:** Incremento de peso materno

**ITS:** infección de transmisión sexual

**IVU** Infección de vías urinarias

**KG:** Kilogramos

**MmHg:** milímetros de mercurio

**MFC:** Mal formación congénita

**MOSAFC:** Modelo de Salud Familiar y Comunitario

**MINSA:** Ministerio de Salud

**NPO:** Nada por vía oral

**OTB:** Oclución tubárica bilateral

**ODM:** Objetivos del milenio

**ODS:** objetivos del desarrollo sostenible

**OMS:** Organización mundial de salud

**OPS:** Organización panamericana de la salud

**PA:** Presión arterial

**PAD:** Presión arterial diastólica

**PAS:** Presión arterial sistólica

**PAP:** Papanicolaou

**PF:** Planificación Familiar

**PGR:** Perdida gestacional recurrente

**PO:** Por vía oral

**P/S:** Puesto de salud

**RN:** Recién Nacido (a)

**RH:** Es una proteína integral de la membrana de los glóbulos rojos

**RPM:** Ruptura prematura de membranas

**RPR:** Reagina Plasmática Rápida

**RCIU:** Restricción del crecimiento intrauterino

**SIVIEMB:** Sistema de Vigilancia de la Embarazada

**SG:** Semanas de gestación

**SHG:** Síndrome hipertensivo gestacional

**T°:** Temperatura

**TAS:** Tension Arterial Sistólica

**TAD:** Tension Arterial Diastólica

**Tx:** Tratamiento

**VDRL:** Venereal Disease Research Laboratory

**VIH:** Virus de inmunodeficiencia humana

## **I- Introducción**

El MINSA, a través de la Normativa 0-11 (2015) define APN (Atención Prenatal) como todas las acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad materna y perinatal.

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 que las APN sean de calidad debe de cumplir con los siguientes requisitos básicos: Precoz, periódica, continua y completa además debe de ser de amplia cobertura, calidad y equidad.

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 las embarazadas 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.

Según la OMS (2016) Más de la mitad de las muertes maternas se producen en entornos frágiles y contextos de crisis humanitaria.

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, institucionando 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 resolutive, 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 permitiera marcar una tendencia sostenida de disminución de estos indicadores para cumplir con los Objetivos del Milenio 4 y 5. Así mismo, se trabaja con diferentes estrategias para la reducción de mortalidad materna y neonatal entre estas se encuentran las siguientes:

- Plan de contención perinatal, llenado correcto de censo gerencial para llevar un correcto control y seguimiento de las embarazadas, oferta de planificación familiar a mujeres en edad fértil y post evento obstétrico.
- Controles prenatales con calidad y calidez, garantizando la entrega de calcio, sulfato ferroso y antiparasitario tal como lo establece normativa de APN a toda embarazada que acuda a su consulta prenatal ambulatoria o brigadas móviles integrales en las comunidades para la prevención de anemia y síndrome Hipertensivo Gestacional.

En Matagalpa según ENDSA (2015) manifiesta en su reporte quincenal que Matagalpa ocupa el segundo lugar en muertes materna, superado únicamente por Jinotega y la RAAN. Por tal motivo se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los Conocimientos, Actitudes y Práctica sobre Atención Prenatal de bajo riesgo en el personal de salud que atiende embarazadas en las áreas de salud del departamento de Matagalpa, año 2017?

Se realiza el presente estudio investigativo de enfoque cuali- cuantitativo, de tipo descriptivo y método científico ya que; se pretende describir conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud que atiende embarazadas, mediante el análisis de datos característicos, cualidades y destrezas en el personal de salud durante la APN; haciendo uso de cifras numéricas y porcentajes para su evaluación. El estudio tiene como base científica las normas y protocolos del MINSA, Nicaragua, es un estudio prospectivo y de corte longitudinal ya que se

obtienen datos actuales y permite el seguimiento de los mismos individuos a través del tiempo.

El área de estudio es el P/S San Pedro el cual es un sector del centro de salud Tomás Borge Martínez- Sébaco; el universo integra al personal de salud que labora en la unidad siendo 4 los recursos; el muestreo lo conforman solamente 2 recursos, es de tipo no probabilístico y “a juicio” ya que fue seleccionado específicamente el personal de salud que realiza atención prenatal tomando en cuenta la problemática de Muerte Materna en nuestro departamento interesa evaluar los conocimientos, actitud y prácticas que dicho personal posee, pero sin hacer excepción entre médicos o enfermeras (os) en sus distintos rangos.

A fin de lograr los objetivos propuestos se valoró a cada persona en estudio en cada atención prenatal brindada, se aplicaron los siguientes instrumentos: 1. Encuesta que permite caracterizarlos socio laboralmente e indagar sus conocimientos sobre Atención Prenatal y 2. Guía de observación que permite identificar las actitudes y describir las practicas del personal de salud durante la Atención Prenatal; como fuente secundaria para la recolección de información se utilizaron las normas y protocolos para la Atención Prenatal, entre otros documentos con contenido relevante a la investigación que se realiza.

Para la redacción del trabajo se utilizó el programa Microsoft Office Word y Power Point para la presentación del mismo.

En cuanto a las consideraciones éticas, se solicitó el permiso del director del centro de salud a través de una carta firmada por las autoridades de la Universidad; también se informó al personal de salud involucrado obteniendo su apoyo.

## **II- Justificación**

La cobertura en la Atención Prenatal constituye factores ligados a la salud materna y neonatal. Según MINSA (2017) La tasa de mortalidad materna ha reducido según datos a nivel nacional, aun así, sigue siendo una gran problemática, principalmente en el Departamento de Matagalpa que ocupa el segundo lugar en muerte materna. Es importante resaltar que la mayoría de complicaciones aparecen durante el embarazo y muchas de ellas son prevenibles o tratables mediante una Atención Prenatal de calidad; por lo que se requiere de un personal de salud capacitado que brinde una atención adecuada con conocimientos, actitudes y prácticas que contribuyan a un embarazo sano y un parto con feliz término.

El presente estudio pretende evaluar los conocimientos, actitudes y práctica sobre atención prenatal de bajo riesgo en el personal de salud que atiende embarazadas en el puesto de salud San Pedro, Municipio de Sébaco, departamento de Matagalpa, año 2017; este estudio permitirá observar los alcances que ha tenido la nueva edición de la Normativa 0-11 MINSA (2015), además; nos ayudará a identificar las debilidades que tiene el personal de salud en la Atención Prenatal, así mismo, a reforzar nuestros conocimientos y mejorar nuestra actitud y práctica para brindar una atención de calidad en el futuro.

Considerando que no se encontraron estudios relacionados a conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud sobre Atención Prenatal, éste estudio será parte de evidencia científica y servirá como antecedente para otros profesionales en salud que se interesen por el abordaje del tema, así mismo; como fuente de información para el estudio del mismo.

### **III- Objetivos**

Evaluar los Conocimiento, Actitudes y Práctica sobre Atención Prenatal de bajo riesgo en el personal de salud que atiende embarazadas en el puesto de salud San Pedro, municipio de Sébaco, departamento de Matagalpa , año 2017.

#### **Específicos:**

1. Caracterizar Socio laboralmente al personal de salud en estudio.
2. Indagar los conocimientos sobre Atención Prenatal de bajo riesgo en el personal de salud.
3. Identificar la actitud del personal de salud durante la atención.
4. Describir la práctica del personal de salud al momento de realizar la Atención Prenatal.

## **IV- Desarrollo**

**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. (Álvarez, 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, 2006)

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. (García, 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: Centro de Salud Tomás Borge Martínez- P/s San Pedro**

Centro de salud Tomás Borge Martínez, ubicado en la ciudad de Sébaco, costado este de la alcaldía municipal, fue inaugurado en el mes de Julio del año 2000, actualmente atiende una población total de 36, 817 habitantes, 17, 685 hombres (47%) y 19, 132 mujeres (53%), esta población se encuentra distribuida en un 68% en el casco urbano y un 32% en el casco rural; se estima un total de 10, 936 mujeres en edad fértil, 1, 093 partos esperados, 1, 088 nacidos vivos esperados y 1, 214 embarazos esperados. La población se encuentra distribuida en 23 sectores, siendo 15 las sedes centrales.

El presente estudio se realiza en el sector Nro. 7: p/s “San Pedro”, ubicado en el barrio San Pedro costado este del parque e inaugurado en el año 2016, Cuenta con agua potable, luz eléctrica, servicios higiénicos en buen estado, una farmacia con insumos básicos, cuarto de admisión y tres consultorios bien acondicionados. Se atienden 4 barrios y dos comunidades, Bo. Nuevo, San pedro, Porvenir 1 y Sébaco viejo, Com. Bilwasca y los encuentros, atiende de 8:00 am a 5:00 pm, actualmente atiende una población total de 4, 689 habitantes, 2, 252 hombres (48%) y 2, 437 mujeres (52%).

El total de la población gestante inscrita en los registros de Censo Gerencial del puesto de salud San Pedro, corresponde a 44 embarazadas, 29 elegibles para APN de Bajo riesgo y 15 elegibles para APN de Alto riesgo, todas del área urbana.

El puesto de salud San Pedro cuenta con 4 recursos: 1 Médico General en su 2do año de servicio social, 2 Aux. De Enfermería y 1 Enfermera MOSAF, de estos; solo dos recursos realizan controles prenatales.

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

**Personal de salud:** Según la OMS (2017) El personal sanitario son todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud.

**Edad Biológica:** 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. (Perez, 2012)

**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 aumentando siempre y cuando el trabajador no se separe de sus actividades por un lapso superior a un año. (Costa, 2015)

**Perfil profesional:** Descripción clara del conjunto de capacidades y competencias que identifican la formación de las personas asumiendo responsabilidades propias de una determinada profesión. (Mercado M. &., 1981)

- **Enfermera MOSAFC:** Según MINSA (2017) 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 morbimortalidad 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 sanitarias de su entorno bajo la supervisión del diplomado en

enfermería, el cual obtiene con 1 año de estudio. Por tanto su labor es principalmente asistencial aunque también tiene una vertiente administrativa (planificando, organizando y evaluando las unidades de trabajo) (Merino, 2011).

- **Enfermera profesional:** La enfermera(o) profesional está capacitado para 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, con una preparación teórica- práctica de 3 años de estudio. (Hernandez & Mercy, 2016)
- **Licenciatura de enfermería:** Según **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)

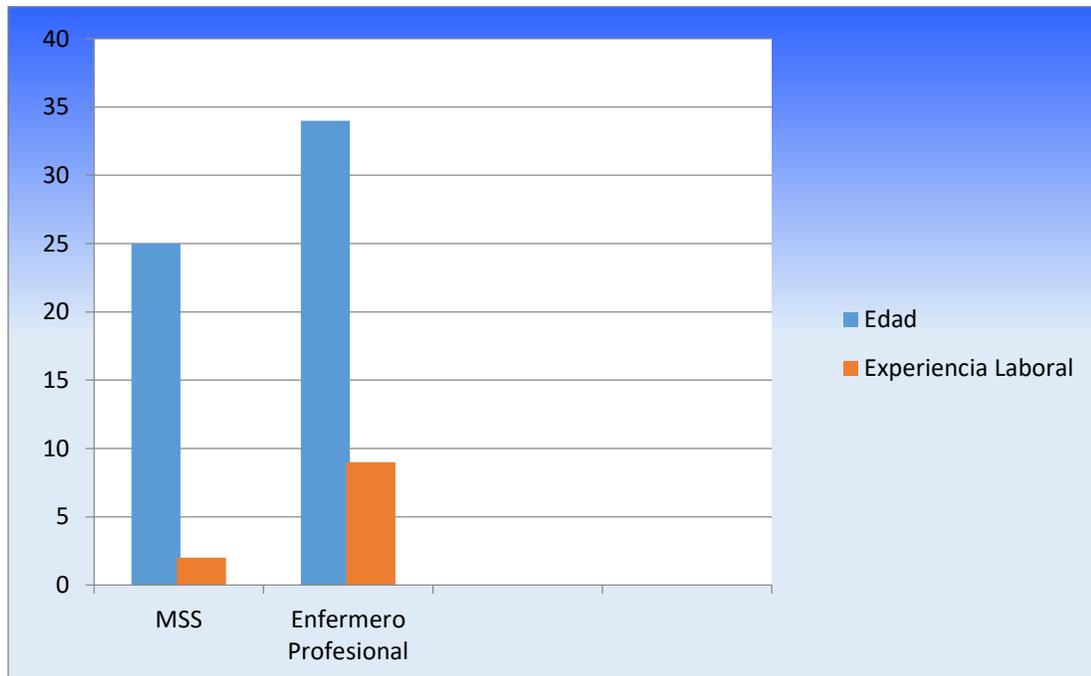
El Licenciado en Enfermería, dentro de sus funciones, puede dedicarse a ejercer la atención directa a pacientes de alto riesgo en prestaciones de alta complejidad; elaborar programas de enfermería, de atención comunitaria y de educación continua para el personal de enfermería, de servicios y docencia. 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).

### Gráfica N° 1: Caracterización Socio Laboral del Personal de Salud que realiza Atención Prenatal en el P/S San Pedro



**Fuente:** Anexo N°4, Tabla N° 1

En la gráfica anterior se observa que el personal de salud encuestado comprende las edades de 25 a 34 años de edad, con una experiencia laboral de 2 a 9 años, siendo el enfermero profesional el de mayor edad y mayor experiencia laboral.

Suele considerarse la experiencia laboral y el perfil profesional como indicador de calidad pero esto no asegura que el médico por ser de menor edad y menor experiencia laboral no realice APN de calidad; de la misma forma el perfil profesional no es un indicador directo de calidad de tal forma que no por ser médico o Licenciado en enfermería asegura mayor calidad de atención que un personal con un nivel académico inferior como auxiliar o profesional de enfermería; para brindar una APN de calidad se requiere la combinación de distintas variables las cuales se abordarán a lo largo del presente estudio.

## 4.2 Conocimientos sobre Atención Prenatal

**4.2.1 Concepto de Conocimiento:** El 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; se basa en informaciones objetivas. El conocimiento es la conciencia o percepción de la realidad adquirida a través del aprendizaje o la investigación. (Raile, 1989)

Representa un conjunto de cosas conocidas, incluye la capacidad de representarse y la propia forma de percibir y asimilar la realidad, indispensable para el desarrollo intelectual.

### 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:** El 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 les 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. (Andreu & Sieber, 2000)

#### **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 las 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)

**Concepto de 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 Protocolos 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 básicas sobre Atención Prenatal según (MINSA, 2015)**

A través de la encuesta realizada al personal de salud en estudio, se evaluó los conocimientos que poseen sobre Atención Prenatal según nueva edición de la normativa 011\_2015, dicha encuesta consta de 7 interrogantes cuyas respuestas serán evaluadas como **Bueno** o **Malo** según corresponda. Al finalizar se hará una evaluación final sumando el número de respuestas buenas y dependiendo del puntaje se valorará el nivel de conocimiento como:

Bueno: 6-7 respuestas correctas

Regular: 4-5 respuestas correctas

Malo: 0-3 respuestas correctas

## **Concepto de Atención Prenatal:**

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.

**El 100% del personal de salud encuestado contestó correctamente la interrogante sobre concepto de APN.**

Se evaluó como Bueno el conocimiento de ambos recursos, esto indica que tienen la base fundamental para realizar atenciones prenatales dado que para desempeñar un trabajo lo primero es conocer ¿Qué es y su principal propósito? que como bien lo dice la definición contribuirá al bienestar tanto de la madre como del bebé, cuidando del embarazo, parto y puerperio. Es esencial vigilar la evolución del embarazo, de esta forma se podrán identificar factores de riesgo y/o diagnosticar complicaciones oportunamente, brindar una atención adecuada y lograr que sea un parto con feliz término con madre e hijo (a) sanos; por tal razón es de suma importancia tener una clara definición de APN para brindar una atención de calidad.

## **Requisitos básicos de APN:**

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 garantizan el cumplimiento efectivo de las acciones, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la embarazada.

También debe de ser de:

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.

**El 100% de los recursos humanos que brinda APN en el P/s San Pedro conoce los requisitos básicos de Atención Prenatal.**

Se evaluó como Bueno el conocimiento de ambos recursos lo indica que pueden garantizar que la primera atención prenatal se realice antes de las 12 semanas del embarazo para así poder establecer la frecuencia y secuencia de atenciones necesarias para el cumplimiento de las acciones de protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la embarazada y que así se brinde una atención completa.

También es obligación del personal de salud garantizar que el 100% de las embarazadas reciban atención prenatal aun en los lugares más lejanos del territorio, dicha atención debe ser de calidad y equidad donde se satisfaga las necesidades de toda embarazada sin importar la edad, raza, condición económica, religión etc.

Dado que el personal de salud conoce los requisitos básicos de atención prenatal es de suma importancia que los cumpla al momento de la práctica. Se observó que el personal mostraba preocupación por el cumplimiento de dichos requisitos dado que visitaban las embarazadas inasistentes, daban una adecuada continuidad a las atenciones y sobre todo sin discriminación alguna.

### **Clasificación del riesgo en Atención Prenatal:**

Esta clasificación se basa en el 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.

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

**Para determinar el nivel de riesgo de la embarazada se utilizará el formulario de clasificación de riesgo.**

- En la primera atención prenatal aplicar el formulario de 18 preguntas con respuestas cerradas si/no.
- Si responden si a cualquiera de las preguntas, se deberá clasificar como embarazada de alto riesgo.
- Se clasifica el riesgo y se designa el tipo de atención a desarrollarse:  
Básico (esto equivale a decir que la embarazada es de bajo riesgo).  
Cuidados especiales (esto equivale a embarazada de alto riesgo)
- El formulario debe aplicarse en cada atención prenatal y de acuerdo al resultado del paciente, este puede continuar en bajo riesgo o en alto.

## RECUERDE:

- Una mujer que inicialmente es derivada a un nivel de atención superior debido a una patología identificada en el formulario de clasificación del riesgo, posteriormente puede ser considerada apta para seguir el componente básico. El especialista debe determinar el manejo de seguimiento en la hoja de contra referencia, así mismo garantizar y recomendar referencia oportuna a casa materna.
- Así mismo si una paciente está en el grupo de cuidados especiales “ALTO RIESGO OBSTETRICO” debe de cumplir un máximo de 7 atenciones prenatales, si por alguna patología o comorbilidad debe de evaluarse con mayor periodicidad se deberá de consignar Consulta Médica por Patología o Seguimiento de Patologías (a criterio del médico tratante) y eso deberá de consignarse como consulta médica, no es correcto establecer como APN a aquellas pacientes que se valoran de forma semanal o quincenal en seguimiento por una causa distinta a la atención prenatal.
- Las consultas médicas por patologías no deben de registrarse en el SIVIEMB.

**El 100% del personal de salud en estudio contestó correctamente la interrogante sobre Clasificación de riesgo en APN.**

Dado que el personal de salud tiene un conocimiento Bueno sobre la clasificación de riesgo tiene la capacidad de designar el tipo de atención que necesita cada embarazada de acuerdo a sus necesidades. Aunque cada paciente es única pueden ser divididas en 2 grupos dependiendo de ciertos factores los cuáles indicarán la frecuencia en que serán atendidas y los cuidados que deben recibir, ya sea de Bajo riesgo o Alto Riesgo, para esto también deben de conocer los factores de riesgo o peligro que puedan afectar la sana evolución del embarazo y por lo cual la paciente amerite cuidados especiales y atención con mayor frecuencia, si el personal que atiende domina estos conocimientos su atención será de mayor calidad.

## **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, 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 100% de los recursos de salud en estudio tienen conocimiento sobre el número de actividades que se deben realizar en APN de Bajo Riesgo.**

Dado que el conocimiento de los recursos es Bueno está capacitado para brindar una atención completa garantizando el número de visitas y de acciones correspondientes en tiempo y forma según su clasificación, así también se evitará hacer uso irracional de insumos médicos indicados solo para embarazadas de Alto riesgo.

El hecho de que el personal conozca y clasifique de manera adecuada beneficiará tanto a la usuaria como a él mismo dado que hará una mejor organización con las visitas de la embarazada a su CPN, evitará que la paciente acuda a la unidad de manera innecesaria, y así mismo se asegurará que las pacientes de alto riesgo reciban todas las atenciones correspondientes.

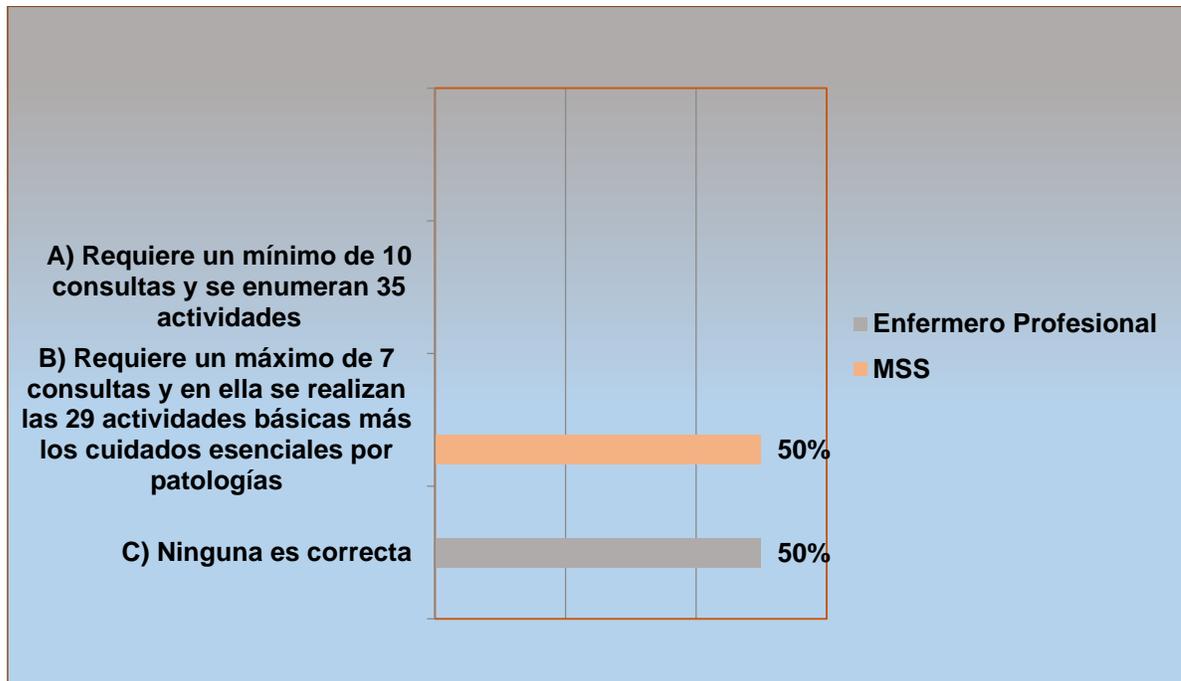
## **Embarazo de Alto Riesgo**

Es aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto que aumentan los peligros para la madre y el feto. (MINSA, 2015)

- Constituye en promedio el 25% de todas las mujeres que inician atención prenatal.
- Se le brindan las acciones de componentes básicos, más los cuidados especiales de acuerdo a los requeridos por la patología materna.
- Las atenciones prenatales en este grupo de riesgo son máximo 7 consultas
- La vigilancia de la morbilidad es mediante consultas y evaluaciones periódicas sin que estas se consideren atención prenatal.
- Es importante mencionar que si por una razón la paciente acude a la consulta médica que no sea atención prenatal y se le encuentre alguna prueba de laboratorio alterada que requiera de clasificación, se llena la casilla correspondiente a la clasificación de riesgo y se pasa al grupo de ARO para siguiente control prenatal.
- No obstante en cada consulta se deben realizar las actividades que son de carácter obligatorio con el fin que garantice la estabilidad y vigilancia fetal y deben interrogarse y dejarse establecido en la evaluación médica, en el expediente clínico, como los signos vitales, frecuencia cardiaca fetal movimientos fetales, evaluación de datos de alarma, peso y análisis del incremento del peso materno.

Formulario de Clasificación del Riesgo, Criterios para Clasificar el Riesgo en la Atención Prenatal (Ver anexo N° 6).

## Gráfica N° 2: Conocimiento del personal de salud sobre Número de Actividades en Atención Prenatal de Alto Riesgo



**Fuente:** Anexo N°4, Tabla N°2

La gráfica anterior muestra que el 50% del personal de salud contestó correctamente la interrogante sobre el número de actividades que se realizan en APN de alto riesgo.

Aunque dicho conocimiento no es esencial en APN de bajo riesgo es importante que el personal de salud domine un poco sobre ello dado que cualquier embarazada podría presentar alguna patología y/o complicación a lo largo de la gestación y por ende el personal deberá referir a una unidad de mayor resolución, así mismo; una paciente de ARO puede ser derivada a recibir seguimiento en atención de bajo riesgo, es por esto que mientras más conocimientos tenga el personal mejor será la respuesta y atención a cada condición médica de sus pacientes.

Se evaluó como Bueno el conocimiento del médico y como Malo el conocimiento del enfermero.

## **Actividades básicas que se deben cumplir en las atenciones prenatales y sus definiciones según (MINSAs, 2015)**

### **1. Llenado de expediente clínico, HCP y resto de formularios (ver anexo N° 7).**

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 él tienen carácter de testimonio. (MINSAs, 2013).

#### **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 (MINSAs, 2013).

### **Historia clínica perinatal:**

La historia clínica perinatal, 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 (MINSA, 2013).

### **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, 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 (2015) Atención Prenatal, Parto, Puerperio y Recién Nacido de Bajo Riesgo; 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 preguntas 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).

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:**

### **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 Nro. 4, pág.34 )

### **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 Recién Nacido 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: N°. de latidos por minuto
- Presión arterial en mm/hg (Milímetros de Mercurio)
- 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.

Según Méndez (1998) 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 anestesiólogos. (Méndez, 1998)

Los hábitos de consumo de tóxicos ha 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 tiene para el desarrollo de la gestación un consumo considerable de tabaco durante el mismo.

**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.

**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.

**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:** 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.

**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:** Censo Gerencial para las Embarazadas, Puérperas y Postnatales (Censo Gerencial): 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. (MINSAs , 2012).

### **Objetivos del censo gerencial:**

- Estandarizar el llenado correcto y la interpretación de los datos del registro de las mujeres en el periodo de embarazo, parto, puerperio y postnatal con la participación activa de la comunidad y demás establecimientos del sector salud.
- Disponer de información actualizada, completa, oportuna y aplicable en la planificación de acciones para la prevención y búsqueda de Inasistentes a la Atención Prenatal, Parto Institucional, Atención Puerperal y Atención Postnatal.
- Identificar las mujeres con factores de riesgos obstétricos y reproductivos, para la toma de decisiones oportunas.
- Evaluar la cobertura por comunidades y barrios, de los servicios ofrecidos por el Sector Salud para la atención de las mujeres en periodo de embarazo, parto institucional, planificación familiar y lactancia materna.
- Alimentar el Sistema de Vigilancia de la Embarazada (SIVIEMB) implementado en los establecimientos de salud a nivel nacional.

### **Políticas de operación.**

El Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales deberá ser aplicado en todos los establecimientos de salud públicos y privados, que atienden mujeres en el embarazo, parto, puerperio y postnatal. La gerencia de esta herramienta, será responsabilidad del director/a de los establecimientos de salud públicos y privados. (MINSAs , 2012)

Las orientaciones del “Manual Metodológico del Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales”, son de cumplimiento obligatorio para todo el personal de salud que brinda atención directa a las embarazadas, puérperas y postnatales, del Sector Salud (establecimientos públicos y privados). (MINSAs , 2012)

#### **4. Antecedentes personales, familiares y antecedentes obstétricos:**

##### **Antecedente:**

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 de pre eclampsia 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 confieran alguna ventaja a la embarazada, por ejemplo en caso de antecedente de rubéola.

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.

**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.

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 características 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:

**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. (Cordero M & 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, 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. (Cordero M & Espinoza N, 2013).

**En la embarazada:** La talla materna es aceptada como un indicador antropométrico de riesgo de complicaciones obstétricas, como desproporción céfalo- pélvica (DCP), trabajo de parto disfuncional y parto operatorio, la causa radica en la relación entre talla e índice pélvico. Por ello es importante determinar la talla baja como factor de riesgo, que permitirá tomar acciones adecuadas, al referir en forma oportuna a las embarazadas que lo ameriten previniendo las muertes maternas y perinatales. (Trujillo B, 2001)

### **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.

## **6. Medición de peso:**

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:**

Báscula graduada en libras o kilos

Papel periódico

Libreta

Expediente clínico

Lapicero

### **Procedimiento:**

- Reunir equipo necesario.
- Observar que la báscula está 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. (Ralph C & Carvajal J, 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 estreptococo mutans de la madre hacia el niño tiene efecto en la incidencia de caries dental en niños a su vez está relacionada a nacimientos antes de la fecha probable de parto el bebé 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, 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, 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, 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, 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:**

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 biparental 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. (www.consumer.es, 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, 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, 2015).

**Por altura del fondo uterino:**

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 centímetros cada mes, hasta el octavo mes; posterior a esta edad gestacional el crecimiento es a un ritmo no perceptible.

**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 gestograma de CLAP (centro latinoamericano de perinatología). (MINSA, 2015).

**Por ultrasonografía:**

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

## 9. Evaluación del estado nutricional en base al Índice de Masa Corporal (IMC)

**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. (MINSAs, 2009).

El índice de masa corporal es 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 (m<sup>2</sup>).  $IMC = \text{peso en kg} / \text{talla m}^2$ .

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, 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 N°8).

#### **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 embarazo**

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). (Ver anexo N°9).

### **Incremento de Peso Materno**

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:** ( $> 30 \text{ Kg/m}^2$ )

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

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

**Fuente:** Normativa 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:**

**1. 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.

## **2. 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.

### **11. Determinar esquema vigente de DT (Vacuna Antitetánica)**

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.

## **12.Determinación de la presión arterial (registro, análisis e interpretación) de signos vitales (FC, FR, T)**

**Signos Vitales:** Reflejan funciones esenciales del cuerpo, incluso el ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria, la temperatura 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. La temperatura normal de un adulto varía, con respecto al sitio anatómico en que sea tomada puede ser:

- Axilar: 36 a 37 °C
- Bucal: 36.2 a 38 °C
- Rectal: 37 a 38 °C

En la temperatura rectal el resultado es de 0.5 a 0.7 °C mayor que la temperatura oral, mientras que la temperatura oral es 0.5 °C menor.

- **Frecuencia Cardíaca:** 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; los rangos normales del pulso en una persona adulta es de 60 a 80 latidos por minuto.

- **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, esta puede ser de 12 a 20 respiraciones por minuto.
- **Presión arterial:** Presión arterial (o presión sanguínea o presión venosa) Presión que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias. (A.D.A.M, 2017)

**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.

En las embarazadas la presión varía y es de gran importancia evaluar principalmente la presión diastólica ya que por sí sola es un indicador de hipertensión en el embarazo. Una PA sistólica por encima de 120mmHg y diastólica por encima de 90 mmHg y la proteinuria define la pre eclampsia; por ello es de gran importancia la toma de PA en cada atención prenatal que se brinde.

**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 tensión arterial 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 (tensión arterial sistólica/tensión arterial diastólica) y en ese orden (ej.: 120/70 mm Hg).

### **Método Auscultatorio:**

- 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 la 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**.

Si existe:	Conducta a seguir:	Refiera a:
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ P. A. normal:120/60</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Continuar en atención APN de bajo riesgo</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Presión arterial mayor o igual a 140/90, o</li> <li>➤ 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.</li> <li>➤ Presión diastólica mayor de 90mmHg + Proteinuria: Es indicativo de <b>PREECLAMPSIA MODERADA.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se deberá de abordar como lo indican los Protocolos para la Atención de las complicaciones Obstétricas.</li> </ul>	<p><b>Traslado inmediato para atención especializada</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Presión diastólica igual o mayor a 110mmhg. + Proteínas (+++) Es indicativo de <b>PREECLAMPSIA GRAVE</b></li> </ul>	<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 <b>NO</b> por debajo de 90mmhg para evitar hipoperfusión placentaria y hemorragia cerebral.</p> <p><u>Si no puede trasladarla:</u>  Maneje en la misma forma que intrahospitalariamente (Ver Manejo del Síndrome Hipertensivo Gestacional en la Normas y Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstétricas).</p>	<p><b>Hospitalización</b></p>

Fuente: MINSA, Normativa 011 (2015)

### **13.Exámenes de Laboratorio:**

Procedimiento de elección para identificar cualquier alteración en la salud y se debe aplicar como rutina en todas las embarazadas. (Schwartz Ricardo, 1995).

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 el bebé 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 neonatal (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 primer consulta prenatal que se lleve a cabo, incluyendo el primer nivel de atención.

Esta acción permitirá definir el riesgo de Isoinmunización. 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.

### **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 especuloscopia 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 especuloscopia, 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 dado 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 diagnóstico 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:** 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:** también llamadas 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.

## **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 de 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 desdoblan 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 granuloso:** 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 nefropatas de larga evolución.
- **Cilindros de IRA:** Son cilindros granuloso de diámetro de 3 o 4 veces mayor que los cilindros habituales. Traducen la existencia de túmulos 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 la IVU (Infección de Vías Urinarias)**

#### **Esquema A:**

Nitrofurantoína con cubierta entérica (capsula) 100 mg P.O cada 12 horas por 7 días; o Nitrofurantoína 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/SIDA:**

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.

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 (chinches). Es una enfermedad potencialmente mortal y muy grave, pero curable si se trata con los antiparasitarios adecuados. (García, 2016)

El diagnostico 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 (*leishmaniosis* principalmente), la serología puede ser positiva.

## 14. 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, 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 macrosomía fetal en un 92%, una vez excluido el embarazo gemelar, polihidramnios y miomatosis uterina. (UNAN, 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 N° 10).

## **15. 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, 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, éste 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 continua 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, 1979).

## **16. 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, 1997)

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 (ver ilustraciones en anexo N° 11).**

**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, 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 lambdaidea o menor.
2. De sincipicio: 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 longitudinales, transversos y oblicuos. (MINSA, 2015)

1. Longitudinal: ángulo de  $0^\circ$ .
2. Transversa: ángulo de  $90^\circ$ .
3. Oblicua: ángulo mayor que  $0^\circ$  y menor que  $90^\circ$ .

### **Maniobras de Leopold (ver ilustraciones en anexo Nro.9)**

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.

**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.<sup>1</sup> 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. Clasificación de Alto Riesgo Obstétrico**

El concepto de ARO debe de quedar bien establecido, se discontinuará el termino ARO Potencial o ARO Real. De acuerdo al formulario de clasificación de riesgo para la embarazada, si no tiene ningún factor de riesgo es clasificado como Bajo Riesgo Obstétrico y la paciente embarazada que tiene un factor de riesgo es una paciente de Alto Riesgo que requiere cuidados especiales.

Para determinar el Nivel de riesgo de la embarazada. Se utilizará el formulario de clasificación de Riesgo en la primera atención prenatal aplicar el formulario: 18 preguntas con respuestas cerradas si/no.

Si responden si a cualquiera de las 18 preguntas se deberá de clasificar como embarazada de ALTO RIESGO. (MINSa, 2015)

Todo personal de salud médicos y enfermería debe realizar la clasificación del riesgo a toda embarazada en cada atención prenatal, con el objetivo de identificar aquellas que necesiten cuidados especiales y las que deben ser tratadas con los criterios normal del embarazo de bajo riesgo.

Enfermería debe estar capacitada para identificar los criterios para clasificar a una embarazada de alto o bajo riesgo, y de igual manera realizar valoración precisa en cada embarazada.

## **19. 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.
- Si la mujer ha recibido consejería en lactancia materna tal como se definió, se registrará en la HCP según corresponda. (MINSa, 2013)

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, 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 dento-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 oro faríngeas.

### **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.

**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.

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 la 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.

**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. (MINSA, Normativa 002 , 2009)

## **20. 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, dietas 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. (Garfias, 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 , 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 evidencias 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, 2015).

## **21. 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  $\geq 30$  Kg/m<sup>2</sup>. 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, 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, 2011)

#### **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 semanas, 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.

**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. (Garfias, 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, 2015)

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

### **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, 2015)

El albendazol es un agente sintético derivado del benzimidazolico; 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 2° y tercer trimestre.

Este disminuye peso no adecuado 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, 2015)

#### **24. 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, 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 a fin de disminuir la mortalidad materna domiciliar. (MINSA, 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 las 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 , 2012)

### **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. (MINSAs , 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. (MINSAs, 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. (MINSAs, 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 enviara, informar a familiar o acompañante sobre la condición de la embarazada, llenar adecuadamente la hoja de referencia.

### **Condiciones de traslado:**

Embarazada canalizada con Bránula 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, 2015).

## **27. Confirmar o descartar alguna ITS y aplicar tratamiento según Normativa 113 (2013) “Guía para la atención de ITS, manejo sindrómico”**

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 trasmisión 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, 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 sindrómico:**

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.

**Manejo sindrómico** 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.

**28. En caso de amenaza de parto pre término, aplicar Dexametazona (ampolla 4mg o 8mg)**

Dexametazona (fosfato sódico) Glucocorticoide con actividad mineral o corticoide insignificante. Es un potente glucocorticoide sintético con acciones que se

asemejan a las hormonas esteroides .actúa como antiinflamatorio e inmunosupresor, su potencia es de 20-30 veces la de la hidrocortisona y 4-5 veces mayor que la prednisona.

**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. (MINSA, 2012)

Los cuidados obstétricos esenciales 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, 2015)

### **Termino 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, Ergometría, 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.

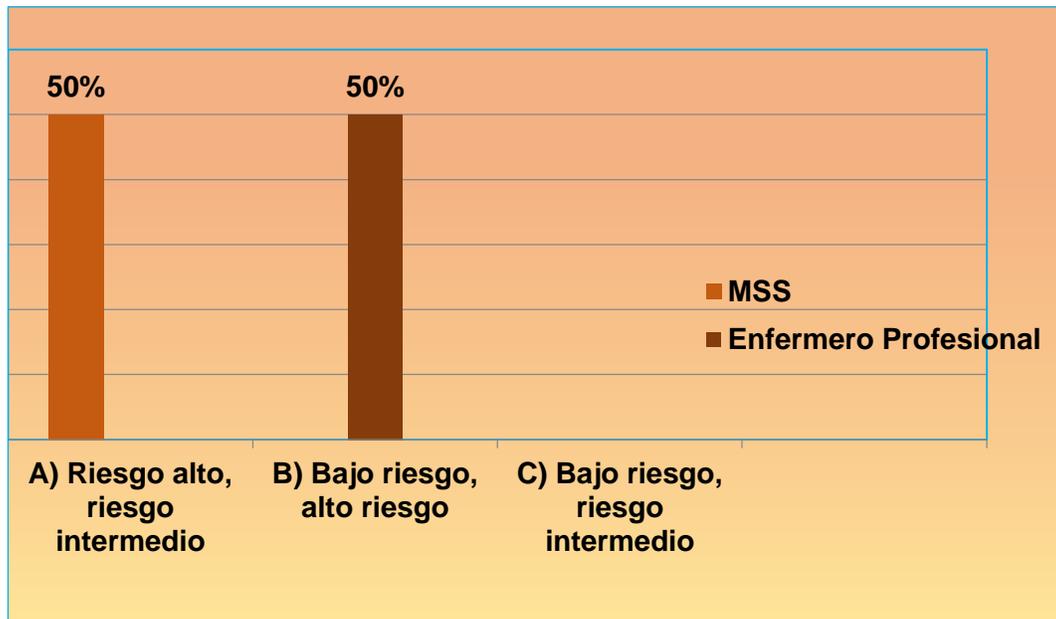
### **Nueva clasificación de riesgo para desarrollar síndrome Hipertensivo Gestacional**

#### **Factores de riesgo para desarrollar pre eclampsia:**

En toda paciente embarazada debe establecerse en la historia clínica aquellos factores que están relacionados de acuerdo a la medicina basada en evidencia aun mayor riesgo de síndrome hipertensivo gestacional para su debida clasificación, a través del estudio de:

- **Antecedentes obstétricos:** pre eclampsia previa, anticuerpo anti fosfolípido, hipertensión arterial .enfermedad renal o diabetes persistente.
- **Embarazo actual:** IMC mayor de 29 kg, historia de madre o hermana con pre eclampsia, edad materna, extremo de edades, periodo intergenésico mayor a 10 años, migraña y tabaquismo.

### Gráfica N° 3: Conocimiento sobre Nueva Clasificación de Riesgo para desarrollar Síndrome Hipertensivo Gestacional



Fuente: Anexo N°4, Tabla N°2

La gráfica anterior muestra que el 50% de los recursos en estudio tiene conocimiento sobre la nueva clasificación de riesgo para desarrollar SHG.

Es importante que todo el personal que brinda atención prenatal conozca los factores de riesgo que conllevan a una enfermedad hipertensiva durante el embarazo y su debida clasificación, ya sea en Alto Riesgo o Riesgo Intermedio, aun si sus pacientes son de Bajo Riesgo puesto que cualquier embarazada puede sufrir un SHG sin antecedente alguno asociado y de ser así el personal debe brindar cuidados especiales e instaurar Tratamiento oportuno a fin de evitar complicaciones, siendo que éste es la complicación medica más frecuente del embarazo.

Se evaluó como **Bueno** el conocimiento que posee el recurso médico y como **Malo** el conocimiento del enfermero.

## **Tratamiento profiláctico según riesgo para desarrollar Síndrome Hipertensivo Gestacional**

### **Embarazadas que requieren uso de ASA (ácido acetilsalicílico):**

- De acuerdo a la OMS el uso de aspirina reduce el riesgo de pre eclampsia (17 veces).
- Alto riesgo de forma graves de pre eclampsia (25 veces)
- Parto pre término(18 veces)
- Mortalidad perinatal (14 veces)
- Recién nacidos para edad gestacional (10 veces)
- Recién nacidos que requieren uso de ventilación mecánica (21 veces)

La administración de ácido acetilsalicílico (aspirina) se prescribirá de la siguiente manera:

De acuerdo a riesgos encontrados se deberá clasificar en:

### **Riesgo alto para desarrollar síndrome hipertensivo gestacional:**

- Enfermedad hipertensiva con embarazo previo.
- Enfermedad renal crónica.
- Enfermedad auto inmune previa o diagnosticada durante el embarazo actual (síndrome anti fosfolípido/lupus eritematoso sistémico).
- Diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2.

### **Embarazada con riesgo intermedio para desarrollar síndrome hipertensivo gestacional:**

- Periodo intergenésico mayor a 10 años.
- IMS mayor a 29 kg/m.
- Historia familiar de pre eclampsia, madre o hermana del paciente.
- Embarazo múltiple.
- Extremos de edades, menor de 20, mayor de 35 años con uno o más criterios anteriormente mencionados.

### **Prescripción de ácido acetilsalicílico (aspirina):**

- Embarazo con Riesgo Intermedio de pre eclampsia: 100mg de aspirina Po. Id antes de acostarse ,iniciar mínimo a las 12 semanas de gestación máximo a las 16 ,continuar hasta las 36 semanas de gestación, después de las 16 semanas de gestación no tiene ningún efecto, ni utilidad clínica.
- Embarazo de Alto Riesgo de pre eclampsia: 1tab de 100mg al día, este grupo de mujeres pueden usar hasta 150mg, esto queda a criterio del especialista.

### **Prescripción del calcio:**

- En el grupo de pacientes con Alto Riesgo de pre eclampsia se prescribirá vía oral ,1800mg p.o. ID partir de las 12 semanas de gestación, máximo hasta la 16 y se cumplirá hasta las 36, la evidencia demuestra que esta estrategia tiene una mayor utilidad en aquel grupo que baja ingesta de calcio. después de las 16 semanas de gestación no tiene ningún efecto.
- En el Riesgo Intermedio sólo se usa aspirina.

### **El personal de salud conoce el Tx profiláctico según riesgo para desarrollar SHG en un 100%.**

Se considera que si el personal sabe clasificar e instaurar Tx adecuadamente hará buen uso de los insumos médicos, es decir que indicará ASA y/o Calcio solo a pacientes que lo necesiten, sin embargo; el personal encuestado demostró lo contrario dado que instauraba tratamiento a pacientes de bajo riesgo (sin ningún factor de riesgo desencadenante) esto perjudica a las pacientes que si lo necesitan, puesto que mucha veces no se cuenta con los insumos suficientes por lo que no se da el tratamiento completo.

En general el recurso médico respondió correctamente el total de las interrogantes alcanzando el máximo puntaje (7pts) es decir el 100%, por lo tanto el conocimiento que tiene el médico es **Bueno**.

El Enfermero profesional mostró debilidad en 2 interrogantes, obtuvo 5pts es decir el 71% por lo que su conocimiento es **Regular**.

### **4.3 Actitud del personal de salud que atiende a las embarazadas**

**4.3.1 Concepto de Actitud:** Una actitud es una disposición mental y neurológica, que se organiza a partir de la experiencia y que ejerce una influencia directriz o dinámica sobre las reacciones del individuo respecto de todos los objetos y a todas las situaciones que les corresponden (Ubillos & Mayordomo, 2009).

La actitud tiene un papel motivacional de impulsión y orientación a la acción, tiene un componente de evaluación o afectividad simple de agrado o desagrado.

De acuerdo a la Real Academia Española, la actitud es el estado de ánimo que se expresa de una cierta manera. (Gardey, 2008)

**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 “empáttheia” 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 otro 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. (Larouse, 2013)

**4.3.3 Definición de comunicación:** El término comunicación procede del latín *communicare* 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, 2008)

#### **4.3.4 Tipos de Actitud:**

- **Actitud Positiva**

La que caracteriza a las personas que hacen un esfuerzo por ver lo bueno en prácticamente todo y mantienen un buen optimismo. Esta permite afrontar una situación enfocándose únicamente en los beneficios y enfrentar la realidad de forma sana. (Soto, 2015)

Para Argera (2006) “La actitud positiva significa elegir pensar de forma constructiva, objetiva y sana; así mismo, visualizar, anticipar lo mejor y aprender a pensar en lo bueno y lo agradable. Nuestros pensamientos son realmente poderosos, la importancia que ejerce ser optimistas en la vida refleja siempre el estado de nuestra vida interior, nuestra filosofía y de nuestra perspectiva”.

- **Actitud Neutral**

Actitud o situación de la persona que no se inclina a favor de ninguna de las partes enfrentadas en conflictos de intereses. (RAE, 2007).

- **Actitud Negativa**

Es la que caracteriza a las personas que observan su entorno de manera pesimista y aunque haya cosas que salgan bien, se enfocan en lo poco que salió mal. Esta comúnmente, lleva a pensamientos de frustración y evita que se alcancen los objetivos trazados. (Soto, 2015)

Para Argera (2006) “siempre encuentra defectos a todo lo que se hace o se propone. Absolutamente todas las actividades o labores que efectúan o plantean, se encuentran (según esta actitud) rociados de desperfectos”.

### **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 al 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.

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 médico 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 diagnóstico 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° 1: Actitud del Personal de Salud que brinda Atención Prenatal en el P/S San Pedro.**

Actitud del personal de salud	N° de APN observadas	Actitud Positiva	%	Actitud Negativa	%	Actitud Neutral	%
Médico servicio social	12	12	100	0	0	0	0
Enfermero profesional	17	17	100	0	0	0	0
<b>Total</b>	29	29	100	0	0	0	0

Fuente: Anexo N°4, tabla N° 3

De acuerdo con los datos de la tabla el 100% de los recursos estudiados mostró una actitud positiva durante la Atención prenatal.

Se observó un total de 29 controles prenatales de bajo Riesgo en los cuales se pudo identificar una actitud positiva en el total de los mismos, cumpliendo con 8 de 9 parámetros establecidos, es decir 89%, el porcentaje restante corresponde a una debilidad identificada en ambos recursos, esta debilidad está relacionada al protocolo acogida al usuaria, ellos no se presentaron ante la paciente con su nombre y esto es importante para brindar confianza y mantener una comunicación afectiva con la usuaria donde ella pueda aclarar sus dudas, exponer sus problemáticas e incluso cooperar con las acciones correspondientes contribuyendo a que la atención sea de calidad y sea satisfactoria tanto para la embarazada como para el proveedor de salud.

Dicho resultado se dio a conocer al personal de salud involucrado en la encuesta, se mencionó la importancia de estas características para mostrar una actitud positiva frente a la embarazada y mejorar la calidad de atención y es que no basta poseer solo conocimientos o realizar las actividades según normas y protocolos, hace falta mostrar calidez humana y mantener una comunicación afectiva con la usuaria para que esta quede satisfecha con la atención brindada.

#### **4.4 Práctica del personal de salud que realiza Atención Prenatal**

**4.4.1 Concepto de práctica:** Es la 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. (García, 2014).

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. (Pérez, 2010)

#### **4.4.2 Práctica del personal de Salud en APN**

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. (Lázaro, 2008)

- **Practica completa:** realización y ejecución de las actividades correspondientes a cada Atención Prenatal alcanzando el 85% de las actividades propuestas realizadas con calidad de forma precoz y continua.
- **Practica incompleta:** es la realización y ejecución de algunas de las actividades correspondientes a cada Atención Prenatal, sin alcanzar el 85% de las actividades propuestas en algún trimestre del embarazo o en todo el embarazo.

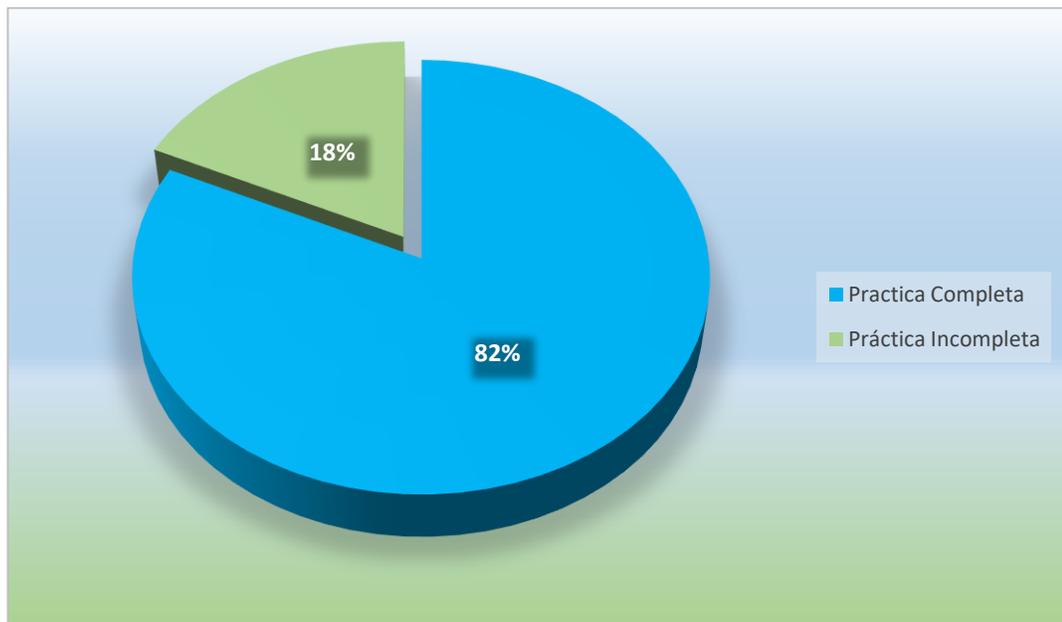
#### **4.4. Actividades que deben realizarse en cada Atención Prenatal según (MINSA, 2015)**

##### **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 carné 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.

## Gráfico N°4- Práctica del personal de salud en la primera Atención Prenatal



**Fuente:** Anexo N°4, Tabla N°4

El número de actividades realizadas correctamente por el personal de salud en la primera APN es equivalente al **82%**, dado que no alcanza el umbral de calidad establecido por el MINSA (85%) se evalúa como **Practica Incompleta**.

Se observó un total de 4 APN, 2 realizadas por el recurso médico y 2 realizadas por el enfermero. Las debilidades mostradas por el personal de salud corresponden a: examen odontológico en un 25% y examen de mamas en un 75%, consejería en LM, P/F y Cuidados del RN en un 100%. Es importante que el personal de salud mejore esta práctica puesto que es indispensable para detectar factores de riesgo y actuar oportunamente. Se debe asegurar el examen odontológico y en caso de alguna anomalía se debe referir o brindar Tx a la embarazada para prevenir patologías asociadas al Bebé, como nacimiento pre término y bajo peso al nacer, así mismo prevenir complicaciones en la madre, de la misma manera el examen de mamas es esencial para identificar problemas con la posterior alimentación con leche materna, ésto en caso de pezones planos o

invertidos los cuales pueden corregirse antes del nacimiento del Bebé en Atención Primaria, además; es el momento oportuno para brindar consejería sobre LM, dando a conocer los beneficios para el bebé y la madre. También es importante informar sobre los métodos de planificación disponibles en la unidad y el más adecuado para ella después del parto y sobre todo se debe brindar consejería sobre cuidados del RN y señales de peligro desde la primera visita, los cuidados y la consejería que se brinda a las pacientes influye en su preparación física, mental y emocional para la maternidad, parto y puerperio.

## **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**

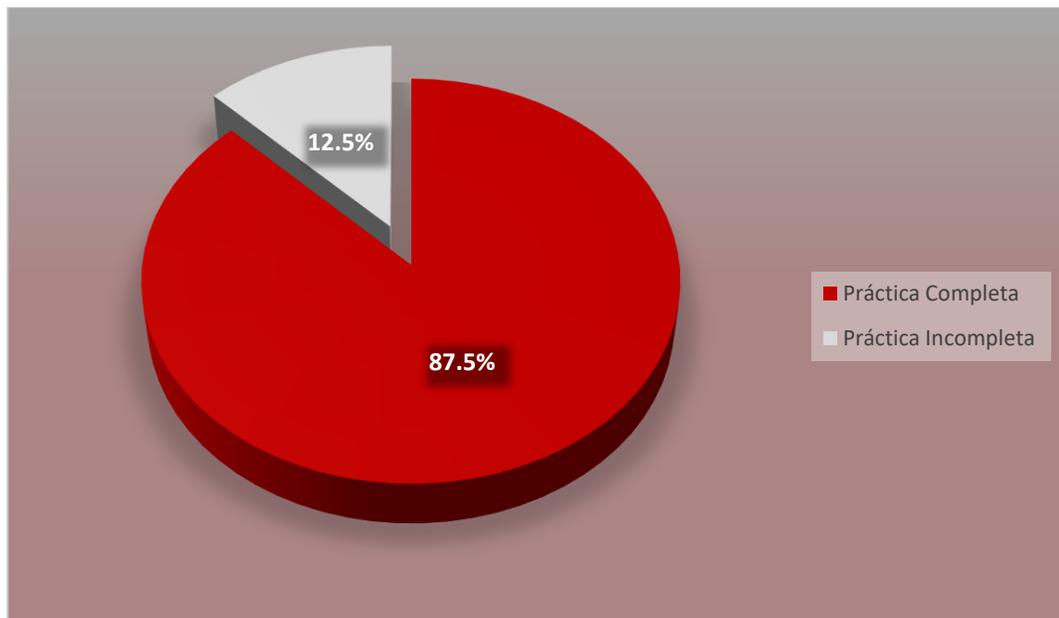
- Preguntar sobre signos, síntomas o situaciones particulares que se han presentado desde la primera atención prenatal relacionados o no con la Historia Clínica Perinatal (HCP).
- Preguntar acerca de la fecha en que la madre tuvo el primer reconocimiento de los movimientos fetales para registrarlo en el expediente clínico.
- Indagar acerca del cumplimiento de todas las indicaciones de la primera atención, la ingesta de otros medicamentos, diferentes al hierro y ácido fólico.
- Interpretar y dar a conocer a embarazada los resultados de exámenes prescritos en la primera atención prenatal.

**Conducta según evidencia en 2da. Atención prenatal**  
**Factores de Riesgo del Embarazo Actual**

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

Fuente: MINSA, Normativa 011 (2015)

**Gráfico N° 5- Práctica del personal de salud en la segunda Atención Prenatal**



Fuente: Anexo N°4, Tabla N°5

El gráfico muestra que el **87.5%** de las actividades correspondientes en la segunda atención prenatal fueron realizadas correctamente, dado que sobrepasa el umbral de calidad establecido por el MINSA se evalúa la práctica del personal de salud como **Práctica Completa**.

Se observó un total de 9 APN, 6 fueron realizados por el Enfermero profesional y 3 fueron realizados por el recurso médico. Se identificaron 3 debilidades en ambos recursos que corresponden a: consejería en LM, P/F y Cuidados del RN, negociar Plan Parto y administración de Dexametasona a pacientes sin riesgo de APP.

Es de suma importancia reforzar dichas debilidades, la consejería es fundamental, en ella se abordan puntos importantes que servirán a la gestante en especial después del parto, para asegurar su bienestar y el de su bebé.

Al no negociar plan parto el personal de salud corre el riesgo de una muerte materna domiciliar dado que sin éste, hay menos organización para una atención precoz, seguimiento y preparación de la embarazada.

Se observó que en el área de estudio la Dexametasona se aplica a toda embarazada de las 26 a 34 SG sin Amenaza de Parto Pre término lo cual se considera incorrecto. No se han encontrado estudios relacionados a efectos adversos y complicaciones en la aplicación de Dexametasona en pacientes sin APP, solo estudios relacionados a la aplicación de dosis repetitivas. Se conoce que dosis repetitivas de corticoides, disminuyen el distrés respiratorio y la morbilidad fetal, sin embargo; estos beneficios están asociados a una reducción de peso al nacer.

Todos los recursos de salud deben realizar sus actividades según lo indicado en normas y protocolos MINSA. Si no se realizan o se realizan de manera innecesaria se podría perjudicar tanto a la embarazada como al bebé; es por eso que el personal debe estar actualizado y tener dominio teórico-práctico en la atención prenatal.

## **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.

Algunas embarazadas tendrán su parto antes de la siguiente atención programada. Se debe aconsejar a la embarazada sobre los síntomas y signos de los prodromos 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.

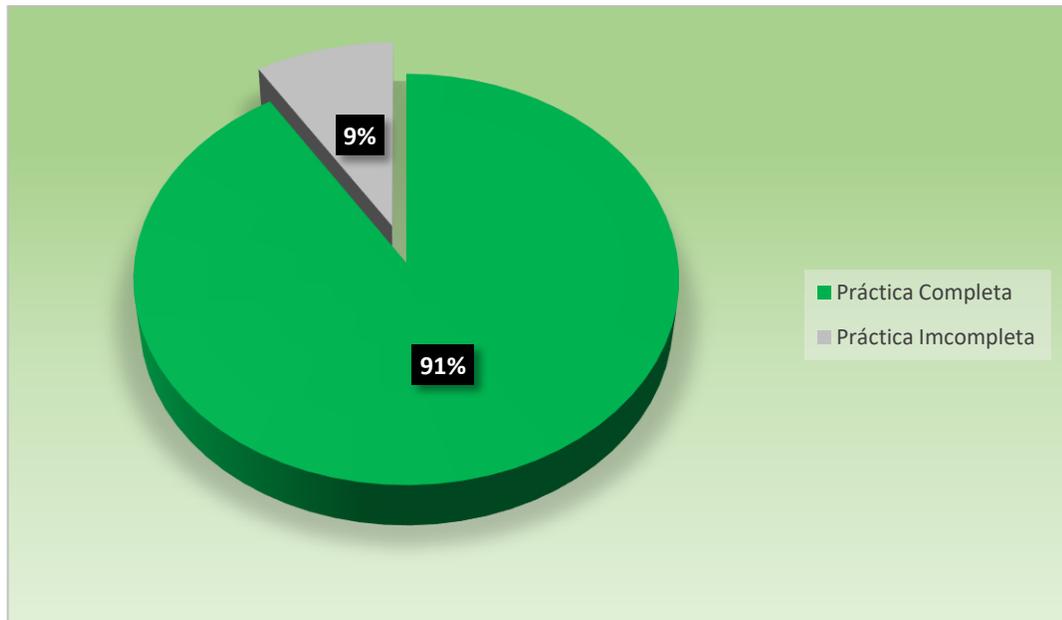
### **Interrogatorio**

- 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.

## Gráfico N°6- Práctica del personal de salud en la tercera Atención Prenatal



**Fuente:** Anexo N°4, Tabla N°6

La grafica anterior muestra el número de actividades realizadas por el personal de salud encuestado en la cual se realizaron 21 actividades de las 23 normadas por el MINSA, estas 21 actividades corresponden al **91 %** sobrepasando así el umbral establecido por el MINSA (**85%**), por lo que se evalúa como una **Práctica Completa**.

En total se observaron 11 APN de los cuales 6 los realizó el enfermero profesional y 5 el médico general; el porcentaje restante corresponde a las debilidades, las que se muestran en: Consejería en Lactancia Materna y Planificación Familiar (Anticoncepción Post evento Obstétrico - ECMAC), Cuidados del Recién Nacido/a y negociación de plan parto; dichas debilidades mostradas por ambos recursos fueron reflejadas en la segunda Atención Prenatal, en la cual se describe la importancia de cada una de ellas para mejorar la calidad de atención.

Se observa que una debilidad común en el primero, segundo y tercer control prenatal es la consejería, sin embargo no en su totalidad puesto que el personal de salud en todos los controles brindó consejería en signos y síntomas de peligro de la pre eclampsia y eclampsia entre otros cuidados y señales de peligro, pero en ninguno brindo consejería de LME, Planificación Familiar, cuidados del Recién Nacido y Plan Parto, siendo toda esta información importante desde el primer Control Prenatal.

### **Cuarta Atención Prenatal**

La cuarta atención, puede ser la última, tiene lugar entre la semana 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 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 a cerca 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.

En la Cuarta Atención Prenatal el personal de salud realizó las actividades correctamente en un **100%** por lo tanto se evalúa como **Práctica Completa**.

Se observó un total de 5 atenciones, 3 realizados por el Enfermero y 2 realizados por el médico donde ambos realizaron las 23 actividades normadas mostrando habilidades y destrezas en la práctica y aplicando sus conocimientos sobre Atención Prenatal.

Se observó que el personal de salud mostró mucho interés por las pacientes y realizó el total de las actividades eficientemente por eso se considera que la atención brindada fue de calidad y las usuarias quedaron satisfechas y preparadas para el parto y la maternidad; de igual manera recibieron toda la información necesaria sobre signos y síntomas de peligro por los cuales acudir a la unidad de salud antes de la FPP esto contribuye a la disminución de complicaciones y mortalidad materna y perinatal.

## **V- Conclusiones**

1. El personal de salud lo integran un médico de 25 años de edad con 2 años de experiencia laboral y un enfermero profesional de 34 años de edad con 9 años de experiencia laboral.
2. El recurso médico tiene un conocimiento Bueno, el recurso de enfermería tiene un conocimiento Regular.
3. El personal de salud muestra una Actitud positiva durante la APN.
4. La práctica del personal en la primera atención es Incompleta, en la segunda, tercera y cuarta es Completa.

## VI- Bibliografía

- A.D.A.M. (2017). *Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU.* Recuperado el 12 de 10 de 2017, de Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU.: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001993.htm>
- Andreu, R. e., & Sieber, S. (2000). *La gestion integral del conocimiento y del aprendizaje.* Buenos Aires.
- armando. (10 de mayo de 2000). *Google.* Recuperado el 14 de Mayo de 2017, de [http://www.ejemplode.com/51-curriculum\\_vitae/2926](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](http://www.quadernsdigitals.net/datos/hemeroteca/r_1/nr_802/a_10801/10801.html)
- Bello, N. (2006). *Fundamentos de Enfermería.* Habana Cuba: Ecmec.
- Bembibre, Cecilia. (10 de Julio de 2009). *Google.* Obtenido de <Http://www.definicionabc.com/salud/enfermería.phpsistema>
- Canales, f. H. (2008). *Metodología de la investigacion .* Mexico: LIMUSA.
- Cheesman, S. (4 de abril de 2011). *Conceptos.pdf.* Obtenido de <https://www.itescam.edu.mx/principal/sylabus/fpdb/recursos/r62756.PDF>
- Cordero M & Espinoza N. (2013). *Compendio de Examen Fisico.* Matagalpa.
- Cordero M & Espinoza N. (2013). *Compendio de Examen Fisico.* Matagalpa.
- Diaz, B. (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](http://www.quadernsdigitals.net/datos/hemeroteca/r_1/nr_802/a_10801/10801.html)
- Fernandez, S. (2010). *metodologia de la investigacio 5ta edicion.* Mexico: Sponsor.
- Fuentes, E. (30 de Mayo de 2010). *Google.* Obtenido de <http://definicion.de/experiencia/>
- García. (2014). *Diccionario Enciclopédico Usual.* Mexico D. F.: Ediciones Larousse, S. A. de C. V.
- García. (29 de 08 de 2016). *webconsultas revista de salud y bienestar.* Obtenido de [www.webconsultas.com>salud-al-día](http://www.webconsultas.com>salud-al-día)
- Gardey. (2008). *Definición. De.* Obtenido de <https://definicion.de/actitud/>

- Gardey, J. P. (15 de Febrero de 1991). *Google*. Obtenido de <https://es.wikipedia.org/wiki/Actitud>
- 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). *Wikipedia*. Recuperado el 23 de Mayo de 2017, de <http://definicion.de/edad//>
- Garfias, P. (2011). *Farmacología para enfermeras* (2da ed.). Mexico: Mcgraw Hill. Obtenido de <https://WWW.elkar.eus/.../farmacologia-para-enfermeras.../rodriguez-palomares-consuelo..>
- Gómez, R. (20 de Junio de 2000). *Google*. Obtenido de <https://books.google.es/books?id=D5eUHcZLjPoC&printsec=frontcover&dq=médico&source=bl&ots=SkNNVDj12d&sig=h0S->
- Hernandez, Mercy. (14 de abril de 2016). *Google*. Recuperado el 23 de Mayo de 2017, de [http://prezi.com/\\_perfil-de-la-enfermera](http://prezi.com/_perfil-de-la-enfermera)
- Larouse. (2013). *Diccionario de la Lengua Española*. Barcelona (España).
- Martínez, J. (14 de Octubre de 2006). *Una caracterización sociodemográfica*. Obtenido de [WordReference.com: https://forum.wordreference.com/threads/una-descripci%C3%B3n-sociodemogr%C3%A1fica.262314/?hl=es](https://forum.wordreference.com/threads/una-descripci%C3%B3n-sociodemogr%C3%A1fica.262314/?hl=es)
- Mercado, M. &. (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](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](http://www.quadernsdigitals.net/datos/hemeroteca/r_1/nr_802/a_10801/10801.html)
- Merino, J. P. (20 de Abril de 2011). *Google*. Obtenido de <http://definicion.de/auxiliar-de-enfermeria/>
- MINSA . (2009). *Normativa 029- NORMAS DE ALIMENTACION Y NUTRICION PARA EMBARAZADAS, PUERPERAS Y NIÑOS MENORES DE CINCO AÑO*. Managua.

- MINSAs . (2012). *NORMATIVA 105- GUIA METODOLOGICA DE CAPACITACION PARA LA RED COMUNITARIA DEL PLAN PARTO PARA LA MATERNIDAD SEGURA*. MANAGUA.
- MINSAs . (2012). *Normativa-101 MANUAL METODOLOGICO. Censo Gerencial de Embarazadas, Puerperas y Posnatales*. Managua.
- MINSAs . (2013). *Normativa- 004 NORMA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO*. Managua: Segunda edicion.
- MINSAs. (2007). *marco conceptual modelo de salud familiar y comunitario MOSAFC* (segunda ed.). Managua.
- MINSAs. (2008). *normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido y puerperio de bajo riesgo*. Managua.
- MINSAs. (2009). *Normativa 002* . Managua- Nicaragua.
- MINSAs. (febrero de 2011). *Intervenciones basadas en evidencia para reducir la mortalidad neonatal*. managua, Nicaragua: 2da edicion.
- MINSAs. (2012). *Normativa 063*. Managua.
- MINSAs. (2013). *GUIA PARA LA ATENCION DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL.Manejo Sindromico*. Managua.
- MINSAs. (2013). *Normativa 109- Protocolo para la atencion de las complicaciones obstetricas*. Managua.
- MINSAs. (2013). *Normativa-106 Manual para el Llenado de la Historia Clinica Perinatal (HCP)*. MANAGUA.
- MINSAs. (2015). *Normativa 011- Normas y Protocolo para la atencion prenatal , Parto, Puerperio y Recien Nacido de bajo riesgo*. Managua: edicion.
- MINSAs. (2015). *Normativa 011- Normas y prtocolo para la atencion prenatal, parto, recién nacido y puerperio de bajo riesgo*. managua: 2da vedicion.
- MINSAs. (2015). *Normativa 0-11, Normas y Protocolo para la atencion prenatal , Parto, Puerperio y Recien Nacido de bajo riesgo*. Managua: edicion.
- MINSAs. (2015). *NORMATIVA 011:NORMAS Y PROTOCOLOS PARA LA ATENCION PRENATAL,PARTO,RECIEN NACIDO/A Y PUERPERIO DE BAJO RIESGO*. MANAGUA.

- MINSA-formulario-de medicamentos. (2014). *FORMULARIO NACIONAL DE MEDICAMENTOS*. Managua- Nicaragua: 7ma Edicion.
- Nagle. (2007). *introduccion a la farmacologia*. mexico: 5ta edicion.
- OMS. (2015). *mortalidad materna-world healorganization*. Recuperado el 2 de 04 de 2017, de [www.who.int/mediacentre/factsheets/ES348/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/ES348/es/).
- OMS. (septiembre de 2016). *Mortalidad materna*.
- OMS. (2017). *atención prenatal*. Recuperado el 10 de 04 de 2017, de [www.who.int/=ANC\\_infographies/es/](http://www.who.int/=ANC_infographies/es/).
- Piural, L. (2008). *metodologia de la investigacion cientifica* . Managua : Managua Xerox.
- RAE. (2007). *Diccionario de la lengua Española*.
- Ralph C & Carvajal J. (AGOSTO de 2012). *MANUAL DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA*. Agosto: 3a Edición.
- 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](http://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 enfermeria*. Argentina. Obtenido de [www.fcs.UNER.edu.ar](http://www.fcs.UNER.edu.ar)
- Schwarcz. (1979). *Obstetricia*. El ateneo.
- Schwarcz. (1997). *Obstetricia*. Buenos Aires: el ateneo: 5ta edicion.
- Schwarcz. (1997). *Obstetricia*. Buenos Aires: El Ateneo: 5ta Edicion.
- Trujillo B. (2001). *Gíneco-Obstétrica* (Vol. 47). Obtenido de [https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecología/Vol\\_47N2/talla\\_mater.htm&grqid=ewXakMjZ&hl=es-419](https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecología/Vol_47N2/talla_mater.htm&grqid=ewXakMjZ&hl=es-419)
- Ubillos, S., & Mayordomo, S. (2009). *Actitud, Cognición y Conducta*. Obtenido de <http://www.ehu.eus/documents/1463215/1504276/Capítulo+X.pdf>
- UNAN. (2013). *Dossier de enfermeria de la mujer*. Managua-Matagalpa.

- USAID. (2014). *Guía de intervenciones basadas en evidencias que reducen morbilidad y mortalidad perinatal y neonatal*. Managua-Nicaragua.
- USAID. (febrero de 2014). *Guía de intervenciones basadas en evidencia que reducen morbilidad y mortalidad perinatal y neonatal*. Managua, nicaragua.
- victoria Tellez. (2017). *guía de atención de la malaria guías médicas*. (en Colombia, Ed.) Obtenido de <https://ecolombia.com/medicina/guias-med/malaria/gota-gruesa/>.
- X Torrez, J. B. (19 de Febrero de 2014). *Corticoides para la maduración fetal*. Obtenido de [https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia\\_materna\\_obstetrica/corticoides%20para%20maduraci%F3n%20pulmonar.pdf](https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/corticoides%20para%20maduraci%F3n%20pulmonar.pdf)
- AMORA. (2005). *DICCIONARIO MEDICO ZAMORA*. Colombia: 1era edición .

**ANEXOS**

## Anexo N° 1

### Encuesta



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN - MANAGUA

#### I. ENCUESTA

Se realiza la presente encuesta dirigida al personal de salud que atiende embarazadas en el puesto de salud San Pedro- Sebaco, a fin de indagar los conocimientos que posee sobre Atención Prenatal, haciendo énfasis en la Atención Prenatal de Bajo Riesgo. La encuesta fue redactada por estudiantes de 5to año sabatino de la UNAN- FAREM- MATAGALPA, siendo de base científica la normativa 0-11 (Normas y protocolos para la Atención Prenatal, Parto, Recién nacido/a y Puerperio de bajo riesgo) establecida por el MINSA, 2015.

Marque con una **X** respuesta que considere correcta

#### ASPECTO DEMOGRÁFICO

##### Caracterización Socio labor

##### 1. Edad:

- |              |                          |
|--------------|--------------------------|
| 15- 19 años  | <input type="checkbox"/> |
| 20 – 34 años | <input type="checkbox"/> |
| 35– 49 años  | <input type="checkbox"/> |
| 50- más años | <input type="checkbox"/> |

**1. Perfil profesional.**

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

**2. Experiencia Laboral**

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

**3. 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 morbilidad materna y perinatal.

**4. Requisitos básicos de APN**

- A) A y B son correctas.
- B) Precoz, periódico, continuo, completo, de amplia cobertura, calidad y equidad.
- C) Semanal, quincenal y mensual.

**5. Clasificación de riesgos en APN.**

- A) Bajo riesgo, Alto riesgo
- B) Bajo riesgo, riesgo intermedio y alto riesgo.
- C) Bajo riesgo, riesgo inmediato.

**6. 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.

**7. Número de actividades en APN de ARO.**

- A) Requiere un mínimo de 10 consultas y se enumeran 35 actividades.
- B) Requiere un máximo de 7 consultas y en ella se realizan las 29 actividades básicas más los cuidados esenciales por patologías.
- C) Ninguna es correcta.

**8. Nueva clasificación de riesgo para desarrollar SHG.**

- A) Riesgo alto, riesgo intermedio.
- B) Bajo riesgo, alto riesgo.
- C) Bajo riesgo, riesgo intermedio.

**9. Tratamiento preventivo profiláctico según clasificación del riesgo para desarrollar SHG.**

- A) Riesgo alto 100 mg /día + calcio 1800mg / día.   
Riesgo intermedio ASA 100mg /día.
- B) Riesgo alto ASA 150 mg/día + Calcio 1800mg /día   
Riesgo intermedio ASA 100mg / día.
- C) Riesgo alto ASA 100mg / día + calcio 600 mg / día   
Riesgo intermedio Calcio 1800mg / día.
- D) A y B son correctas.

### Evaluación de Conocimientos en la Encuesta

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

## Anexo N° 2

### Guía de Observación – Actitud

#### ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD QUE ATIENDE EMBARAZADAS EN EL P/S SAN PEDRO, SEBACO- MATAGALPA.

Actitud Positiva  Actitud Neutral  Actitud Negativa

N°	Conducta	Medico	Enfermero Profesional
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 DE ACTITUD EN GUIA DE OBSERVACIÓN:

Actitud Positiva	7-9 puntos
Actitud Neutral	4-6 puntos
Actitud Negativa	0-3 puntos

### Anexo N° 3

#### Guía de Observación- Práctica

#### GUIA DE OBSERVACIÓN SOBRE ACTIVIDADES CORRESPONDIENTES A CADA ATENCIÓN PRENATAL

#### Primer APN

N°	Actividades Básicas	SI	%	NO	%	Observación
1	Llenado de formulario de clasificación y HCP, 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					
6	Medición de talla					
7	Examen odontológico y					

	examen 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					
19	Suplementó de ácido fólico					

20	Referencia a otro nivel de atención o casa materna si presenta algún COE.					
21	Confirmar o descartar algún ITS y aplicar TX según normas 113 MINSA.					
22	Evaluar la disposición de insumos básicos para APN.					
	Total					

<b>Incompleta</b>	<b>Menos del 85%</b>
<b>Completa</b>	<b>Mayor o igual al 85%</b>

## Segundo APN

N°	Actividades Básicas	SI	%	NO	%	OBSERVACIÓN
1	Llenar expediente clínico HCP y resto de 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 IPM.					
7	Determinar esquema vigente DT.					
8	Determinar y registrar S/V, P/A, FC, FR y T.					
9	Examen de laboratorios					
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					
16	Suplemento con ácido fólico					
17	Prevención de preclamsia y eclampsia TX según riesgo.					
18	Recibir Albendazol.					
19	Consejería en S/S					

	de peligro de la preclamsia y eclampsia.					
20	Negociar plan parto.					
21	Referir a otro nivel de atención o clínica materna si presenta COE					
22	Confirmar o descartar algún ITS y aplicar tx según normativa MINSA					
23	Atención en caso de amenaza de parto pre término.					
24	Evaluar la disponibilidad de insumos básicos.					
	Total					

<b>Incompleta</b>	<b>Menos del 85%</b>
<b>Completa</b>	<b>Mayor o igual al 85%</b>

### Tercer APN

<b>N°</b>	<b>Actividades Básicas</b>	<b>SI</b>	<b>%</b>	<b>NO</b>	<b>%</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>
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 IPM.					
7	Determinar y registrar S/V(P/A,FC,FR Y T)					
8	Examen de laboratorio.					
9	Medición de AU					
10	auscultación de FCF a partir de las 20 SG					
11	Movimientos fetales después de las 18 S					
12	Presentación/situación fetal					
13	Clasificación de riesgo obstétrico.					
14	Suplemento de SF					

15	Suplemento de ácido fólico					
16	Prevención de pre eclampsia y eclampsia según riesgo.					
17	Consejería en signos y síntomas de peligro de pre eclampsia y eclampsia					
18	Negociar plan parto.					
19	Referir a otro nivel de atención o casa materna si presenta COE.					
20	Confirmar o descartar ITS aplicar TX según normativa Minsa 113.					
21	Atención en casos de amenaza de parto prematuro.					
22	Consejería sobre P/F, LM (APEO, ECMAC) cuidados al recién nacido.					
23	Evaluar la disponibilidad de insumos básicos APN ,COE básico					
	Total					

<b>Incompleta</b>	<b>Menos del 85%</b>
<b>Completa</b>	<b>Igual o mayor al 85%</b>

## Cuarta APN

N°	Actividades Básicas	SI	%	NO	%	OBSERVACIÓN
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 IPM.					
7	Determinación de la presión arterial y frecuencia cardiaca					
8	Examen de laboratorio.					
9	Medición AU.					
10	Auscultación FCF.					
11	Movimientos fetales.					
12	Presentación / situación fetal.					
13	Clasificación de riesgo obstétrico.					
14	Consejería de LM, P/F ECMAC, cuidados del recién nacido.					
15	Suplemento ácido fólico.					

16	Suplemento sulfato ferroso					
17	Prevención de pre eclampsia y eclampsia.					
18	Prescribir Albendazol					
19	Consejería sobre s/s de peligro.					
20	Negociar plan parto-					
21	Referir a otro nivel de atención o clínica materna si presenta algún COE.					
22	Confirmar o descartar ITS aplicar TX según normativa 113 Minsa.					
23	Evaluar disponibilidad de insumos básicos para la APN y COE básico.					
	Total					

<b>Incompleta</b>	<b>Menos del 85%</b>
<b>Completa</b>	<b>Mayor o igual al 85%</b>

## Anexo N° 4

### Tablas de Distribución de Frecuencia

**Tabla N° 1- Caracterización Socio laboral del personal de salud que atiende embarazadas en el p/s San pedro**

<b>Perfil Profesional</b>	<b>Médico General, 2do año Servicio Social</b>	<b>Enfermero Profesional</b>
<b>Edad</b>	25 años	34 años
<b>Experiencia Laboral</b>	2 años	9 años

**Fuente:** Encuesta (Anexo N°1)

**Tabla N° 2- Conocimientos que posee el personal de salud sobre Atención Prenatal de bajo riesgo**

<b>Conceptos básicos sobre APN</b>	<b>Médico general</b>	<b>Enfermero Profesional</b>
<b>Definición</b>	Bueno	Bueno
<b>Requisitos Básicos de APN</b>	Bueno	Bueno
<b>Clasificación de Riesgo en APN</b>	Bueno	Bueno
<b>Número de actividades de APN de bajo riesgo</b>	Bueno	Bueno
<b>Número de actividades en APN de ARO</b>	Bueno	Malo
<b>Nueva clasificación de riesgos para desarrollar SHG</b>	Bueno	Malo
<b>Tratamiento preventivo profiláctico según riesgo para desarrollar SHG</b>	Bueno	Bueno

**Fuente:** Encuesta (Anexo N° 1)

**Tabla N° 3- Actitud del personal de salud durante la APN en el P/s San Pedro**

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

**Fuente:** Guía de Observación (Anexo N°2)

**Tabla N°4- Practica del personal de salud en la primera Atención Prenatal**

N°	Actividades del 1er APN	SI	%	NO	%	Observación
1	Llenar expediente clínico, HCP y resto de formularios	4	100%	-	-	
2	Indagar sobre factores sociales (violencia de cualquier tipo, pobreza, falta de apoyo de su familia o pareja)	4	100%	-	-	
3	Ingreso y seguimiento al censo gerencial de embarazadas, puérperas y postnatales	4	100%	-	-	
4	Antecedentes familiares, personales y obstétricos	4	100%	-	-	
5	Medición de peso y talla	4	100%	-	-	
6	Examen odontológico	3	75%	1	25%	Falló: Enfermero Profesional
7	Examen de Mamas	1	25%	3	75%	De las 3 fallas, 2 corresponden al médico y 1 al enfermero.
8	Edad gestacional	4	100%	-	-	
9	Evaluación del estado nutricional en base a IMC	4	100%	-	-	
10	Determinar esquema vigente de DT	4	100%	-	-	
11	Tomar y registrar signos	4	100%	-	-	

	vitales (P/A, FC, FR y T).					
12	Exámenes de laboratorio: Grupo y RH, PAP, VDRL, BHC, Glicemia, EGO, Cintas reactivas de uro análisis, VIH/SIDA.	4	100%	-	-	
13	Clasificar riesgo obstétrico	4	100%	-	-	
14	Consejería en Lactancia Materna y P/F (APEO - ECMAC), Cuidados del Recién Nacido/a	-	-	4	100%	
15	Suplemento con Sulfato Ferroso	4	100%	-	-	
16	Suplemento con Ácido Fólico	4	100%	-	-	
17	Prevención de la Pre-eclampsia y sus complicaciones Prescribe Calcio y Aspirina según Riesgo para Pre-eclampsia					No corresponde
18	Consejería en signos y síntomas de peligro de la Pre-eclampsia y Eclampsia	2	100%	-	-	
19	Negociar Plan Parto	-	-	4	100%	
20	Referencia a otro nivel de atención o casa materna si presenta algún COE.					No corresponde
21	Confirmar o Descartar					

	alguna ITS y aplicar tratamiento según Guía para la Atención de ITS, Manejo Sintomático N113, MINSA.	4	100%	-	-	
22	Evaluar la disponibilidad de insumos básicos para la APN y COE Básico	4	100%	-	-	
	Total		82%		18%	

Evaluación	N° de actividades	%
<b>Práctica Completa</b>	18	82
<b>Práctica Incompleta</b>	4	18
<b>Total</b>	22	100

Fuente: Guía de Observación (Anexo N° 3)

**Tabla N° 5- Práctica del personal de salud en la segunda APN**

N°	Actividades 2do APN	SI	%	NO	%	OBSERVACIÓN
1	Llenar expediente clínico, HCP y resto de formularios	9	100%	-	-	
2	Indagar sobre factores sociales (violencia de cualquier tipo, pobreza, falta de apoyo de su familia o pareja)	9	100%	-	-	
3	Ingreso y seguimiento al censo gerencial de	9	100%	-	-	

	embarazadas, puérperas y postnatales					
4	Medición de peso	9	100%	-	-	
5	Edad gestacional	9	100%	-	-	
6	Evaluación del estado nutricional en base IPM	9	100%	-	-	
7	Determinar esquema vigente de DT	9	100%	-	-	
8	Determinar y registrar S/V (P/A, FC, FR y T)	9	100%	-	-	
9	Exámenes de laboratorio: VDRL, BHC, Glicemia, EGO, Cintas reactivas de uro análisis, VIH/SIDA.	9	100%	-	-	
10	Medición de AU	9	100%	-	-	
11	Auscultación de FCF a partir de las 20 SG.	9	100%	-	-	
12	Movimientos fetales después de 18 SG.	9	100%	-	-	
13	Clasificación de riesgo obstétrico	9	100%	-	-	
14	Consejería en Lactancia Materna y Planificación Familiar (Anticoncepción Postevento Obstétrico - ECMAC), Cuidados del Recién Nacido/a	-	-	9	100%	Falla de ambos recursos
15	Suplemento con Sulfato Ferroso	9	100%	-	-	
16	Suplemento con Ácido Fólico	9	100%	-	-	
17	Prevención de la Pre-					No corresponde

	eclampsia y sus complicaciones Prescribe Calcio y Aspirina según Riesgo para Pre-eclampsia					
18	Prescribe albendazol Dosis de 400 mg	9	100%	-	-	
19	Consejería en signos y síntomas de peligro de la Pre-eclampsia y Eclampsia principalmente, durante el embarazo, parto y puerperio	9	100%	-	-	
20	Negociar plan parto.	-	-	9	100%	Falla de ambos recursos
21	Referir a otro nivel de atención o Casa Materna, Consejería en Parto Asistido o si presenta alguna COE					No corresponde
22	Confirmar o Descartar alguna ITS y aplicar tratamiento según Guía para la Atención de ITS, Manejo Sindrómico N113, MINSA	9	100%	-	-	
23	En casos de Amenaza de Parto Prematuro; Aplicar Dexametasona	9	100%	-	-	Se aplicó Dexametazona en todas las embarazadas con 26 SG sin APP, por lo tanto se considerará incorrecto.

24	Evaluar la disponibilidad de insumos básicos para la APN y COE Básico	9	100%	-	-	
	Total		87.5%		12.5%	

Evaluación	N° de Actividades	%
Práctica Completa	21	87.5
Práctica Incompleta	3	12.5
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Fuente: Guía de Observación (Anexo N°3)

**Tabla N° 6- Práctica del personal de salud en la tercera APN**

N°	Actividades Básicas	SI	%	NO	%	OBSERVACIÓN
1	Llenar expediente clínico HCP y resto de formularios	11	100%	—	—	
2	Indagar sobre factores sociales (violencia de cualquier tipo, pobreza, falta de apoyo de su familia o pareja.	11	100%	—	—	
3	Ingreso y seguimiento al censo gerencial de embarazadas, puérperas y posnatales.	11	100%	—	—	
4	Medición de peso	11	100%	—	—	

5	Edad gestacional	11	100%	–	–	
6	Evaluar estado nutricional en base al IPM	11	100%	–	–	
7	Determinación de la Presión Arterial (Registro, Análisis e Interpretación) y resto de signos vitales (FR, FC, T°	11	100%	–	–	
8	Examen de laboratorio.	11	100%	–	–	
9	Medición de altura uterina	11	100%	–	–	
10	Auscultación de FCF después de las 20 SG	11	100%	–	–	
11	Movimiento fetales después de las 18 SG	11	100%	–	–	
12	presentación/ situación fetal	11	100%	–	–	
13	Clasificación de riesgo obstétrico.	11	100%	–	–	
14	Consejería en Lactancia Materna y Planificación Familiar (Anticoncepción Postevento Obstétrico - ECMAC),	–	–	11	100%	

	Cuidados del Recién Nacido/a					
15	Suplemento con Sulfato Ferroso	11	100%	–	–	
16	Suplemento con Ácido Fólico	11	100%	–	–	
17	Prevención de pre eclampsia y eclampsia según riesgo.					No aplica
18	Consejería en signos y síntomas de peligro de la Pre-eclampsia y Eclampsia principalmente, durante el embarazo, parto y puerperio	11	100%	–	–	
19	Negociar plan parto	5	45%	6	55%	
20	Referencia a otro nivel de atención o Casa Materna, Consejería en Parto Asistido o si presenta alguna COE					No aplica
21	Confirmar o Descartar alguna ITS y aplicar tratamiento según Guía para la	11	100%	–	–	

	Atención de ITS, Manejo Sindrómico N-113, MINSA.					
22	En casos de <b>Amenaza de Parto Prematuro</b> ; Aplicar Dexametasona	-	-	-	-	No aplica
23	Evaluar la disponibilidad de insumos básicos para la APN y COE Básico	11	100%	-	-	
	Total		91%		9%	

Evaluación	N° de Actividades	%
<b>Práctica Completa</b>	21	91
<b>Práctica Incompleta</b>	2	9
<b>Total</b>	23	100

Fuente: Guía de Observación (Anexo N°3)

**Tabla N° 7 Práctica del personal de salud en la cuarta APN**

<b>N°</b>	<b>Actividades Básicas</b>	<b>SI</b>	<b>%</b>	<b>NO</b>	<b>%</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>
1	Llenar expediente clínico HCP y resto del formulario.	5	100%	–	–	
2	Indagar sobre factores sociales (violencia de cualquier tipo, pobreza, falta de apoyo de su familia o pareja)	5	100%	–	–	
3	Ingreso y seguimiento al Censo Gerencial de las Embarzadas, Puérperas y Postnatales	5	100%	–	–	
4	Medición de peso.	5	100%	–	–	
5	Edad gestacional.	5	100%	–	–	
6	Evaluación del estado nutricional en base incremento de peso materno	5	100%	–	–	
7	Determinación de la Presión Arterial (Registro, Análisis e Interpretación) y resto de signos vitales (FR, FC, T°)	5	100%	–	–	
8	Examen de laboratorio.	5	100%	–	–	

9	Medición Altura Uterina	5	100%	–	–	
10	Auscultación FCF a partir de las 20SG	5	100%	–	–	
11	Movimientos fetales después de las 18 SG	5	100%	–	–	
12	Presentación / situación fetal.	5	100%	–	–	
13	Clasificación de riesgo obstétrico.	5	100%	–	–	
14	Consejería en Lactancia Materna y Planificación Familiar (Anticoncepción Postevento Obstétrico - ECMAC), Cuidados del Recién Nacido/a	5	100%	–	–	
15	Suplemento con Sulfato Ferroso	5	100%	–	–	
16	Suplemento con Asido Fólico	5	100%	–	–	
17	Prevención de pre eclampsia y eclampsia tx según riesgo.					No aplica
18	Prescripción de albendazol dosis de 400mg	5	100%	–	–	
19	Consejería en signos y síntomas de peligro de la Pre-eclampsia y Eclampsia	5	100%	–	–	

	principalmente, durante el embarazo, parto y puerperio					
20	Negociar plan parto-	5	100%	-	-	
21	Referencia a otro nivel de atención o Casa Materna, Consejería en Parto Asistido o si presenta alguna COE					No aplica
22	Confirmar o Descartar alguna ITS y aplicar tratamiento según Guía para la Atención de ITS, Manejo Sindrómico N-113, MINSA.	5	100%	-	-	
23	Evaluar disponibilidad de insumos básicos para la APN y COE básico.	5	100%	-	-	

Evaluación	N° de Actividades	%
<b>Práctica Completa</b>	23	100
<b>Práctica Incompleta</b>	0	0
<b>Total</b>	23	100

**Fuente:** Guía de Observación (Anexo N°3)

**Anexo N° 5:**  
**Unidad de Salud- P/s San Pedro**



**Fuente:** Elaboración Propia

## Anexo N° 6

### Formulario de Clasificación del Riesgo

#### Crterios para Clasificar el Riesgo en la Atención Prenatal

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ Número de Expediente Clínico: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

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

		1er APN		2° APN		3er APN		4 ° APN	
<b>Antecedentes Obstétricos</b>		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								
<b>Embarazo Actual</b>		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								
<b>Historia Clínica General</b>		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**.

<b>¿Es elegible para Atención Prenatal de Alto Riesgo?</b>	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
--	----	----	----	----	----	----	----	----

Si la respuesta es NO, será atendida en atención de Bajo Riesgo.

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ (Personal responsable de APN)

**Fuente:** Normativa 011 (2015)

# Anexo N° 7 HISTORIA CLINICA PERINATAL

Para el Llenado Correcto de Historia Clínica Perinatal, revisar la Normativa No. 106 "Manual para el Llenado de la Historia Clínica Perinatal".

**HISTORIA CLINICA PERINATAL - MINSA NICARAGUA**

**DATOS DE RELACION:** NOMBRE Y APELLIDOS, DOMICILIO, LOCALIDAD, TELEF., FECHA DE NACIMIENTO (día, mes, año), EDAD (años), ETNIA (blanca, indígena, mestiza, negra, otra), ALFA BETA (ninguno, secund., univers., mayor nivel), ESTUDIOS (casada, unión estable, soltera, otro), ESTADO CIVIL (vive sola, no), Lugar del control prenatal, Lugar del parto/aborto, N° Identidad.

**ANTECEDENTES:** FAMILIARES (TBC, diabetes, hipertensión, preeclampsia, eclampsia, VIH+), PERSONALES (cirugía genito-urina, infertilidad, cardiopat, nefropatía, violencia, VIH+), OBSTETRICOS (gestas previas, abortos, nacidos vivos, vivos, muertos 1° sem, después 1° sem), ULTIMO PREVIO (n/c, <2500g, normal, ≥4000g, emb. ectópico), Antecedentes Múltiples (no, sí).

**GESTACION ACTUAL:** PESO ANTERIOR (Kg), IMC, TALLA (cm), FPP, FUM, EG CONFIABLE por FUM Eco <20 s., FUMA ACT (1° trim, 2° trim, 3° trim), FUMA PAS, DROGAS, ALCOHOL, VIOLENCIA, ANTRIBEOLA (previa, vigente), ANTITETANICA (vigente), EX. NORMAL (ODONT., MAMAS).

**LABORATORIOS:** CERVIK (normal, anormal, no se hizo), GRUPO Rh, inmuniz., TOXOPLASMOSIS (<20sem IgG, ≥20sem IgG, 1° consulta IgM), Hb <20 sem, Fe/FOLATOS indicados, Hb ≥20 sem, VIH - Diag - Tratamiento, SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento, Tlo. de la pareja, PALUDISMO/MALARIA, BACTERIURIA, GLUCEMIA EN AYUNAS, ESTREPTOCOCCO B, PREPARACION PARA EL PARTO, CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA.

**ATENCIÓNES PRENATALES:** día, mes, año, edad gest., peso (kg), P A, altura uterina, presen tación, FCF (tpm), movim fetalas, protei hnia, signos de alarma, exámenes, tratamientos, Iniciales personal de salud, proxima cita.

**PARTO ABORTO:** FECHA DE INGRESO, CONSULTAS PRE-NATALES total, CARNÉ, LUGAR DEL PARTO (Institucional, Domiciliar, Otros), HOSPITALIZ. en EMBARAZO (no, días), CORTICOIDES ANTENATALES (completo, incompl., semana inicio, n/c), INICIO (espontáneo, inducido, cesar elect.), RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA (<37 sem, ≥18 hs., temp. ≥38°C), EDAD GEST. al parto (semanas, días), PRESENTACION SITUACION (cefálica, pélvica, transversa), TAMANO FETAL ACORDE (pareja, familiar, otro, ninguno), ACOMPAÑANTE TDP P (pareja, familiar, otro, ninguno).

**ENFERMEDADES:** HTA previa, HTA inducida embarazo, preeclampsia, eclampsia, cardiopatía, nefropatía, diabetes, infec. ovular, infec. urinaria, amenaza parto preter., R.C.I.U., rotura prem. de membranas, anemia, VIH, TDP Prueba (Sifilis, VIH), HEMORRAGIA (1° trim., 2° trim., 3° trim., postparto), infec. puerperal.

**TRABAJO DE PARTO:** hora, min, posición de la madre, PA, pulso, contr./10', dilatación, altura present., vanedad posic., meconio, FCF/dips.

**NACIMIENTO:** VIVO, MUERTO (ante parto, parto, ignora momento), hora, min, día, mes, año, MULTIPLE (orden), TERMINACION (espont., cesárea, otra), INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO (INDUC., OPER.).

**POSICION PARTO:** sentada, acostada, posición de la madre, PA, pulso, contr./10', dilatación, altura present., vanedad posic., meconio, FCF/dips.

**RECIEEN NACIDO:** SEXO (f, m), PESO AL NACER (<2500g, ≥4000g), LONGITUD (cm), ESTIMADA, CUIDADOS AL RECIEEN NACIDO (vitamina K, profilaxis ocular, Apego precoz), APGAR (1°, 5'), REANIMACION (estimulac., aspiración, máscara, oxígeno, masaje, tubo), FALLECE en LUGAR de PARTO (no, sí), REFERIDO (alot, neonat, otro, conij, tolog, hosp.), ATENDIDO médico obst, enf, auxil, estud, empír, otro, Nombre.

**DEFECTOS CONGENITOS:** ENFERMEDADES (ninguna, código), VIH en RN (Exposición, Tlo.), TAMIZAJE NEONATAL (VDRL, TSH, Hbpatía, Bilirrub, Toxo IgM, Meconio 1° día), Antirubeola post parto, yglobulina anti D.

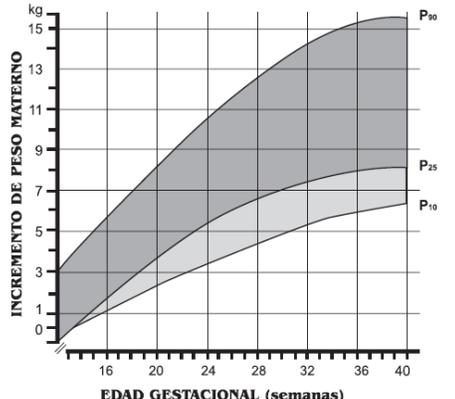
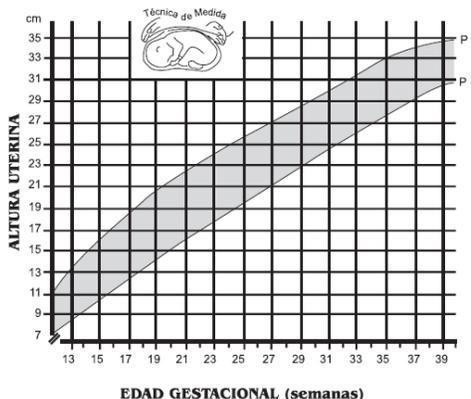
**EGRESO RN:** vivo, fallece, traslado, fallece durante o en lugar de traslado, EDAD AL EGRESO días completos, ALIMENTO AL ALTA (lact excl., BCG, PESO AL EGRESO (g), Boca amba, EGRESO MATERNO (viva, fallece, traslado, lugar, días completos desde el parto), CONSEJERIA (METODO ELEGIDO: DIU post-evento, DIU natural, barrera, otro, hormonal, ninguno).

**EGRESO MATERNO:** día, mes, año, hora, min, lugar, Responsable.

**CONSEJERIA:** METODO ELEGIDO (DIU post-evento, DIU natural, barrera, otro, hormonal, ninguno).

Este color significa ALERTA (no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas)

Descripción de códigos en el reverso



Los números a la izquierda son para la codificación en este formulario. El código a la derecha es de la Clasificación Internacional de Enfermedades Rev. 10 (CIE 10) OPS/OMS 1992

PATOLOGÍAS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (EPP)		
50 GESTACION MULTIPLE	O30	25 Ruptura uterina antes o durante el parto
51 HIPERTENSION PREVIA	O10	26 Laceración obstétrica del cuello del útero
01 Hipertensión previa esencial complicando EPP	O10,4	71 ANEMIA
02 Hipertensión previa secundaria complicando EPP	O10,4	27 Anemia por deficiencia de hierro
52 PRECLAMPSIA	O13, O14	72 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS
04 Hipertensión transitoria del embarazo	O16	79 Anemia falciforme
05 Preclampsia leve	O13	28 Infección del saco amniótico y membranas
06 Preclampsia severa y moderada	O14	73 INFECCION PUERPERAL
53 Hipertensión previa con proteinuria sobregregada	O11	29 Sepsis puerperal
54 ECLAMPSIA	O15	30 Infección mamaria asociada al nacimiento
55 CARDIOPATIA	Z86,7	74 HEMORRAGIA POSTPARTO
56 DIABETES	Z24	31 Placenta retenida
57 Diabetes mellitus insulino-dependiente previa	O24,0	32 Útero atónico
58 Diabetes mellitus no insulino-dependiente previa	O24,1	33 Laceraciones perineales de 1° y 2° grado
59 Diabetes mellitus iniciada en el embarazo	O24,4	34 Laceraciones perineales de 3° y 4° grado
07 Test de tolerancia a la glucosa anormal	R73,0	75 OTRAS PATOLOGÍAS MATERNAS
60 INFECCION URINAR	O23,0-O23,4	35 Placenta previa sin hemorragia
08 Bacteriuria asintomática del embarazo	R82,7	36 Hipertensión gravídica
61 OTRAS INFECCIONES	O98,B06,B50-B54,A60	37 Enfermedad renal no especificada durante el embarazo sin mención de hipertensión
62 Infecciones del tracto genital en el embarazo	O23,5	38 Dependencia de drogas
09 Sífilis complicando EPP	O98,1	39 Sufrimiento fetal
10 Gonorrea complicando EPP	O98,2	40 Polihidramnios
11 Malaria	B50-B54	41 Oligoamnios (sin mención de ruptura de membranas)
12 Infección herpética anogenital (herpes simplex)	A60	42 Trabajo de parto y parto complicado con complicaciones de cordón umbilical
63 Hepatitis viral	O88,4	43 Complicaciones anestésicas durante parto y puerperio
64 TBC complicando EPP	O98,0	44 Embolismo obstétrico
80 Rubéola complicando EPP	B06,0, B06,8 y B06,9	45 Fuga de cierre de la herida de cesárea
65 PARASITOSIS COMPLICANDO EPP	O98,8	46 Fuga de cierre de la episiotomía
77 Chagas	O98,6	47 SIDA
78 Toxosisosis	O98,6	76 HIV positivo
66 RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO	P05	48 Neoplasia maligna del cuello uterino
67 AMENAZA DE PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO)	O60	49 Neoplasia maligna de la glándula mamararia
13 Incompetencia cervical	O34,3	
68 DESPROPORCIÓN CEFALOPELVICA	O64, O65, O69	
14 Parto obstructivo por malposición y anomalía de la presentación del feto	O64	
15 Parto obstructivo debido a anomalías pélvicas maternas	O65	
16 Otros partos obstructivos por causa fetal	O66	
69 HEMORRAGIA DEL PRIMER TRIMESTRE	O20	
17 Mola hidatiforme	O01	
18 Aborto espontáneo y aborto retenido	O02,1, O03	
19 Embarazo ectópico	O00	
20 Aborto inducido y terapéutico	O06, O04	
21 Amenaza de aborto	O02,0	
70 HEMORRAGIA DEL 2° y 3° TRIMESTRE		
22 Placenta previa con hemorragia	O44,1	
23 Desprendimiento prematuro de placenta	O45	
24 Hemorragia anteparto con defecto de la coagulación	O46,0	

INDICACION PRINCIPAL DE PARTO QUIRURGICO O INDUCCION	
01 Cesárea previa	14 Posición transversa
02 Sufrimiento fetal agudo	15 Ruptura prematura de membranas
03 Desproporción cefalo-pélvica	16 Infección ovular (sospechada o confirmada)
04 Alteración de la contractilidad	17 Placenta Previa
05 Parto prolongado	18 Abrujo placentar
06 Fracaso de la inducción	19 Ruptura uterina
07 Desceso detenido de la presentación	20 Preclampsia y eclampsia
08 Embarazo múltiple	21 Herpes anogenital
09 R.C.L.U.	22 Condilomatosis genital
10 Parto de pretérmino	23 Otras enfermedades maternas
11 Parto de posttérmino	24 Muerte fetal
12 Presentación podálica	25 Madre exhausta
13 Posición posterior	26 Otras

MEDICACION DURANTE EL TRABAJO DE PARTO	
01 Lidocaina o similar	16 Inhibidores de Prostaglandinas
02 Anestias simpatomiméticas	17 Antagonistas del calcio
03 Gases anestésicos (pentrane-fluorano-ox. nitroso)	18 Sulfato de magnesio
04 Barbitúricos	19 Hidralazina
05 Relajantes musculares	20 Beta Bloqueantes
06 Diazepam	21 Otros antihipertensivos
07 Meperidina	22 Sangre y derivados
08 Espasmolíticos	23 Heparina
09 Oxitocina	24 Corticoides
10 Prostaglandinas	25 Cardiotónicos
11 Betalactámicos (Penicilinas-cefalosporinas)	26 Diuréticos
12 Aminoglicósidos (gentamicina-amykacina)	27 Aminofilina
13 Eritromicina	28 Insulina
14 Metronidazol	29 Difenhidartoina
15 Betamiméticos	30 Otros
	31 Antiretrovirales
	32 Sulfato-Primetamina
	33 Cloproquin

ANOMALIAS CONGENITAS			
120 Anencefalia	Q00,0	146 Gastrosquisis	Q79,3
121 Espina bífida/Meningocele	Q05,Q07,0	147 Atresia duodenal	Q41,0
122 Hidranencefalia	Q04,3	148 Atresia yeyunal	Q41,1
123 Hidrocefalia	Q03	149 Atresia ileal	Q41,2
124 Microcefalia	Q02	150 Otras anomalías gastrointestinales	Q40,43,45
125 Hipocresencefalia	Q04,2	151 Genitales malformados	Q50-Q56
127 Otras anomalías del Sistema Nervioso Central	Q04,0,06	152 Agenesia Renal bilateral	Q60,1
128 Tronco arterioso	Q20,0	153 Riñones poli o multiquísticos o displásicos	Q61,1-61,9
129 Trisposición grandes vasos	Q20,3	154 Hidronefrosis congénita	Q62,0
130 Tetralogía de Fallot	Q21,3	155 Extrofia de la vejiga	Q64
131 Ventriculo único	Q20,4	156 Otras anomalías nefrouriñarias	Q63,64
132 Doble tracto de salida de vent. derecho	Q20,1	157 Trisomia 13	Q91,4, Q91,5, Q91,6
133 Canal atrió-vent. completo	Q21,2	158 Trisomia 18	Q91,0, Q91,1, Q91,2
134 Atresia pulmonar	Q22,0	159 Síndrome de Down	Q90
135 Atrisia tricuspide	Q22,4	160 Otras anomalías cromosómicas	Q92,97-99
136 Síndrome de hipoplasia de corazón izquierdo	Q23,4	161 Policidilia	Q36
137 Coartación de aorta	Q25,1	161 Policidilia	Q69
138 Retorno venoso pulmonar anómalo total	Q26,2	162 Sindactilia	Q70
139 Otras anomalías circulatorias/respiratorias	Q24,26,34	163 Displasia esquelética	Q77-78
140 Paladar hendido	Q35	164 Pes equinovarus / talvalgus (Pie Bot)	Q86,8
141 Fístula traqueo-esofágica	Q39,1	165 Hermia Diafragmática	Q79,0
142 Atresia esofágica	Q39,0, Q39,1	166 Hidrops fetal	P56, P83,2
143 Atresia de colon o recto	Q42,0, Q42,1, Q42,2, 42,9	167 Oligoamnios severo	P11,2
144 Ano imperforado	Q42,3	168 Otras anomalías musculoesqueléticas	Q68, 74, 75, 79
145 Onfalocelo	Q79,2	169 Anomalías tegumentarias	Q82,84

Fuente: Normativa 011 (2015)

MCP-SM/R (Historia Clínica) 2011

## Anexo N° 8

Tabla de percentiles para evaluar ganancia de peso materno, SI se conoce peso gestacional previamente y la paciente fue captada antes de las 12 SG.

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° 9

Tabla de percentiles para evaluar ganancia de peso materno, si No se conoce peso pre gestacional y fue captada después de las 12 semanas

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	48.4	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° 10 Cinta Obstétrica y Gestograma

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 periodos de 30 min. En 1 día). **Valor Mínimo Normal entre 30-40 sem.:** 10 Movs.



Fuente: Normativa 011 (2015)

**Anexo N° 11**  
**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)