



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN - MANAGUA

FACULTAD REGIONAL  
MULTIDISCIPLINARIA MATAGALPA

## **Seminario de Graduación para Optar al Título de Licenciatura en Enfermería Materna Infantil**

### **TEMA:**

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

### **SUBTEMA:**

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

### **AUTORES:**

**Br. Nelson Mejía Picado  
Br. Xiomara Raquel Castro Martínez.**

### **TUTOR(A):**

**Lic. Elsa Mercedes Castellón Calvo.**

**29 de Enero del 2018**





UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA

UNAN - MANAGUA

FACULTAD REGIONAL  
MULTIDISCIPLINARIA MATAGALPA

## **Seminario de Graduación para Optar al Título de Licenciatura en Enfermería Materna Infantil**

### **TEMA:**

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

### **SUBTEMA:**

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

### **AUTORA:**

**Br. Nelson Mejía Picado.  
Br. Xiomara Raquel Castro Martínez.**

### **TUTOR(A):**

**Lic. Elsa Mercedes Castellón Calvo.**

**29 de Enero del 2018**

## **Dedicatoria**

Yo soy la vid, vosotros los pámpanos; el que permanece en mí, y yo en él, este lleva mucho fruto; porque separados de mí nada podéis hacer.

Mira que te mando que te esfuerces y seas valiente; no temas ni desmayes, porque Jehová tu Dios estará contigo donde quiera que vayas. Juan 15.5 -Josué 1 .9

Por lo tanto, dedicamos esta investigación a Dios padre por ser quien la merece, sabemos que el cumple su promesa de estar con nosotros en todo momento y durante nuestra carrera fue quien nos dio fortaleza, sabiduría, entendimiento y valentía para confiar en nosotros y decir todo lo podemos en cristo que nos fortalece, sabiendo que sin su ayuda no podríamos haber culminado nuestra carrera. Infinitamente gracias padre.

## **Agradecimiento**

Agradezco especialmente a Dios por permitirme llegar a esta fase de mi carrera, con salud, sabiduría y entendimiento para lograr cada objetivo propuesto y de esta manera llegar a concluir este trabajo con éxito.

A mis padres por su apoyo incondicional, para que mi trabajo sea de calidad. A mi esposa e hijos (a) por su comprensión de mi ausencia del hogar y descuidar a la familia.

A nuestros profesores que año con año compartieron y nos regalaron el pan de la enseñanza, induciéndonos a mejorar cada día en nuestro aprendizaje y formación siendo de gran beneficio para desarrollar habilidades en la recopilación de datos en este presente documento.

A mi compañera Xiomara castro por espíritu de compañerismo y su entrega en la realización de este trabajo.

Br. Nelson Mejía picado.

Un profundo agradecimiento:

A Dios: Por darme la vida, la sabiduría, la salud, porque en los momentos más difíciles en mi carrera fue quien me dio las fuerzas para poder continuar y permitirme la firmeza para luchar y poder culminar mi licenciatura.

A mis padres: por ser los mejores, por sus sacrificios para darme el mejor regalo (la educación), porque fueron quienes me inspiraron a elegir mi carrera, haberme crecido con buenos principios y valores, por haberme instruido en el camino del bien, haber confiado en mí, darme su apoyo incondicional y estar conmigo en todo momento.

A mi esposo: Tommy Ulises Soza Rizo, por su confianza, su apoyo incondicional, por haber estado en cada etapa de mi carrera, su comprensión, haber estado conmigo en los momentos más difíciles y darme palabras de aliento cuando más las necesite. Gracias mi amor porque nunca me pusiste condiciones, solo estuviste ahí para apoyarme. Te amo.

A mi hermana Irma Castro por haberme apoyado y haber estado para mí siempre. Gracias porque sé que siempre puedo contar contigo.

A la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, FAREM-Matagalpa, por brindarme los medios necesarios para acceder a una formación académica que me permita desempeñarme profesionalmente en el futuro.

A Lic. Walkiria, una linda maestra y ejemplo a seguir, Lic. Thelma Castro quien fue una excelente tutora en nuestras áreas prácticas Lic. Miguel Estopiñan y Lic. Karla por su apoyo incondicional, Lic. Elsa Mercedes por su dedicación y esfuerzo como tutora.

No fue fácil, pero gracias a ustedes lo logre.

BR .Xiomara Castro

## Valoración del Docente



### FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA MATAGALPA

Por medio de la presente se informa, que el Seminario de Graduación para optar al Título de **Licenciatura en Enfermería 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 2017y con Sub tema: CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICA SOBRE ATENCIÓN PRENATAL DE BAJO RIESGO EN EL PERSONAL QUE ATIENDE EMBARAZADAS EN EL PUESTO DE SALUD LACAYO FARFÁN DEL MUNICIPIO DE MATAGALPA, DEPARTAMENTO DE MATAGALPA, AÑO 2017.Reúne los requisitos científicos y metodológicos para ser presentada y defendida ante un tribunal examinador. Matagalpa del 2017.

Elaborado por: **Br. Nelson Mejía Picado.**  
**Br. Xiomara Raquel Castro Martínez.**

---

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

## Resumen

El propósito de la presente investigación es evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre atención prenatal de bajo riesgo en el personal que atiende embarazadas en el puesto de salud Lacayo Farfán del municipio de Matagalpa, departamento de Matagalpa, año 2017. Donde la temática se centra en caracterizar socio demográficamente el personal de salud, Indagar los conocimientos sobre la Atención Prenatal de bajo riesgo, Identificar la actitud antes y durante la atención prenatal y describir las prácticas al realizar la atención prenatal en el personal de salud en estudio.

El presente estudio tiene un enfoque cualicuantitativo, de tipo descriptivo, de corte longitudinal y prospectivo, de método científico. El área de estudio es el puesto de salud Lacayo farfán, siendo su universo el personal de salud que atiende embarazadas y la muestra la constituye una licenciada enfermera en salud pública, un médico en su primer año de servicio social y un médico en su sexto año (interno).

El tipo de muestra fue no probabilístico por conveniencia, se elaboraron instrumentos para dar salida a cada objetivo específico, donde se realiza una encuesta para el conocimiento, compuesta por cuatro preguntas, al final se da una puntuación entre bueno, malo y regular, se elaboró una guía de observación para evaluar la actitud, constituida por nueve ítems y de acuerdo al número de ítems cumplidos se evaluó como positiva, neutral y negativa. De igual manera, para la práctica se realizó una guía de observación, utilizando las actividades que se deben realizar en cada atención prenatal, según Normativa 011 2015 y se evaluó como completa e incompleta.



## Índice

Dedicatoria .....	i
Agradecimiento.....	ii
Valoración del Docente.....	iv
Resumen.....	v
I.Introducción.....	1
II.Justificación.....	6
III.Objetivos .....	7
IV.Desarrollo .....	8
4.1 Descripción sociodemográfica .....	8
4.2. Conocimiento .....	13
4.3 Actitud del personal de salud que atiende embarazadas:.....	83
4.4.Práctica del personal de salud que realiza Atención Prenatal .....	88
V. Conclusiones:.....	100
VI. Bibliografía: .....	101
<b>Anexos</b> .....	103
Anexo #. 1 Operacionalización de variables .....	
Anexo # 2. Instrumentos.....	
Anexo # 3. Tablas de distribución de frecuencia .....	
Anexo # 4. Historia clínica perinatal, parte frontal.....	
Anexo #.5 Historia clínica perinatal, parte reversa.....	
Anexo #.7 Cinta obstétrica y Gestograma.....	
Anexo #. 8Tabla de percentil si la captación fue después de las 12 SG .....	
Anexo #. 9 Formulario de Clasificación del Riesgo.....	
Anexo # 10. Imágenes.....	
Anexo # 11 Acrónimos .....	

## **I. Introducción.**

La atención prenatal (APN) son normativas que como todas las acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores pueden condicionar la morbilidad materna y perinatal (OMS 2017).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A nivel nacional se trabaja con normativas por las que los trabajadores de salud se rigen. Estas normativas tienen por objeto, establecer los criterios y pautas para vigilar y atender la salud de la mujer embarazada, parturienta y puérpera, 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 resolutoria; permitiendo la articulación con niveles de mayor capacidad de resolución que sean capaces de atender las complicaciones que se derivan de esta atención para lograr la reducción de la mortalidad y morbilidad materna y perinatal.

En Nicaragua, a pesar que en las últimas décadas la mortalidad materna y perinatal han sido identificados como uno de los principales problemas de salud pública, las acciones realizadas por el Ministerio de Salud no fueron muy eficaces para obtener un impacto que permitieran marcar una tendencia sostenida de disminución de estos indicadores para cumplir con los ODM 4 y 5. Asimismo, 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 APN a toda embarazada que acuda a su consulta prenatal ambulatoria o brigadas móviles integrales en las comunidades para la prevención de anemia y SHG.

En Matagalpa según ENDESA,(2015) manifiesta en su reporte quincenal que ocupa el segundo lugar en muertes materna. Superado únicamente por Jinotega y la RAAN. Matagalpa también cuenta con una población de 1,883 embarazadas de bajo riesgo las cuales 38 de ellas corresponden al puesto de salud Lacayo Farfán. Por tal motivo se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuál es el Conocimiento, Actitudes y Práctica sobre atención Prenatal de bajo riesgo en el personal que atiende embarazadas en el puesto de Salud Lacayo Farfán del municipio de Matagalpa, departamento de Matagalpa, año 2017?.

Para la realización de esta investigación se toma como base metodológica a Piura (2008), por lo tanto es un estudio descriptivo, de corte longitudinal, del cual se pretende evaluar los conocimientos actitudes y prácticas del personal de salud que atiende embarazadas de bajo riesgo en el puesto de salud Lacayo Farfán del municipio de Matagalpa, departamento de Matagalpa año 2017, y prospectivo ya que contiene datos actuales.

De corte longitudinal debido a que está comprendido en un periodo de tiempo determinado, con enfoque cuali-cuantitativo mediante el análisis de datos característicos, cualidades y destrezas en el personal de salud durante la APN haciendo uso de datos y cifras numéricas para su evaluación.

De método científico puesto que: las APN se realizan con forme a normas y protocolos del MINSA Nicaragua y de la misma forma será evaluado el personal en estudio.

El área de estudio es el puesto de salud Lacayo farfán, siendo su universo el personal de salud que atiende embarazadas y la muestra la constituye una licenciada enfermera en salud pública, un médico en su primer año de servicio social y un médico interno, donde el tipo de muestreo utilizado es a conveniencia, se valoró a cada personal en estudio en cada atención prenatal de bajo riesgo que se brindó en esta unidad.

Para la recopilación de información se hizo uso de los instrumentos de recolección de datos tales como: Encuestas las cuales se le aplicaron al personal que laboran en la unidad de salud, en donde también se constató la información a través de la guía de observación con cada una de las actividades que se realizan a la embarazada según Normativa 011, (2015) cuyos criterios de evaluación en cuanto al llenado del expediente clínico fueron: completo e incompleto , a las actitudes y prácticas de la forma : positiva, neutral y negativa y en las encuestas como: bueno, regular y malo.

Para esta investigación se hicieron uso de libros digitales, así como también físicos, utilizando computadoras, memorias USB, se consultaron muchos libros de diferentes autores y seminarios de graduación elaborados en los años anteriores obtenidos de la biblioteca UNAN, FAREM- Matagalpa, con el propósito de retomar algunos conceptos, bibliografías, forma de redacción y preparación del documento para presentación del presente estudio.

En cuanto a las consideraciones éticas, se informó al personal de salud involucrado obteniendo así su colaboración y apoyo.

## **II. Justificación**

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

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

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

Los hallazgos encontrados permitirán a las autoridades del ministerio de salud (MINSU) tomar las acciones necesarias para retomar estrategias que permitan el desarrollo en los trabajadores de la salud con el fin de mejorar en la APN.

Es de gran importancia profesionalmente ya que pondrá en manifiesto los conocimientos adquiridos durante la carrera y permitirá sentar las bases para otros estudios que surjan sobre el tema en estudio. El producto de esta tesis hará parte de la evidencia científica, y será fuente de información para los futuros estudiantes interesados en el tema de estudio.

### **III. Objetivos**

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

#### **Objetivos Específicos:**

1. Caracterizar sociolaboralmente al personal de salud que realiza APN en el puesto de salud Lacayo Farfán.
2. Indagar conocimiento sobre la Atención Prenatal de bajo riesgo en el personal de salud que atiende embarazadas en las áreas de salud de Atención Primaria
3. Identificar la actitud del personal de salud antes y durante la atención prenatal de bajo riesgo durante la consulta.
4. Describir las prácticas del personal de salud al realizar la atención prenatal durante la consulta en el área de salud.



## **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 (Alvarez, 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. (Diccionario enciclopédico usual , 2014).

### **4.1 Descripción sociodemográfica**

**4.1.1 Concepto:** Esta 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 lacayo Farfán.**

Fue fundado en el año 1967, está Ubicado al Norte de la ciudad de Matagalpa, en el barrio Colonia Rubén Darío, siendo sus límites al Norte urbanización Arancaria, al Sur barrio Guanuca, al este barrio Las Marías y al oeste río Molino Norte.

Dentro de sus instalaciones Consta con tres consultorios Médicos, un cuarto de curación, un cuarto de revisión ginecológico, un cuarto de inmunización, una farmacia, una sala de estadística, una cocina, una sala de espera, una estación de enfermería, cuatros servicios higiénicos (Inodoros), con sus respectivos lava manos dos de ellos cuentan con baños, un pequeño patio y un lavadero.

El puesto de salud Lacayo Farfán en el año 2016 constaba con una población de 9,443 habitantes. Con el fin de brindar una mejor atención y cercanía a los usuarios estos fueron divididos en los puestos de las comunidades correspondientes: Las Marías, 3,200 habitantes, el Ocote, 180 habitantes, Santa Emilia, 1239 habitantes, y El paraíso, 1,800 habitantes.

Actualmente, la sede Lacayo Farfán, cuenta con una población de 3024 habitantes dividida en 549 familias que se distribuyen en 6 comunidades rurales y 2 barrios los cuales son: La Estrellita, La Flor, San Jorge/San Pablo, San Francisco, el Tepeyac, la Colonia Rubén Darío y Molino Norte primera etapa.

El total de la población inscrita en el registro de censo gerencial del puesto de salud Lacayo Farfán corresponde a 38 embarazadas de bajo riesgo. El personal de salud está integrado por un médico en su primer año de servicio social, un médico en su sexto año (interno) y una licenciada enfermera en salud pública con 20 años de experiencia ejerciendo su profesión.

#### **4.1.3 Caracterización socio laboral del personal de salud que atiende 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, Google, 1981)

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

La enfermera MOSAFC se desarrolla y aplica de forma integral en el marco de la salud pública, los cuidados del individuo, familia y comunidad en el equilibrio inestable del proceso salud-enfermedad. Los establecimientos de salud en el país históricamente se han enfocado en la atención curativa con tendencia a la especialización Médica. El MINSA en 1995 inició la implantación de un modelo de atención integral que destacó las acciones para el binomio madre-niño incidiendo en la morbi-mortalidad de este grupo poblacional, generando desarticulación de los servicios de salud y por lo tanto descuido a los otros segmentos poblacionales.

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

- **Enfermera auxiliar:** el auxiliar de enfermería es el profesional sanitario encargado de proporcionar cuidados auxiliares al paciente y actuar sobre las condiciones 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) ( Pérez M, Porto y María, 2011).
- **Enfermera 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: Ernestina Wiedenbach (1952-1965).** La enfermera es un ser humano funcional; como tal no solo actúa, también piensa y siente; sus pensamientos y sentimientos como enfermera son importantes, están íntimamente relacionados no solo con lo que hace sino con el modo en que lo hace, y subyace a cualquier acto que realiza, ya sea en forma de una palabra pronunciada, un documento escrito, un gesto o un acto de cualquier clase. Para la enfermería, cuya actividad está dirigida a la consecución de un propósito específico, los pensamientos y sentimientos tienen que estar disciplinados. (Bello, 2006)

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

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

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

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

**Tabla # 1. Caracterización socio laboral del personal de salud.**

Perfil profesional	Lic. Enfermería	Médico interno	Médico en servicio social
Experiencia labora en años	20	1	1
Edad en años	52	26	24

Fuente: Encuesta

El cuadro refiere que, quien lleva más tiempo laborando en este sector es la Lic. En enfermería con 20 años, los demás recursos humanos de salud, solo un año y las edades comprenden entre 24 a 52 años.

Algo que marca la experiencia son los años de laborar en un área de salud permanentemente, en este caso enfermería, tiene ese tiempo, además los años de edad marcan la vasta destreza para el trabajo.

El MINSA, distribuye los recursos nuevos quienes tienen que apropiarse de las prácticas y manejos de normativas en el momento del servicio social, los demás recursos son el apoyo para el trabajo por la cantidad de pacientes que reciben y a su vez, aprendizajes significativos después de sus estudios académicos.

## 4.2. Conocimiento

**4.2.1 Concepto:** Es el entendimiento, inteligencia, razón natural, aprensión intelectual de la realidad o de una relación entre los objetos, facultad con las que nos relacionamos con el mundo exterior. Conjunto de saberes sobre un tema o sobre una ciencia. Rojas R, Zepeda C, ( 2015). Proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce en el pensamiento humano; dicho proceso está

condicionado por las leyes del devenir social y se halla indisolublemente unido a la actividad práctica. (Cheesman, 2011).

#### 4.2.2 Tipos de conocimientos según Rojas, (2015)

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

#### 4.2.3 Características del conocimiento:

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

- Su utilización que puede repetirse sin que el conocimiento se consuma, permite entender los fenómenos que las personas perciben, y también evaluarlos en el sentido de juzgar conveniencia de los mismos.
- Sirve de guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo. (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 y 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 Sobre atención prenatal según (MINSa-Normativa-011, 2015)**

##### **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.

Los recursos humanos de salud, responden de forma correcta las preguntas de conocimientos sobre el concepto de APN en un 100%. (Tabla # 2, anexo # 3)

Significa que el personal que labora en la unidad de salud está actualizado con las normativas y tiene los conocimientos necesarios para guiarse y brindar una atención adecuada. Esto favorece tanto al personal como a las pacientes facilitando la atención ya que por falta de conocimientos, no habrá dificultad en la unidad de salud.

##### **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

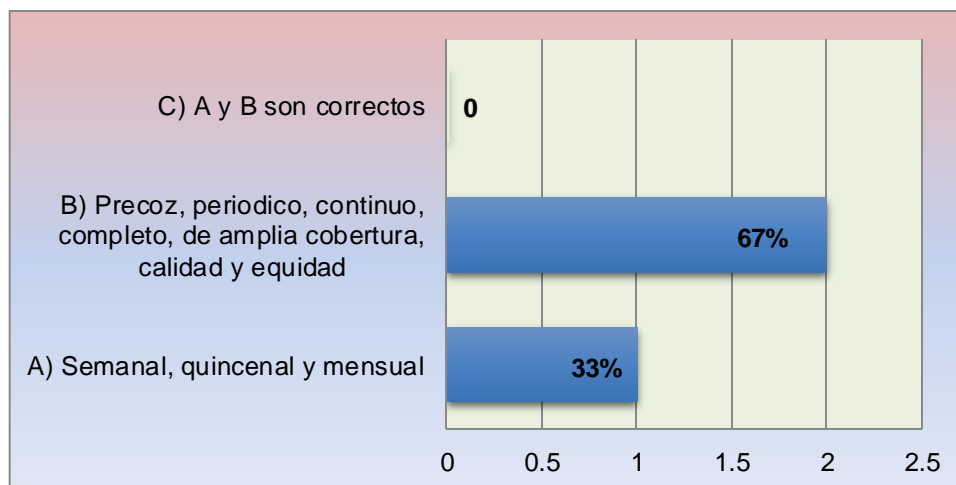
También debe de ser de:

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.

**Gráfica # 1: Conocimiento del personal de salud sobre los requisitos básicos de APN.**



**Fuente:** tabla # 3 anexo # 3.

La gráfica representa el conocimiento del personal de salud sobre los requisitos básicos de APN, donde muestra que el 67%(2) respondieron de forma correcta y el 33% (1) respondió de forma incorrecta.

Es importante que el personal tenga conocimientos sobre las diferentes actividades que se les deben cumplir a las pacientes en cada control prenatal, dado que se les debe dar un seguimiento estricto empezando por la captación que se debe realizar en los primeros tres meses del embarazo. Esto ayudaría a que las pacientes reciban un diagnóstico temprano y así poderles dar los cuidados que cada una de ellas requieren. Además el recurso debe saber la frecuencia con la que se realizan las atenciones prenatales para poderle dar seguimiento a las pacientes citándolas en un periodo de tiempo determinado, de manera que se les puedan cumplir los cuatros controles prenatales, facilitando la vigilancia en el crecimiento del embarazo y posibles patologías que se puedan asociar en el transcurso de tiempo.

El control debe ser de forma continua para que el seguimiento pueda ser exitoso ya que la paciente será evaluada a partir de un determinado tiempo, es decir desde la último control que se le realizó. De lo contrario no se sabría a partir de que instancia pudo haber presentado alguna anormalidad en su embarazo o si ha presentado cambios que puedan estar asociados a una patología.

El no realizar un control de forma completa puede afectar la salud tanto de la gestante como la del bebe ya que un control incompleto no garantizan el cumplimiento efectivo de las acciones, es decir no se le está dando la atención adecuada que cada paciente amerita. Por ejemplo cuando una paciente no recibe consejerías sobre síntomas de peligros, corre el riesgo de estar en esa situación sin darse cuenta y por lo tanto lo considera normal.

Además los recursos deben tener en cuenta que las APN deben abarcar el 100% de la población embarazadas lo que significa que toda gestante debe tener su control prenatal y es una responsabilidad del personal de salud, también debe ser de calidad, cumpliendo con todos los requisitos establecidos por las normas de APN y equidad, lo que indica que toda paciente debe ser tratada por igual sin

importar la raza, el color, la edad de la persona o el nivel académico que pueda tener, si el personal de salud toma en cuenta estos requisitos estará garantizando una atención completa y de calidad.

Sin embargo el conocimiento teórico de los requisitos básicos en los recursos, no garantiza el cumplimiento de los mismos al momento de la práctica ya que el personal que respondió incorrectamente fue quien realizó las atenciones prenatales de forma correcta, en cambio quien respondió correctamente no realizó las actividades correctas al momento de la atención.

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

Esta clasificación se basa en ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control. En principio el nuevo modelo de control prenatal divide a las mujeres embarazadas en dos grupos.

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.

Los recursos en salud de la unidad en estudio, conocen teóricamente la clasificación de riesgo en un 100 % (3). (Tabla # 4, Anexo # 3).

Esto indica que el personal no tendrá dificultad al momento de dar una atención para dar a las pacientes un trato digno y los cuidados que cada una de ellas ameritan, al clasificar correctamente a las pacientes embarazadas tendrán una atención especializada ya que las pacientes no se deben tratar por igual en cuanto a los cuidados de acuerdo a cada clasificación porque una embarazada de bajo riesgo no se le indicara el mismo tratamiento que se le da a una embarazada de alto riesgo y las atenciones prenatales se le realizarán con menor frecuencias.

### **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-normativa 011, 2015)

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

El 100% (3) del personal del puesto de salud en estudio tiene conocimiento sobre el número de APN que se debe realizar a embarazadas de bajo riesgo. (Tabla # 5 Anexo # 3).

Significa entonces que el personal de salud realiza las APN de acuerdo a la normativa MINSA 011(2015), cumpliendo con las actividades según la clasificación. Es importante que los recursos estén capacitados y manejen esta información esencial ya que las pacientes bajo riesgo según normativas de APN no necesitan más controles durante su embarazo, además para las pacientes es más factible acudir a la unidad de salud pocas veces, ya que muchas de ellas viajan de comunidades lejos del puesto y tienen quizás que caminar largas distancias y pagar pasajes con tanto sacrificios.

**Formulario de Clasificación del Riesgo, Criterios para Clasificar el Riesgo en la Atención Prenatal (Ver anexo # 9).**

**Actividades básicas que se deben cumplir en las atenciones prenatales y sus definiciones según (MINSA-Normativa-011, 2015)**

## **1. Llenado de expediente clínico, HCP y resto de formularios (ver anexo # 4).**

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. (MINSA Normativa-004, 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 (MINSA Normativa-004, 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 Normativa-106, 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 Normativa-106, 2013).

### **Políticas de operación de la historia clínica perinatal.**

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

Es esencial que los datos registrados en la historia clínica perinatal sean completos, válidos, confiables y estandarizados. El llenado de cada segmento no es responsabilidad de una persona sino de un equipo multidisciplinario y la calidad del llenado es vital, ya que la historia clínica perinatal forma parte del Expediente Clínico y está sujeta a las Auditorías Médicas.

### **Llenado de HCP**

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

## **Interrogatorio**

Es importante interrogar a la embarazada sobre ciertas preguntas que indicaran los factores de Riesgos Potenciales y Reales, como estar empleada o no, el tipo de trabajo o la exposición a agentes teratogénicos (metales pesado, químicos tóxicos, radiación ionizante), vivienda (tipo tamaño- número de ocupantes), condiciones sanitarias, disponibilidad de servicios básicos (agua potable, luz eléctrica, letrina - inodoro).(Minsa, 2008).

De igual forma sobre antecedentes familiares y personales, donde el recurso de salud identifique si existe riesgo debido a cualquier patología y el tratamiento que la paciente ha estado utilizando.

**Riesgo Potencial:** Es aquel riesgo, que a pesar de su presencia no produce daños directos, pero que de no tomar precauciones de forma oportuna, puede vincularse a un daño.

**Riesgo Real:** Aquellos cuya presencia se asocia de forma directa con un daño específico en base a evidencia científica disponible.

### **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 # 4

**3. Gestación actual:** En esta sección se registran todos los datos relacionados con el embarazo actual.

**4. Partos/ vaginales – cesárea y aborto:** se refiere al número de partos, si corresponde se anotará el número de partos y de ellos preguntará: ¿Cuántos fueron partos vaginales y cuantos fueron por cesárea? Además se indagará sobre el peso del RN en el último embarazo. Marcar si el peso es menor a 2500 gr o fue mayor o igual a 4000 gr, fue normal o N/C (no corresponde) si no hubo nacimientos previos.

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

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

**5. Enfermedades durante la gestación, parto o puerperio:** En esta sección de la HCP se registrarán todas las patologías ocurridas en el embarazo, parto y puerperio. Se recomienda llenarla conforme se vayan haciendo los diagnósticos.

**6. Recién nacido/a:** se deberá clasificar como nacido vivo: si muestra cualquier signo de vida después de la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo.

Nacido muerto: si no evidencia signos de vida luego de la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo.

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

**7. Puerperio Inmediato:** Es un periodo de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional comprendido en las primeras 24 hora postparto. Destinado al registro de los controles del puerperio.

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

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

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

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

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

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

existentes. Refiérala según corresponda de acuerdo a NORMAS Y PROTOCOLOS PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SEXUAL y referir según Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia de Género.

### **Factores sociales**

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

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

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

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

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

### **Tipos de violencia:**

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

**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.

En cada APN se debe hacer una evaluación si la paciente sufre algún tipo de violencia.

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

**Censo gerencial de las embarazadas:** 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. (MINSA Normativa-101, 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 Preconcepcionales 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. 3ª Edición. (Méndez Mayo1998).

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

Nos interesan los padecimientos susceptibles de relacionarse con la paciente por ser hereditarios como son la diabetes, errores congénitos del metabolismo, antecedentes e 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 por haber sido padecidos, confieran alguna ventaja a la embarazada, como por ejemplo en el caso de haber padecido rubéola con anterioridad.

También tienen importancia por la posible agresión farmacológica al producto, padecimientos maternos que obliguen a dar tratamientos con fármacos teratogénicos o tóxicos para el producto.

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

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

**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 Normativa-106, 2013)

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

## **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.
- Evaluar el IPM.

### **Equipos:**

Bascula graduada en libras o kilos

Papel periódico

Libreta

Expediente clínico

Lapicero.

### **Procedimiento:**

- Reunir equipo necesario.
- Observar que la báscula esta nivelada.
- Orientar a la paciente que se quite los zapatos y accesorios pesados.
- Colocar papel periódico sobre la plancha de la báscula.
- Ayudar al paciente a que se pare sobre en el centro de la plancha dando la espalda a la escala graduada.



- Comprobar que el paciente está en equilibrio movilizar el marcador de la escala.
- Leer el peso del paciente y anotarlo en la hoja correspondiente.
- Ayudar al paciente a bajarse de la báscula.
- Dejar al paciente cómodo y la unidad en orden.
- Dejar la báscula nivelada retirar y descartar el papel periódico.
- Dada casos, por lo cual es aconsejable pesar a la embarazada tan temprano como sea posible, idealmente antes de las 12 semanas de gestación. Para la evaluación de la ganancia de peso durante el embarazo. (DAR RALPH T, 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, él bebe puede nacer con un peso inadecuado para su edad y cambios en el organismo de la embarazada. (USAID, 2014).

La enfermedad periodontal se caracteriza por acumulación de placa alrededor del diente y de la línea de la encía. La placa dentaria está compuesta por bacterias y sus toxinas, desechos de alimentos y células muertas. Esta placa causa respuesta inmunológica e inflamatoria que resulta en destrucción del tejido periodontal,

liberación de mediadores inflamatorios que podrían causar patologías en otros órganos. (USAID, 2014)

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

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

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

### **Examen de mama:**

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

### **Objetivo**

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

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

**Procedimiento:**

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

**8. Edad Gestacional:**

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

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

Objetivo del cálculo de la edad gestacional:

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:

**Gestograma:** 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-Normativa-011, 2015).

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

**Por ultrasonografía**

Elemento clave para determinar la edad gestacional, Permite el diagnóstico preciso de: ubicación del saco gestacional, vitalidad del embrión-feto, número de feto (embarazo único o múltiple), anatomía fetal, edad gestacional (EG) (DAR RALPH T, 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. (MINSA Normativa- 029, 2009).

El índice de masa corporal una herramienta de aplicación fácil, aceptada internacionalmente para la evaluación del estado nutricional, con valores aplicables a ambos sexos e independiente de la edad. Debe usarse para clasificar el sobrepeso y obesidad en adultos. El índice de masa corporal se calcula dividiendo el peso en kilogramos (Kg) entre la talla (altura) en metros al cuadrado (m<sup>2</sup>).  $IMC = \frac{\text{peso en kg}}{\text{talla m}^2}$ . 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 comorbilidades preexistentes relacionadas con la obesidad.
- Reducir el riesgo futuro de las comorbilidades 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: ( $> 30 \text{ Kg/m}^2$ ). (011 N. , 2015)

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

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

Existen dos situaciones para el cálculo de peso materno:

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

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

#### **Dicha tabla se efectúa de la siguiente manera:**

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

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

### **2. No conoce el peso pre gestacional o la embarazada fue captada después de 12 semanas de 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 #.8).

### **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: Peso en Kg/ Talla en m2**

- ✓ **Desnutrición:** ( $< 18.5 \text{ Kg/m}^2$ )
- ✓ **Peso normal, Estrófica:** ( $18.5 - 24.9 \text{ Kg/m}^2$ )
- ✓ **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):

#### Incremento de Peso Materno

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

**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.

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**

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) y registro 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.

- **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.
- **Frecuencia respiratoria:** La frecuencia respiratoria es la cantidad de respiraciones que una persona hace por minuto. La frecuencia se mide por lo general cuando una

persona está en reposo y consiste simplemente en contar la cantidad de respiraciones durante un minuto cada vez que se eleva el pecho.

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

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

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

**Toma de Tensión Arterial**

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

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

Adultos:

- 12 cm (anchura) x 23-24 cm (longitud). Para brazos normales.
- 15 x 31 cm o 15 x 39 cm: para personas obesas.
- 18 x 36 a 50 cm: para personas muy obesas o para tomar la PA en las piernas.
- Un manguito pequeño sobreestima las cifras de PA y un manguito demasiado grande las infravalora. En caso de duda es preferible utilizar un manguito tan grande como sea posible.

### **Técnicas toma de presión arterial:**

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

### **Método 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 Vascular-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. Infle 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.

### **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 bebe puede heredar el de la madre o el del padre; cuando hereda el RH positivo del papá y la madre es negativo puede presentarse problemas como: ictericia (aparición 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 ya que las pruebas no pueden distinguir entre una y otra trepanomatosis. Durante el embarazo se tratara a todas las mujeres cuya prueba sea positiva (de acuerdo a titulación), independiente de los antecedentes de tratamiento en un embarazo anterior.

- Si el resultado de la prueba RPR es inferior a 1:8 se trata de un resultado negativo, no se tiene la sífilis aunque hay que hacer seguimiento de nueva titulación en 8 semanas. Si valores continúan menor a 1:8 paciente no es portadora de enfermedad y es solo un valor con falso positivo.
- Si se tiene resultado igual o mayor de 1:8 es positivo y sí que se tiene la sífilis y hay que aplicar el tratamiento correspondiente. Es decir, que se considera diagnóstico positivo de sífilis los resultados iguales o superiores a 1:8. Es aconsejable enviar titulaciones cuantitativas en 6-8 semanas, considerar a la paciente tratada si titulaciones nuevas aunque aún continúen positivas sean menores de 1:8, esto debido a los procesos de memoria en los que las titulaciones pueden permanecer positivas hasta 12 semanas después de aplicado el tratamiento.
- No Reactivo: Resultado negativo, NO tienes la sífilis.

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

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

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

Es un examen que mide la cantidad de un azúcar llamado glucosa en una muestra de sangre. La glucosa es una fuente importante de energía para la mayoría de las células del cuerpo, incluyendo a las del cerebro. Los carbohidratos se encuentran en las frutas, los cereales, el pan, la pasta y el arroz. Se transforman rápidamente en glucosa en el cuerpo, elevando así su nivel en la sangre. Las hormonas producidas, también ayudan a controlar el nivel de glucosa en la sangre.

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.

### **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 túmulos renales que pueden contener diferentes elementos en su interior. La presencia de hematíes, leucocitos, células epiteliales o grasa en el interior de un cilindro, certifica su origen renal, de ahí su importancia. Dentro de los cilindros más importantes encontramos:
  
- **Cilindros hialinos:** Son los más simples, frecuentes y menos específicos, ya que pueden encontrarse en múltiples circunstancias, tales como: ejercicio, fiebre, deshidratación, empleo de diuréticos, etc.

- **Cilindros epiteliales:** Son cilindros en que la matriz proteica ha incluido en su interior las células del epitelio tubular descamadas en el lumen, se observan en las afecciones glomerulares y tubulares agudas.
- **Cilindros granulosos:** Representan cilindros en que las células epiteliales se han desintegrado y pueden ser de gránulos gruesos o finos. Los cilindros de gránulos gruesos y pigmentados son característicos de la necrosis tubular aguda, lo que ayuda a diferenciar ésta de la insuficiencia renal aguda.
- **Cilindros hemáticos:** Están constituidos por hematíes o sus restos en el interior de un cilindro, se caracterizan por su color amarillento propio de la hemoglobina, son característicos de las glomerulonefritis de reciente evolución. Ocasionalmente pueden ser observados en la nefritis intersticial aguda y en la intoxicación por tetracloruro de carbono.
- **Cilindros leucocitarios:** Están constituidos por leucocitos incluidos en una matriz proteica. Se observan en la pielonefritis aguda lo que permite diferenciar ésta de la infección urinaria baja.
- **Cilindros grasosos:** La presencia de gotitas de grasa dentro de un cilindro puede ser observada ocasionalmente en las diversas glomerulonefritis. Cuando los cilindros grasos son abundantes constituyen un hecho de importancia en el diagnóstico del síndrome nefrótico.
- **Cilindros serios:** Son cilindros muy refringentes, de bordes muy nítidos, semejan trocitos de vidrio cortado. Se observan en nefrópatas de larga evolución.
- **Cilindros de IRA:** Son cilindros granulosos de diámetro de 3 o 4 veces mayor que los cilindros habituales. Traducen la existencia de 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**

#### **Esquema A:**

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

#### **Esquema B:**

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

#### **Consejería y prueba voluntaria de VIH/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 materna 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 según** (Victoria Tellez, 2017)

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 micro litro (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** según (García, 2016)

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.

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-obtetricia, 1979)

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

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

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

Luego proceder a graficar el valor obtenido en la Curva de Crecimiento Uterino (ver anexo # 5).

## **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-obtetricia, 1979).

### **Técnicas de auscultación:**

Se coloca la embarazada en decúbito dorsal en una mesa de examen no muy baja. Se toma el estetoscopio por el tallo y se aplica la campana perpendicularmente sobre el foco de auscultación, este foco de auscultación es la zona en que por condiciones acústicas se perciben más nítidamente los latidos y que previamente es necesario localizar por palpación.

El foco máximo corresponde al hombro fetal anterior. La transmisión hacia el estetoscopio a este nivel se hace siguiendo capas sólidas que son buenas propagadoras del sonido, 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-obtetricia, 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-Obstetricia,(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**

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

La presentación podálica, por su denominación, parece que sólo se refiere a los pies, pero no es así, también se refiere a las nalgas y por esto, de acuerdo con las partes que se presente al estrecho superior, serán las distintas variedades de la denominada presentación pelviana que pueden ser:

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

**Situación fetal:** se denomina así a la relación existente entre el eje del ovoide fetal, el eje del ovoide uterino y el eje longitudinal de la madre. Los tipos de situación fetal son 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 anexo #.10 imagen # 1)**

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.

### **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.(NORMATIVA106, 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 (Normativa002, 2008)

La consejería es un proceso de análisis y comunicación de persona a persona, entre el prestador de servicios y el/la usuario/a potencial y el/la usuario/a activo.

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

a) Atender a la persona usuaria.

b) Conversar, consultar y evaluar los conocimientos y necesidades de la usuaria.

Converse sobre sus necesidades, deseos o cualquier duda o preocupación que tenga. Alíentela a que haga preguntas sobre planificación familiar, consulte acerca de sus planes de tener hijos o de posponerlos.

- c) Comunicar a la persona usuaria cuáles son los métodos anticonceptivos disponibles.
- d) Encaminar a la usuaria hacia la elección del método más apropiado.
- e) Describir cómo utilizar el método elegido:
- f) Acordar con la usuaria le fecha de Visita de seguimiento.

### **Consejería de planificación familiar a través del método ACCEDA.**

#### **Mecánicos**

##### **Dispositivo intrauterino (DIU)**

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

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

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

#### **Hormonales**

##### **Inyectables intramusculares sólo con progestágenos de depósito trimestrales**

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

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

## **Naturales.**

### **Abstinencia**

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

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

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

### **MELA**

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

## **De Barrera.**

### **Condón o preservativo**

**Definición:** Es un método anticonceptivo temporal, conocido también como preservativo profiláctico, gomas o forros. Tiene la función de cubrir el pene erecto durante la relación sexual, recoge el semen y no permite que el esperma del hombre entre en contacto con la vagina y el cuello del útero de la mujer.



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

La consejería debe de ser respetuosa y sincera, tener como fin la elección el método anticonceptivo que más se adapte a las necesidades del usuario/a consultante. Ya sea que desee retrasar el nacimiento de su primer hijo/a, espaciar el nacimiento entre ellos, no tener más hijos/as, o proyectar los hijos e hijas que puede tener acorde con su realidad socio cultural, económico y estado de salud.

La consejería debe necesariamente abordar el tema de la comunicación entre la pareja, explorar el tipo de relación de la pareja en términos de frecuencia y prácticas o conductas vinculadas a riesgos para la adquisición de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA. NORMATIVA(002, 2008).

## **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, Agosto 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.(consuelo rodriguez palomares, 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 Normativa- 029, 2009)

En estudios revisados se encontró que el uso de suplemento de hierro en mujeres embarazadas no deberá ser ofrecido de manera rutinaria dado que no se beneficia la salud del feto o de la madre y puede tener efectos desagradable secundarios así mismo no existe 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, Noviembre-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 preconcepcional 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. 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, Agosto 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 adecuados 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-Normativa-011, 2015).

### **23. 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.

## **24. 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-Normativa-011, 2015)

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

### **Plan de parto:**

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

### **Propósito del Plan de Parto**

Es que la embarazada, su pareja, su familia y la comunidad organizada, estén preparados para ayudar a la mujer en casos de 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 N- 105, NOVIEMBRE 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 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.

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

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

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

Por ello resulta de gran importancia reconocer en forma temprana y oportuna las complicaciones obstétricas que ponen en peligro la vida de la embarazada, y realizar un abordaje inmediato y adecuado para evitar el agravamiento y la muerte



de la mujer. El implementar acciones adecuadas, basadas en la evidencia, establecidas por protocolo de manejos y llevadas adelante por parte del personal de salud con competencias, puede reducir la razón de mortalidad materna. (MINSA- Normativa 109, 2013).

### **Acciones para referir a hospitalización a embarazadas**

#### **Plan de referencia:**

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

#### **Coordinación previa:**

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

**Condiciones de traslado:** Embarazada canalizada con granula 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-Normativa-011, 2015).

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

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

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

## **27. En caso de amenaza de parto pre termino, aplicar Dexametazona.**

**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, Noviembre-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.

## **28. 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. (Normativa, 063)

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) (MINSANORMATIVA-011, 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, Ergometrina,

Hidralazina (ampolla), cintas de uro análisis, se debe garantizar la existencia de otros insumos COE, Sulfato de magnesio de magnesio, Nifedipina, clotrimazol, Metronidazol y Labetalol.

### **4.3 Actitud del personal de salud que atiende 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.

**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. (Lorause, 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. (GardeyJ.P, 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, 2005).

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. (Diccionario de la lengua Española, 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, 2005).

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 decepcionará 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 dístico 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.
- Respeta 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 # 2: Actitud del personal del puesto de salud Lacayo Farfán ante las Atenciones Prenatales realizadas.**

Actitud del personal de salud que atiende embarazadas de bajo riesgo	Nro. de APN observados	Actitud Positiva	% obtenido	Actitud negativo	% obtenido	Actitud neutral	% obtenido
Lic. en enfermería	25	25	100 %	0	0%	0	0%
Medico en servicio social	13	8	62%	0	0%	5	38%
Total	38						

**Fuente:** Tabla # 6, anexo # 3.

De acuerdo a las actitudes que los recursos humanos en salud deben practicar, se observó actitud positiva de parte de un recurso y actitud neutral por parte de otro recurso.



La actitud positiva hace factible la atención a las pacientes en el momento de la consulta permitiendo que la gestante pueda sentirse en un ambiente cómodo, agradable y de confianza facilitando una mayor comunicación para aclarar dudas e inquietudes, la usuaria se sentirá satisfecha de haber recibido una buena atención, favoreciendo la asistencia de ellas a las unidades de salud.

El médico en servicio social realiza las actividades de manera neutral lo que hace insatisfactoria la atención a la paciente al momento de la consulta, por tal motivo no establece una comunicación efectiva que permita a la usuaria la confianza para relacionarse y poder aclarar inquietudes relacionadas con su embarazo o patologías asociadas de carácter confidencial.

Médico interno refiere tener prohibido por parte de la institución realizar controles prenatales. Se considera una deficiencia en la unidad de salud, la exclusión de este recurso ya que tiene los conocimientos y debería ponerlos en prácticas, refiriendo lo mismo durante todas las observaciones.

#### **4.4 Practica 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. (Diccionario enciclopédico usual , 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. (Perez, 2010)

#### **4.4.2 Practicas del personal de Salud**

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. (Lazaro, 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.

#### **4.5. Actividades que deben realizarse en cada Atención Prenatal según MINSA- (NORMATIVA-011, 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.

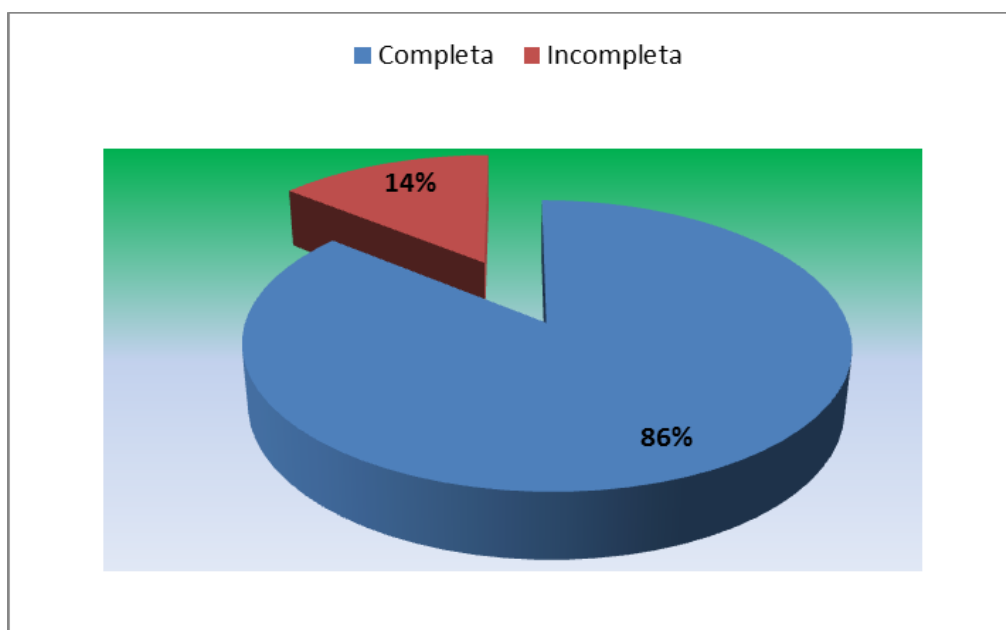
##### **Interrogatorio**

Es importante preguntar a la embarazada sobre ciertos factores de Riesgo: tener empleo o no, el tipo de trabajo o la exposición a agentes teratogénicos (metales pesados, químicos tóxicos, radiación ionizante), vivienda (tipo- tamaño – número de ocupantes), condiciones sanitarias, disponibilidad de servicios básicos (agua

potable, luz eléctrica, letrina-inodoro). Investigar sobre malaria o hepatitis en áreas endémicas, además averiguar sobre alergia, uso actual de medicamentos, trombosis o embolia, desprendimiento o placenta previa en embarazos anteriores, partos distócicos anteriores, retardo del crecimiento uterino, y también sobre si es portadora del VIH y Sida, ya que éstos pueden significar un riesgo para desarrollar complicaciones durante el embarazo, por lo que deberá ser referida al especialista para que sea atendida según normativa.

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

**Gráfica #.2 Práctica del personal de salud que atiende embarazadas en la primera atención prenatal.**



**Fuente:** Tabla # 8 anexo # 3.

La gráfica muestra que de las 22 Actividades normadas para la primera atención Prenatal el personal de salud realizó el 86%(19) y el 14%(3) no las realizó. La evaluación se realiza para todas las atenciones Prenatales observadas según la normativa MINSA 011 (2015) en la que se refiere que un control prenatal es completo cuando alcanza un 85% en adelante.

A pesar de no realizar todas las actividades correspondientes se considera un control prenatal completo, alcanzando la puntuación establecida según la norma para considerarlo, Significa que el personal que atiende embarazadas en esta unidad de salud, aplica y ejerce su trabajo guiándose bajo las normativas ejercidas por el ministerio de salud.

Haciendo mención de los ítems no realizados, las pacientes no fueron ingresadas al censo gerencial, no se les brindó consejería sobre lactancia materna, planificación familiar, apego precoz, no se les realizó examen odontológico y de mamas.

Al no ingresar las pacientes al censo gerencial, el personal de salud carece de información actualizada sobre las gestantes, esto pueden afectar tanto al recurso de salud como a la paciente ya que este instrumento nos ayuda a identificar los factores de riesgos obstétricos, la planificación para la búsqueda de inasistentes, alimentar el sistema de vigilancia en las gestantes y tomar decisiones oportunas.

Las pacientes deben recibir consejería sobre lactancia materna, planificación familiar, el apego precoz y los cuidados del RN, desde el embarazo ya que debe estar preparada tanto física como psicológicamente para esta nueva etapa, se les debe explicar la importancia sobre la lactancia materna y los beneficios que obtiene tanto para ella como para su bebé, se deben motivar, informar y promover cuáles son los métodos que están disponibles en la unidad de salud y cuál es el que se le recomienda tomando en cuenta el criterio de elegibilidad, de igual manera el apego precoz que esto le ayuda en el éxito de la lactancia materna a crear un buen desarrollo tanto físico como psicoemocional en el bebé.

También la revisión odontológico no se debe obviar ya que al realizarlo, nos dan una pauta para pensar en posibles patologías que se pueden asociar al bebe como nacimientos prematuros y bajo peso al nacer también en la madre la presencia de proteínas en la orina debido a la infección.

Con el examen de mamas también se busca identificar problemas que puedan afectar la alimentación con la leche materna, como pezones invertidos o planos o patologías tumorales tumorales evidentes, también es el momento oportuno para discutir sobre el tema de lactancia materna.

Luego que las pacientes reciban esta información es probable que tomen conciencia y responsabilidad por el bienestar tanto de ella como de su bebe.

### **Segunda Atención Prenatal**

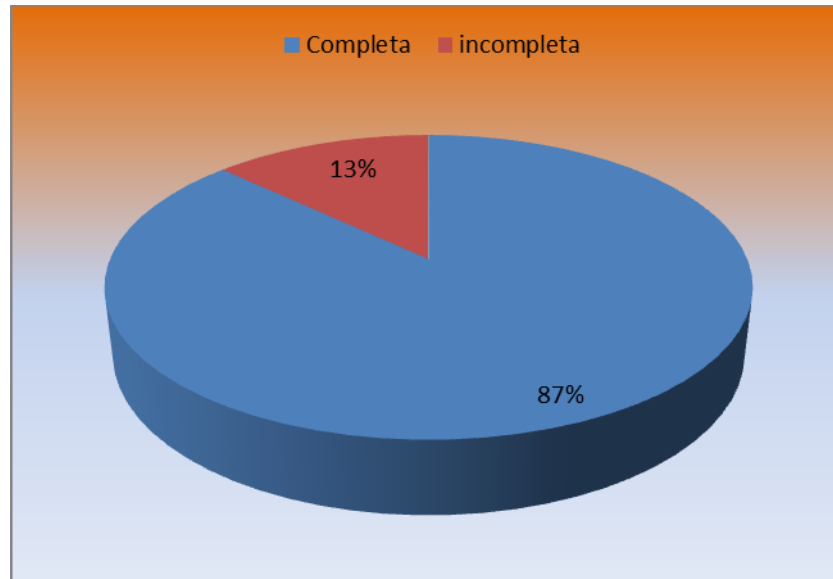
La segunda visita debe programarse cerca de la semana 26 de embarazo. Se estima una duración aproximada de 20 minutos como mínimo.

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.

### Gráfica #3. Prácticas del personal de salud que atiende embarazadas en la segunda APN



**Fuente:** Tabla # 10 anexo # 3.

En cuanto a las 24 actividades normadas para la segunda atención prenatal el personal de salud realizaron el 87% equivalente a (21) de ellas y el 13 % (3) no las realizaron.

Se considera estos controles completos al cumplir con lo establecido en la norma, significa que no hay deficiencia en el personal de salud que está trabajando en esta unidad y esto contribuye al bienestar del binomio.

Sin embargo hubieron ítems que no se cumplieron, tales como. El ingreso al censo gerencial, el examen odontológico y de mamas la consejería sobre lactancia materna, planificación familiar, apego precoz y los cuidados al recién nacido. Pudiéndose observar que la causa está relacionada con la cantidad de población que los recursos deben atender, las metas establecidas y la falta de recursos en la unidad.

Al no ingresar las pacientes al censo gerencial, el personal de salud carece de información actualizada sobre las gestantes, esto pueden afectar tanto al recurso de salud como a la paciente ya que este instrumento nos ayuda a identificar los

factores de riesgos obstétricos, la planificación para la búsqueda de inasistentes, alimentar el sistema de vigilancia en las gestantes y tomar decisiones oportunas.

Las pacientes deben recibir consejería sobre lactancia materna, planificación familiar, el apego precoz y los cuidados del RN, desde el embarazo ya que debe estar preparada tanto física como psicológicamente para esta nueva etapa, se les debe explicar la importancia sobre la lactancia materna y los beneficios que obtiene tanto para ella como para su bebé, se deben motivar, informar y promover cuales son los métodos que están disponibles en la unidad de salud y cuál es el que se le recomienda tomando en cuenta el criterio de elegibilidad, de igual manera el apego precoz que esto le ayuda en el éxito de la lactancia materna a crear un buen desarrollo tanto físico como psicoemocional en el bebé.

Al igual, la revisión odontológica no se debe obviar ya que al realizarlo, nos dan una pauta para pensar en posibles patologías que se pueden asociar al bebé, tales como, nacimientos prematuros y bajo peso al nacer también en la madre la presencia de proteínas en la orina debido a la infección si se presenta.

El examen de mamas también se busca identificar problemas que puedan afectar la alimentación con la leche materna, como pezones invertidos o planos o patologías tumorales evidentes, también es el momento oportuno para discutir sobre el tema de lactancia materna.

### **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 pródomos

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**

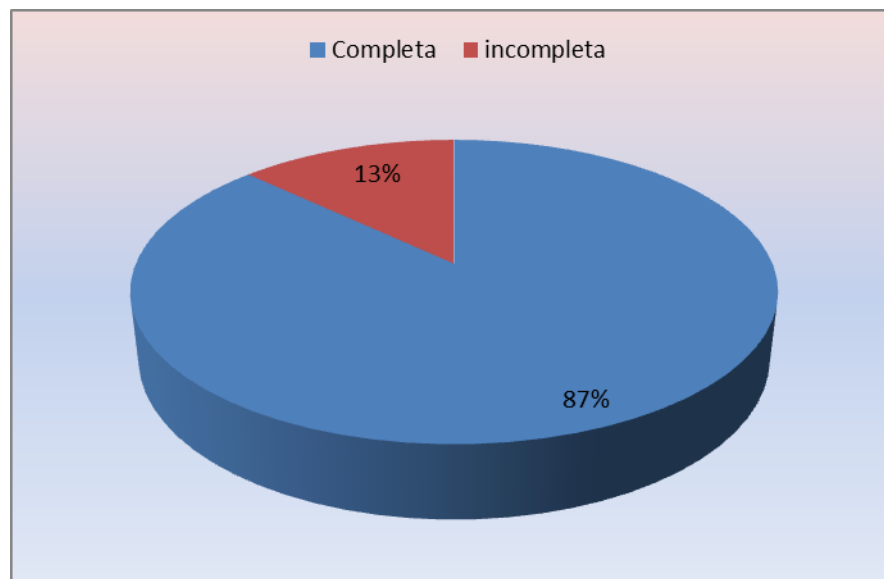
- Preguntar sobre signos, síntomas o situaciones particulares que se han presentado desde la segunda atención prenatal hasta la actual estén o no relacionados con la Historia Clínica Perinatal (HCP).
- Indagar acerca del cumplimiento de todas las indicaciones de la segunda atención, la ingesta de otros 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 #.4**

#### **Prácticas del personal de salud que atiende embarazadas en la tercera APN.**



**Fuente:** Tabla # 12 anexo # 3.



La gráfica muestra que de las 23 Actividades normadas para la tercera atención Prenatal el personal de salud realizó el 87% que corresponden a (20) de ellas y el 13% equivalente a (3) no las realizaron.

Estos controles cumplen con el porcentaje que establece la norma por considerarlos completos. Significa que el personal está capacitado y tiene los conocimientos necesarios para brindar las APN.

Al no cumplir las actividades en un 100% hay ítems que no se realizaron tales como. El ingreso al censo gerencial, no se brindó consejería P/F, LM, cuidados al recién nacido y sobre signos y síntomas de preeclampsia.

No ingresar las pacientes al censo gerencial, el personal de salud carece de información actualizada sobre las gestantes, esto pueden afectar tanto al recurso de salud como a la paciente ya que este instrumento nos ayuda a identificar los factores de riesgos obstétricos, la planificación para la búsqueda de inasistentes, alimentar el sistema de vigilancia en las gestantes y tomar decisiones oportunas.

Las pacientes deben recibir consejería sobre lactancia materna, planificación familiar ,el apego precoz y los cuidados del RN, desde el embarazo ya que debe estar preparada tanto física como psicológicamente para esta nueva etapa, se les debe explicar la importancia sobre la lactancia materna y los beneficios que obtiene tanto para ella como para su bebe , se deben motivar, informar y promover cuales son los métodos que están disponibles en la unidad de salud y cuál es el que se le recomienda tomando en cuenta el criterio de elegibilidad, de igual manera el apego precoz que esto le ayuda en el éxito de la lactancia materna a crear un buen desarrollo tanto físico como psicoemocional en él bebe.

A pesar de ser embarazadas de bajo riesgo se debe tomar en cuenta brindar consejería sobre signos y síntomas de preeclampsia ya que las pacientes pueden tener cambios en el transcurso del embarazo y por lo tanto deben tener los

conocimientos necesarios y así puedan actuar de forma inmediata y evitar complicaciones.

### **Cuarta Atención Prenatal**

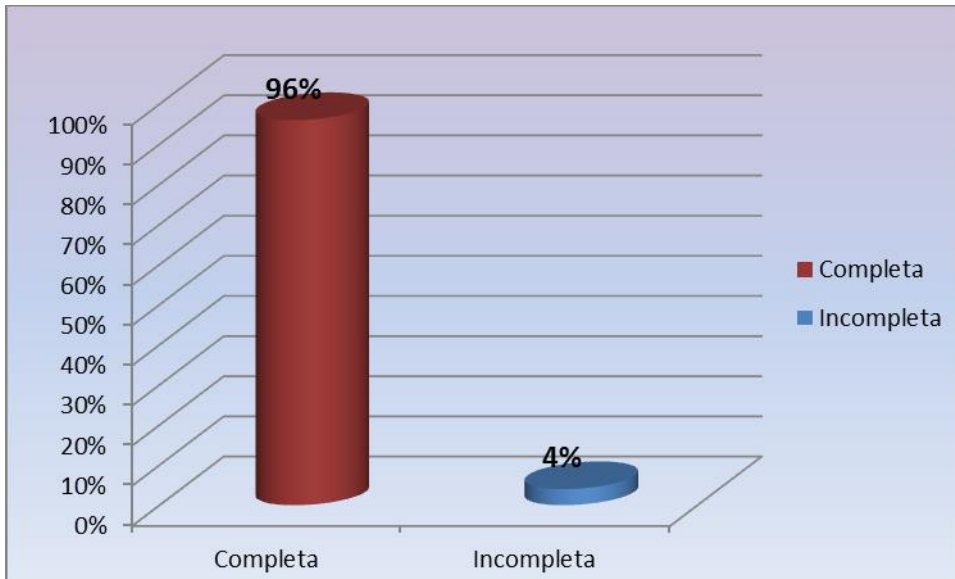
La cuarta atención, puede ser la última, tiene lugar entre la semana 36 y 38 semanas de gestación. En esta atención es extremadamente importante detectar aquellas embarazadas con fetos en presentaciones anómalas para su referencia a un nivel superior a fin de realizarles evaluación obstétrica.

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.

**Gráfica # 5. Prácticas del personal de salud que atiende embarazadas en la cuarta APN.**



**Fuente:** Tabla # 14 Anexo # 3.

La gráfica muestra que de las 23 actividades normadas para la cuarta atención Prenatal el personal de salud realizó el 96% equivalente a (22) actividades y el 4% que equivale a (1) actividad no realizada.

Estos controles fueron realizados de forma completa encontrando únicamente un ítem no realizado, a pesar de encontrar esta debilidad, los recursos de salud dieron a las pacientes una buena atención, demostrando interés por las usuarias y contribuyendo al bienestar del binomio. Esto favorece a las gestantes evitando riesgos de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio.

El no ingresar las pacientes al censo gerencial, el personal de salud carece de información actualizada, completa y oportuna sobre las gestantes esto pueden afectar en el transcurso del tiempo al mismo recurso, ya que en caso de inasistencias se deben buscar a las pacientes, para la atención puerperal y darles un seguimiento al binomio.

Durante las observaciones se logró identificar que los recursos de salud realizan cuatro CPN, esto indica que se cumple lo que establece la norma. Si las pacientes llegan después de las 12 SG y es una captación tardía se realizan de forma que se cumplan las cuatro APN aunque no se hagan en las semanas exactas indicadas por las normativas.

## **V. Conclusiones:**

1. Quien tiene mayor tiempo laborando en este sector es la Lic. Enfermería con 20 años de experiencia, los demás recursos humanos de salud, solo un año.
2. El personal de salud tiene conocimientos sobre atención prenatal.
3. Los recursos en salud muestra una actitud positiva y neutra durante la APN.
4. Las prácticas del personal de salud son completas en cada APN.

## VI. Bibliografía:

- 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: Ecmecd.
- Bembibre, Cecilia. (10 de Julio de 2009). *Google*. Obtenido de <Http://www.definicionabc.com/salud/enfermeria.phpsisistema>.
- Canales, f. H. (2008). *Metodologia 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>.
- Diaz-Barriga. (20 de enero de 1993). *Google*. Recuperado el 14 de mayo de 2017, de [http://www.quadernsdigitals.net/datos/hemeroteca/r\\_1/nr\\_802/a\\_10801/10801.html](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/>
- 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/>
- Gómez, R. (20 de Junio de 2000). *Google*. Obtenido de [http://prezi.com\\_perfil-de-la-enfermera](https://books.google.es/books?id=D5eUHcZLjPoC&printsec=frontcover&dq=médico&source=bl&ots=SkNNVDj12d&sig=h0S-Ay3AyJj0KIKabdIJ0qoICRI&hl=es&sa=X&ei=rE.Hernandez, Mercy. (14 de abril de 2016). <i>Google</i>. Recuperado el 23 de Mayo de 2017, de <a href=).

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)

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

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

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

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

OMS. (2017). *atención prenatal*. Recuperado el 10 de 04 de 2017, de [www.who.int/=ANC\\_infographies/es/](http://www.who.int/=ANC_infographies/es/).

Piural, L. (2008). *metodologia de la investigacion cientifica* . Managua : Managua Xerox.

Rivera, F. (15 de enero de 2016). *Google*. Recuperado el 14 de Mayo de 2017, de [www.tiposde.org/ser-humano/790\\_tipo\\_de\\_actitudes](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 enfermería*. Argentina. Obtenido de [www.fcs.UNER.edu.ar](http://www.fcs.UNER.edu.ar)

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

# **Anexos**



## Anexo #. 1 Operacionalización de variables

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

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

			bajo riesgo.	c) 4 APN, 29 actividades básicas.	
3. Actitud del personal de salud que atiende embarazadas	1. Tipo de Actitud	El tipo de actitud es variable dependiendo el tipo de conducta o comportamiento que muestra la persona.	% de personal de salud según tipo de actitud.	-Actitud Negativa (1pt) -Actitud Neutral (2-3 pts.) -Actitud Positiva (4-5 pts.)	Ordinal
4. Práctica en APN del personal de salud que atiende embarazadas.	1. 1er APN	La primera atención prenatal debe ser siempre brindada por el recurso más calificado disponible que exista en la unidad de salud, se espera que dure entre 30 a 40 minutos. Debe ser realizada en el primer trimestre o preferentemente antes de las 12SG.	% de personal de salud que realiza 1er APN.	-Completo -Incompleto	Nominal
	2 .2do APN	La segunda visita debe programarse cerca de la semana 26 de embarazo. Se estima una	% de personal de salud que realiza 2do APN.	-Completo -Incompleto	Nominal

		duración de 20 minutos como mínimo.			
	3 .3er APN	Debe realizarse a las 32 SG o alrededor de esa fecha y su duración es de 20 minutos.	% de personal de salud que realiza 3er APN.	-Completo -Incompleto	Nominal
	4. 4to APN	La cuarta visita puede ser la última, tiene lugar entre las 36 y 38 SG.	% de personal de salud que realiza 4toAPN	-Completo -Incompleto	Nominal

## Anexo # 2. Instrumentos



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN - MANAGUA

### Encuesta realizada al personal de salud.

Conocimientos del personal de salud sobre el APN.

#### 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"/> |

#### 2. Perfil profesional.

- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| Enfermería Auxiliar      | <input type="checkbox"/> |
| Enfermería profesional   | <input type="checkbox"/> |
| Licenciada en enfermería | <input type="checkbox"/> |
| Médico General           | <input type="checkbox"/> |
| Médico Especialista      | <input type="checkbox"/> |
| Otros                    | <input type="checkbox"/> |

#### 3. Experiencia Laboral

- |              |                          |
|--------------|--------------------------|
| 0 – 5 años   | <input type="checkbox"/> |
| 6 – 10 años  | <input type="checkbox"/> |
| 11 – 20 años | <input type="checkbox"/> |
| 20 – más     | <input type="checkbox"/> |

#### 4. Concepto de APN

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

- B) Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados al manejo del tercer periodo del parto.
- C) Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la prevención DX y TTO de los factores que pueden ocasionar morbimortalidad materna y perinatal.

**5. Requisitos básicos de APN**

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

**6. Clasificación de riesgos en APN.**

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

**7. Número de actividades de APN de bajo riesgo:**

- A) Requiere 6 APN y enumera 13 actividades básicas.
- B) Requiere 7 APN y 29 actividades básicas + cuidados esenciales por patologías.
- C) Requiere 4 APN y enumera 29 actividades básicas.

**EVALUACION.**

Bueno	4
Regular	2-3
Malo	0-1

## Guía de observación dirigida al personal de salud.

Actitud y prácticas del personal de salud que realiza APN.

N°	Conducta	SI	NO
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		

**Fuente.** Guía de observación

### Evaluación

Actitud negativa	1 – 3 puntos
Actitud Neutral	4 - 6 puntos.
Actitud Positiva	7 - 9 puntos.

## ACTIVIDADES EN LA PRIMERA APN .

N°	Actividades Básicas	SI	%	NO	%	Observación
1	Llenado de formulario de clasificación y HCPB, carnet perinatal y expediente completo.					
2	Indagar sobre factores sociales (violencia, pobreza, falta de apoyo de su familia o pareja) violencia de cualquier tipo.					
3	Ingreso y seguimiento al censo gerencial.					
4	Antecedentes familiares personales y obstétricos.					
5	Medición de peso					
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					



## ACTIVIDADES DE LA SEGUNDA APN

N°	Actividades Básicas	SI	%	NO	%	
1	Llenar expediente clínico HCPB y resto de formulario.					
2	Indagar sobre factores sociales.					
3	Ingreso y seguimiento al censo gerencial de embarazadas.					
4	Medición de pesos.					
5	Edad gestacional.					
6	Evaluación del estado nutricional en base 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					

Completa	porcentaje mayor al 85 %
Incompleta	Porcentaje menor a 85%

### ACTIVIDADES DE LA TERCERA APN

N°	Actividades Básicas	SI	%	NO	%	Observación
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 preeclampsia 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					

Completa	porcentaje mayor al 85 %
Incompleta	Porcentaje menor al 85%

## ACTIVIDADES DE LA 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/Apego 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					

Completa	porcentaje mayor a 85 %
Incompleta	Porcentaje menor a 85%

### Anexo # 3. Tablas de distribución de frecuencia

**Tabla # 1.** Caracterización socio laboral del personal de salud.

Perfil profesional	Lic. Enfermería	Médico interno	Médico en servicio social
Edad en años	52	26	24
Experiencia labora en años	20	1	1

Fuente: Encuesta

**Tabla # 2.** Conocimiento del personal de salud sobre concepto de Atención

Prenatal

Concepto	Lic. enfermería	%	MSS	%	MI	%	total
A)Conjunto de actividades que se realizan en embarazadas con emergencias obstétricas	0	0	0	0	0	0	0
B)Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados al manejo del tercer periodo del parto	0	0	0	0	0	0	0
C)Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan ocasionar morbimortalidad materna y perinatal	1	33.33	1	33.33	1	33.33	100

Fuente: Encuesta.

**Tabla #.3** conocimiento del personal de salud sobre requisitos básicos de la APN

Concepto	Lic. enfermería	%	M SS	%	M I	%	total
A) Semanal, quincenal y mensual	1	33.33	0	0	0	0	33.33
B) Precoz, periódico, continuo y completo	0	0	0	0	0	0	0
C) A y B son correctas.	0	33.33	1	33.33	1	33.33	66.66

**Fuente:** Encuesta.**Tabla #.4** conocimiento del personal de salud sobre clasificación de riesgo de APN

Concepto	Lic. en enfermería	%	M SS	%	M I	%	total
A) Bajo riesgo, Alto riesgo	0	0	0	0	0	0	0
B) Bajo riesgo, riesgo intermedio y alto riesgo.	0	0	0	0	0	0	0
C) Bajo riesgo y riesgo intermedio	1	33.33	1	33.33	1	33.33	100

**Fuente:** Encuesta.

**Tabla #.5** Conocimiento del personal de salud sobre número de actividades de APN de bajo riesgo.

Concepto	Lic. en enfermería	%	M SS	%	M I	%	total
A) Requiere 6 APN y enumera 13 actividades básicas	0	0	0	0	0	0	0
B) Requiere 7 APN y 29 actividades básicas + cuidados esenciales por patologías.	0	0	0	0	0	0	0
C) Requiere 4 APN y enumera 29 actividades básicas.	1	33.33	1	33.33	1	33.33	100

**Fuente:** Encuesta.

## Actitud del personal de salud que atiende embarazadas.

**Tabla #.6**

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

Fuente: Guía de observación.

## Practicas del personal de salud en atención prenatal

**Tabla #.7** Practicas en la primera atención prenatal.

N°	Actividades Básicas	SI	%	NO	%	Observación
1	Llenado de formulario de clasificación y HCPB, carnet perinatal y expediente completo.	5	100			
2	Indagar sobre factores sociales (violencia, pobreza, falta de apoyo de su familia o pareja) violencia de cualquier tipo.	5	100			
3	Ingreso y seguimiento al censo gerencial.			5	100	
4	Antecedentes familiares personales y obstétricos.	5	100			
5	Medición de peso	5	100			
6	Medición de talla	5	100			
7	Examen odontológico y examen de mamas			5	100	
8	Edad gestacional.	5	100			
9	Evaluación del estado nutricional en base a IMC.	5	100			
10	Determinar esquema vigente de DT.	5	100			
11	Tomar y registrar signos vitales (P/A, FC, FR y T).	5	100			
12	Examen de laboratorio grupo RH, PAP, VDRL, BHC, Glicemia, EGO, Cintas reactivas de uro análisis, VIH/SIDA.	5	100			
13	Clasificar riesgo obstétrico.	5	100			
14	Consejería S/S de preclamsia y Eclampsia.	5	100			
15	Instrucciones plan parto.	5	100			
16	Prevención de preclamsia según riesgo.	5	100			Pacientes no necesitaron tx. Son bajo



						riesgo
17	Consejería en LM, P/F, APO cuidados del recién nacido.			5	100	
18	Suplemento de SF	5	100			
19	Suplementó de ácido fólico	5	100			
20	Referencia a otro nivel de atención o casa materna si presenta algún COE.	5	100			ninguna de las pacientes necesito ser referida a otro nivel de atención
21	Confirmar o descartar algún ITS y aplicar TX según normas 113 MINSAs.	5	100			Ninguna de las pacientes fue descartada con ITS.
22	Evaluar la disposición de insumos básicos para APN.	5	100			
	Total		86%		14%	

**Fuente:** Guía de observación

**Tabla # 8.** Práctica en la primera atención prenatal.

<b>Evaluación</b>	<b>Nº de actividades</b>	<b>%</b>
Completa	19	86
Incompleta	3	14
Total	22	100

**Fuente:** Tabla # 7.

**Tabla #.9** Práctica en la segunda atención prenatal

<b>N°</b>	<b>Actividades Básicas</b>	<b>SI</b>	<b>%</b>	<b>NO</b>	<b>%</b>	<b>OBSERVACION</b>
1	Llenar expediente clínico HCPB y resto de formulario.	12	100			
2	Indagar sobre factores sociales.	12	100			
3	Ingreso y seguimiento al censo gerencial de embarazadas.			12	100	
4	Medición de pesos.	12	100			
5	Edad gestacional.	12	100			
6	Evaluación del estado nutricional en base IPM.	12	100			
7	Determinar esquema vigente DT.	12	100			
8	Determinar y registrar S/V, P/A, FC, FR y T.	12	100			
9	Examen de laboratorios	12	100			
10	Medición de AU.	12	100			
11	Auscultación de FCF a partir de las 20 semanas SG.	12	100			
12	Movimientos fetales después de 18 SG.	12	100			
13	Clasificación de riesgo obstétrico.	12	100			
14	Consejería en LM, P/F, Cuidados al recién nacido.			12	100	
15	Suplemento con SF	12	100			
16	Suplemento con ácido fólico	12	100			
17	Prevención de preclamsia y eclampsia TX según riesgo.	12	100			Ninguna paciente necesito prevención.
18	Recibir Albendazol.	12	100			
19	Consejería en S/S de peligro de la preclamsia y eclampsia.	12	100			

20	Negociar plan parto.	12	100			
21	Referir a otro nivel de atención o clínica materna si presenta COE	12	100			Pacientes no necesitaron ser referidas
22	Confirmar o descartar algún ITS y aplicar tx según normativa MINSA			12	100	
23	Atención en caso de amenaza de parto pre término.	12	100			
24	Evaluar la disponibilidad de insumos básicos.	12	100			
	Total		87%		13%	

**Fuente:** Guía de observación

**Tabla # 10.** Práctica en la segunda atención prenatal.

<b>Evaluación</b>	<b>Nº de actividades</b>	<b>%</b>
Completa	20	87%
Incompleta	4	13%
Total	24	100%

**Fuente:** Tabla # 9.

**Tabla #.11** Practica en la tercera atención prenatal.

<b>N°</b>	<b>Actividades Básicas</b>	<b>SI</b>	<b>%</b>	<b>NO</b>	<b>%</b>	<b>OBSERVACION</b>
1	Llenar expediente clínico HCPB y resto de formulario .	15	100			
2	Indagar sobre factores sociales.	15	100			
3	Ingreso y seguimiento al censo gerencial de embarazadas.			15	100	
4	Medición del peso.	15	100			
5	Edad gestacional.	15	100			
6	Evaluar estado nutricional en base a IPM.	15	100			
7	Determinar y registrar S/V(P/A,FC,FR Y T)	15	100			
8	Examen de laboratorio.	15	100			
9	Medición de AU	15	100			
10	auscultación de FCF a partir de las 20 SG	15	100			
11	Movimientos fetales después de las 18 S	15	100			
12	Presentación/situación fetal	15	100			
13	Clasificación de riesgo obstétrico.	15	100			
14	Suplemento de SF	15	100			
15	Suplemento de ácido fólico	15	100			
16	Prevención de pre eclampsia y eclampsia según riesgo.	15	100			No necesitaron prevención.
17	Consejería en signos y síntomas de peligro de preeclampsia y eclampsia			15	100	
18	Negociar plan parto.	15	100			
19	Referir a otro nivel de atención o casa materna si presenta COE.	15	100			ninguna paciente necesito ser

						referida
20	Confirmar o descartar ITS aplicar TX según normativa MINSA 113.	15	100			
21	Atención en casos de amenaza de parto prematuro.	15	100			
22	Consejería sobre P/F, LM (APEO, ECMAC) cuidados al recién nacido.			15	100	
23	Evaluar la disponibilidad de insumos básicos APN ,COE básico	15	100			
	Total		96%		4%	

**Fuente:** Guía de observación

**Tabla # 12.** Practica en la tercera atención prenatal.

<b>Evaluación</b>	<b>Nº de actividades</b>	<b>%</b>
Completa	21	87%
Incompleta	3	13
Total	24	100

**Fuente:** Tabla # 11.

**Tabla # 13.** Prácticas del personal de salud en la cuarta APN

N°	Actividades Básicas	SI	%	NO	%	OBSERVACIÓN
1	Llenar expediente clínico HCPB y resto del formulario.	6	100			
2	Indagar sobre factores sociales.	6	100			
3	Ingreso y seguimiento al censo gerencial de embarazadas			6	100	
4	Medición de peso.	6	100			
5	Edad gestacional.	6	100			
6	Evaluación del estado nutricional en base IPM.	6	100			
7	Determinación de la presión arterial y frecuencia cardiaca	6	100			
8	Examen de laboratorio.	6	100			
9	Medición AU.	6	100			
10	Auscultación FCF.	6	100			
11	Movimientos fetales.	6	100			
12	Presentación / situación fetal.	6	100			
13	Clasificación de riesgo obstétrico.	6	100			
14	Consejería de LM, P/Apego ECMAC cuidados del recién nacido.	6	100			
15	Suplemento ácido fólico.	6	100			
16	Suplemento sulfato ferroso	6	100			
17	Prevención de pre eclampsia y eclampsia.	6	100			
18	Prescribir Albendazol	6	100			
19	Consejería sobre s/s de peligro.	6	100			
20	Negociar plan parto-	6	100			
21	Referir a otro nivel de atención o clínica materna si presenta algún COE.	6	100			
22	Confirmar o descartar ITS aplicar TX	6	100			

	según normativa 113 Minsa.					
23	Evaluar disponibilidad de insumos básicos para la APN y COE básico.	6	100			
	Total		96%		4%	

**Fuente:** Guía de observación

**Tabla # 14.** Prácticas del personal de salud en la cuarta APN.

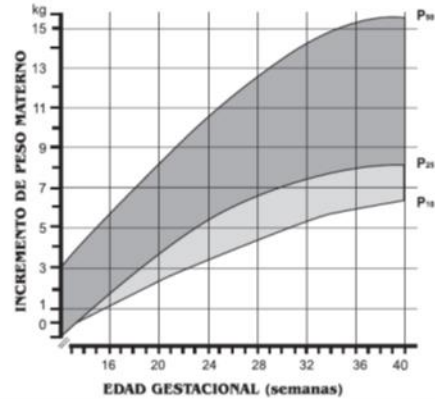
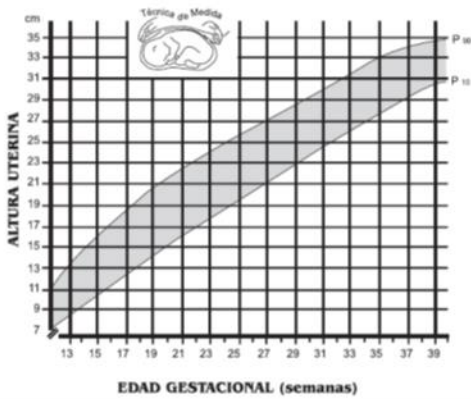
<b>Evaluación</b>	<b>Nº de actividades</b>	<b>%</b>
Completa	22	96
Incompleta	1	4
Total	23	100%

**Fuente:** Tabla # 13





## Anexo #.5 Historia clínica perinatal, parte reversa.



CLAP/SMR (OPS/OMS) - Sistema Informático Perinatal		LISTADO DE CÓDIGOS		Historia Clínica Perinatal
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				
<b>PATOLOGÍAS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (EPP)</b>				
<p><b>50 GESTACION MULTIPLE</b></p> <p><b>51 HIPERTENSION PREVIA</b></p> <p><b>52 HIPERTENSION PREVIA esencial complicando EPP</b></p> <p><b>52 PRECLAMPSIA</b></p> <p><b>53 HIPERTENSION transitoria del embarazo</b></p> <p><b>54 ECLAMPSIA</b></p> <p><b>55 CARDIOPATIA</b></p> <p><b>56 DIABETES</b></p> <p><b>57 Diabetes mellitus insulino-dependiente previa</b></p> <p><b>58 Diabetes mellitus no insulino-dependiente previa</b></p> <p><b>59 Diabetes mellitus insulino-dependiente en el embarazo</b></p> <p><b>60 INFECCION URINARIA</b></p> <p><b>61 OTRAS INFECCIONES</b></p> <p><b>62 Infección del tracto genital en el embarazo</b></p> <p><b>63 Infección herpética anogenital (herpes simplex)</b></p> <p><b>64 TBC complicando EPP</b></p> <p><b>65 PARASITOSIS COMPLICANDO EPP</b></p> <p><b>66 TRANSFERENCIA DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO</b></p> <p><b>67 AMENAZA DE PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO)</b></p> <p><b>68 DESPROPORCIÓN CEFALOPÉLVICA</b></p> <p><b>69 HEMORRAGIA DEL PRIMER TRIMESTRE</b></p> <p><b>70 HEMORRAGIA DEL 2º y 3º TRIMESTRE</b></p> <p><b>71 Placenta previa con hemorragia</b></p> <p><b>72 Desprendimiento prematuro de placenta</b></p> <p><b>73 Hemorragia antrópica con defecto de la coagulación</b></p>	<p><b>74 Ruptura uterina antes o durante el parto</b></p> <p><b>75 Laceración obstétrica del cuello del útero</b></p> <p><b>76 ANEMIA</b></p> <p><b>77 Anemia por deficiencia de hierro</b></p> <p><b>78 Anemia labílica</b></p> <p><b>79 ANEMIA DE MEMBRANAS</b></p> <p><b>80 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS</b></p> <p><b>81 Infección del seno amniótico y membranas</b></p> <p><b>82 SEPSIS PUERPERAL</b></p> <p><b>83 Sepsis puerperal</b></p> <p><b>84 HEMORRAGIA POSTPARTO</b></p> <p><b>85 Placenta retenida</b></p> <p><b>86 Útero atónico</b></p> <p><b>87 Laceraciones perineales de 1º y 2º grado</b></p> <p><b>88 Laceraciones perineales de 3º y 4º grado</b></p> <p><b>89 OTRAS PATOLOGÍAS MATERNAS</b></p> <p><b>90 Placenta previa sin hemorragia</b></p> <p><b>91 Hipertensión gravídica</b></p> <p><b>92 Enfermedad renal no especificada durante el embarazo sin mención de hipertensión</b></p> <p><b>93 Dependencia de drogas</b></p> <p><b>94 Sufrimiento fetal</b></p> <p><b>95 Polihidramnios</b></p> <p><b>96 Oligohidramnios (sin mención de ruptura de membranas)</b></p> <p><b>97 Trabajo de parto y parto complicado con complicaciones de cordón umbilical</b></p> <p><b>98 Complicaciones obstétricas durante parto y puerperio</b></p> <p><b>99 Embolismo obstétrico</b></p> <p><b>100 Falla de cierre de la herida de cesárea</b></p> <p><b>101 Falla de cierre de la episiotomía</b></p> <p><b>102 SIDA</b></p> <p><b>103 HIV positivo</b></p> <p><b>104 Neoplasia maligna del cuello uterino</b></p> <p><b>105 Neoplasia maligna de la glándula mamaria</b></p>	<p><b>106 Enfermedad de membranas hialinas</b></p> <p><b>107 SÍNDROME ASPRATVOS</b></p> <p><b>108 APNEAS POR PREMATUREZ</b></p> <p><b>109 OTROS SDR</b></p> <p><b>110 Ductus arterioso persistente</b></p> <p><b>111 Persistencia de la circulación fetal</b></p> <p><b>112 Neumonía congénita</b></p> <p><b>113 Neumonía y enfisema intersticial</b></p> <p><b>114 Trisiquias transitorias</b></p> <p><b>115 Enfermedad respiratoria crítica originada en el periodo perinatal</b></p>	<p><b>116 HEMORRAGIAS</b></p> <p><b>117 Enfermedad hemorrágica del recién nacido</b></p> <p><b>118 Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal</b></p> <p><b>119 Hemorragia umbilical (incluye las onfalitis con hemorragia)</b></p> <p><b>120 HEMERIBURUBINEMIAS</b></p> <p><b>121 Enfermedad hemolítica por inmunización Rh</b></p> <p><b>122 Enfermedad hemolítica por inmunización ABO</b></p> <p><b>123 Ictericia neonatal asociada a parto de pretérmino</b></p> <p><b>124 Hematológicas (excluyendo F50-F59)</b></p> <p><b>125 Policitemia neonatal</b></p> <p><b>126 Anemia congénita</b></p> <p><b>127 Anemia fisiológica</b></p> <p><b>128 Otras afecciones hematológicas</b></p> <p><b>129 INFECCIONES</b></p> <p><b>130 Sarampión</b></p> <p><b>131 Meningitis</b></p> <p><b>132 Otitis</b></p> <p><b>133 Conjuntivitis</b></p> <p><b>134 Infecciones de la piel del recién nacido</b></p> <p><b>135 Septicemia</b></p> <p><b>136 Enterocolitis necrotizante (EON)</b></p> <p><b>137 Tétanos neonatal</b></p> <p><b>138 Sífilis congénita</b></p> <p><b>139 Enfermedades congénitas virales</b></p> <p><b>140 Síndrome de Rubéola congénita (SIR)</b></p> <p><b>141 Citomegalovirus (CMV)</b></p> <p><b>142 Toxoplasmosis congénita</b></p> <p><b>143 HIV positivo</b></p> <p><b>144 Chagas</b></p> <p><b>145 Otras infecciones del periodo perinatal</b></p> <p><b>146 NEUROLÓGICA/EXCLUYE MALFORMACIONES</b></p> <p><b>147 Hidrocefalia adquirida</b></p> <p><b>148 Leucomalacia periventricular y cerebral</b></p> <p><b>149 Trauma obstétrico con lesión intracraneal del SNC y del sistema nervioso periférico</b></p> <p><b>150 Hemorragia intracraniana no traumática</b></p> <p><b>151 Convulsiones</b></p> <p><b>152 Encefalopatía hipóxico-isquémica</b></p> <p><b>153 Síndrome de estado convulsivo</b></p> <p><b>154 Síndrome de "bajo de diabetes"</b></p> <p><b>155 Hipoglucemia</b></p> <p><b>156 Otras afecciones metabólicas y nutricionales</b></p> <p><b>157 OTRAS PATOLOGÍAS RN</b></p> <p><b>158 Hemia inguinal</b></p> <p><b>159 Síndrome de Garlo por Ilio</b></p> <p><b>160 Síndrome de Garlo por Ilio (excluye Hipotermia leve P80.3)</b></p>	
<b>INDICACIÓN PRINCIPAL DE PARTO QUIRÚRGICO O INDUCCIÓN</b>				
<p><b>01 Cesárea previa</b></p> <p><b>02 Sufrimiento fetal agudo</b></p> <p><b>03 Desproporción cefalo-pélvica</b></p> <p><b>04 Alteración de la contractilidad</b></p> <p><b>05 Parto prolongado</b></p> <p><b>06 Fracaso de la inducción</b></p> <p><b>07 Descaño detenido de la presentación</b></p> <p><b>08 Embarazo múltiple</b></p> <p><b>09 R.C.L.U.</b></p> <p><b>10 Parto de pretérmino</b></p> <p><b>11 Parto de posttérmino</b></p> <p><b>12 Presentación podálica</b></p> <p><b>13 Posición posterior</b></p>	<p><b>14 Posición transversa</b></p> <p><b>15 Ruptura prematura de membranas</b></p> <p><b>16 Infección ovárica (sospachada o confirmada)</b></p> <p><b>17 Placenta Previa</b></p> <p><b>18 Abruptio placentae</b></p> <p><b>19 Ruptura uterina</b></p> <p><b>20 Preeclampsia y eclampsia</b></p> <p><b>21 Herpes anogenital</b></p> <p><b>22 Condilomatoso genital</b></p> <p><b>23 Otras enfermedades maternas</b></p> <p><b>24 Muerte fetal</b></p> <p><b>25 Madre exhausta</b></p> <p><b>26 Otras</b></p> <p style="text-align: right;">76 VH</p>	<b>ANOMALIAS CONGÉNITAS</b>		
<p><b>01 Lidocaina o similar</b></p> <p><b>02 Anestésicos simpatomiméticos</b></p> <p><b>03 Gases anestésicos (pentano-flurano-ox, nitroso)</b></p> <p><b>04 Barbitúricos</b></p> <p><b>05 Relajantes musculares</b></p> <p><b>06 Oxicodolones</b></p> <p><b>07 Mepredina</b></p> <p><b>08 Espasmodicos</b></p> <p><b>09 Oxitocina</b></p> <p><b>10 Prostaglandinas</b></p> <p><b>11 Beta-lactámicos (Penicilinas-cefalosporinas)</b></p> <p><b>12 Aminoglicosidos (gentamicina-amicacina)</b></p> <p><b>13 Eritromicina</b></p> <p><b>14 Macrolidos</b></p> <p><b>15 Betamimeticos</b></p>	<p><b>16 Inhibidores de Prostaglandinas</b></p> <p><b>17 Antagonistas del calcio</b></p> <p><b>18 Sulfato de magnesio</b></p> <p><b>19 Hidralazina</b></p> <p><b>20 Beta bloqueantes</b></p> <p><b>21 Otros antihipertensivos</b></p> <p><b>22 Sangre y derivados</b></p> <p><b>23 Heparina</b></p> <p><b>24 Corticoides</b></p> <p><b>25 Cardiotonicos</b></p> <p><b>26 Diuréticos</b></p> <p><b>27 Aminoflina</b></p> <p><b>28 Insulina</b></p> <p><b>29 Difenhidramina</b></p> <p><b>30 Otros</b></p> <p><b>31 Antivirales</b></p> <p><b>32 Sulfonamidas-Pirimetamina</b></p> <p><b>33 Carbocinas</b></p>	<p><b>120 Anencefalia</b></p> <p><b>121 Espina bífida/Meningocele</b></p> <p><b>122 Hidranencefalia</b></p> <p><b>123 Hidrocefalia</b></p> <p><b>124 Microcefalia</b></p> <p><b>125 Hicoproencefalia</b></p> <p><b>127 Otras anomalías del Sistema Nervioso Central</b></p> <p><b>128 Tronco arterioso</b></p> <p><b>129 Tronco de grandes vasos</b></p> <p><b>130 Trisplagia de Fallot</b></p> <p><b>131 Ventriculo único</b></p> <p><b>132 Doble tracto de salida de vent. derecho</b></p> <p><b>133 Canal aórtico-ventr. completo</b></p> <p><b>134 Atresia pulmonar</b></p> <p><b>135 Atresia tricuspide</b></p> <p><b>136 Síndrome de hipoplasia de corazón izquierdo</b></p> <p><b>137 Coartación de aorta</b></p> <p><b>138 Retorno venoso pulmonar anómalo total</b></p> <p><b>139 Otras anomalías circulatorias/respiratorias</b></p> <p><b>140 Paladar hendido</b></p> <p><b>141 Fístula traqueo-esofágica</b></p> <p><b>142 Atresia esofágica</b></p> <p><b>143 Atresia de colon o recto</b></p> <p><b>144 Ano imperforado</b></p> <p><b>145 Onfalocelo</b></p>	<p><b>146 Gastroscisis</b></p> <p><b>147 Atresia duodenal</b></p> <p><b>148 Atresia yeyunal</b></p> <p><b>149 Atresia ileal</b></p> <p><b>150 Otras anomalías gastrointestinales</b></p> <p><b>151 Genitales malformados</b></p> <p><b>152 Agenesia renal bilateral</b></p> <p><b>153 Ríñones poli o multicísticos o displásicos</b></p> <p><b>154 Hidronefrosis congénita</b></p> <p><b>155 Extrofia de la vejiga</b></p> <p><b>156 Otras anomalías reproductivas</b></p> <p><b>157 Trisomía 13</b></p> <p><b>158 Trisomía 18</b></p> <p><b>159 Síndrome de Down</b></p> <p><b>160 Otras anomalías cromosómicas</b></p> <p><b>161 Labio hendido</b></p> <p><b>162 Paladar hendido</b></p> <p><b>163 Síndroma de Pfeiffer</b></p> <p><b>164 Pes equinovarus / talipes valgus (Pie Bot)</b></p> <p><b>165 Hernia Diafragmática</b></p> <p><b>166 Hidrops fetal</b></p> <p><b>167 Oligospermio severo</b></p> <p><b>168 Otras anomalías musculoesqueléticas</b></p> <p><b>169 Anomalías tegumentarias</b></p>	
<b>MEDICACIÓN DURANTE EL TRABAJO DE PARTO</b>				

Fuente. Normativa 011 2015

**Anexo #. 6 Tabla de percentil para evaluar ganancia de peso materno.**

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

**Fuente.** Normativa 011 2015

## Anexo #.7 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	Perimetro 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 #. 8 Tabla de percentil si la captación fue después de las 12 SG.**

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	46.6	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 #. 9 Formulario de Clasificación del Riesgo.

		1er APN		2º APN		3er APN		4 º 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, cotización, 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 insulano 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 _____ _____ _____								

**Fuente.** Normativa 011 2015

## Anexo # 10. Imagenes

### Imagen #.1 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

## Imagen #.2

### Puesto de salud Lacayo Farfán



**Fuente.** Elaboración propia.

## **Anexo # 11 Acrónimos**

**APN:** Atención Prenatal

**AFU:** Altura de Fondo Uterino

**COE:** Cuidados Obstétricos esenciales

**EGO:** Examen General de Orina

**EMB:** Embarazo.

**FUM:** Fecha de Última Menstruación

**FPP:** Fecha Probable de Parto

**HCP:** Historia clínica perinatal.

**IVU:** Infección de Vías Urinarias

**IMC:** Índice de Masa Corporal

**LIC:** Licenciado

**MINSA:** Ministerio de Salud

**MELA:** Método, lactancia, Amenorrea.

**MI:** Médico interno

**MSS:** Médico en servicio social

**VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humana

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

**OMS:** Organización Mundial de la salud

**OPS:** Organización Panamericana de la salud.