



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Facultad Regional Multidisciplinaria
Matagalpa

MONOGRAFIA DE GRADUACION PARA OPTAR AL TITULO DE
LICENCIATURA EN ENFERMERIA CON ORIENTACION MATERNO INFANTIL

TEMA: Conocimientos, actitudes y prácticas en la atención prenatal del personal de salud que atiende embarazada de bajo riesgo en el municipio San Dionisio, Matagalpa año 2017.

Autoras: Br. Aleyda Jasmina Gámez Sandigo

Br. Xochilt Nohemí Martínez Cruz

Br. Maryeling Jael Hernández López

Tutora: Thelma Castro

Matagalpa, Nicaragua noviembre 2017



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Facultad Regional Multidisciplinaria
Matagalpa

MONOGRAFIA DE GRADUACION PARA OPTAR AL TITULO DE
LICENCIATURA EN ENFERMERIA CON ORIENTACION MATERNO INFANTIL

TEMA: Conocimientos, actitudes y prácticas en la atención prenatal del personal de salud que atiende embarazada de bajo riesgo en el municipio San Dionisio, Matagalpa año 2017.

Autoras: Br. Aleyda Jasmina Gámez Sandigo

Br. Xochilt Nohemí Martínez Cruz

Br. Maryeling Jael Hernández López

Tutora: Thelma Castro

Matagalpa, Nicaragua noviembre 2017

INDICE:

Dedicatoria	I
Agradecimiento.....	II
Resumen	IV
CAPITULO I	1
1.1. Introducción.	1
1.2. Planteamiento del problema.	5
1.3. Justificación.	6
1.4. Objetivos	7
1.4.1. Objetivo General:	7
1.4.2. Objetivo Específicos:	7
Capitulo II	8
2.1. MARCO REFERENCIAL	8
2.1.1. Antecedentes.	8
2.2. Marco teórico.	11
2.3. Marco legal:	94
Preguntas directrices	101
CAPITULO III	103
3.1. Diseño metodológico.....	103
3.1.1. Tipos de estudio.	103
3.1.2. Criterios de inclusión:	104
3.1.3. Criterios de exclusión:	104
3.1.4. Instrumentos:	104
3.1.5. Variable.	104
3.1.7. Recolección de la información	106
3.1.8. Procesamiento y análisis de los resultados	106
3.1.9. Consideraciones éticas	106
3.1.10. Trabajo de campo	107
Capitulo IV	108
4.1. Análisis y discusión del resultado	108

Capitulo v	113
5.1. Conclusiones.....	113
5.2. Recomendaciones.	114
5.3. Bibliografía	115

ANEXO 1. ACRÓNIMOS

Anexo 2. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Anexo n°3 INSTRUMENTOS

ANEXO N° 4. Cronograma de acciones básicas para todas las atenciones prenatales.

Anexo Nro. 5: Formulario de Clasificación del Riesgo

Anexo Nro. 6: HISTORIA CLÍNICA PERINATAL.

Anexo Nro. 7: Incremento de peso materno.

Anexo Nro.8: Maniobras de Leopold

Anexo Nro. 9: Tablas

Dedicatoria

A Dios por ser único y soberano, por su amor incondicional, por su fidelidad y porque ha estado con nosotros a cada paso que damos, cuidándonos y dándonos fortaleza para continuar, y poder culminar nuestros estudios.

A Nuestros Padres por su amor, comprensión y apoyo incondicional a lo largo de nuestras vidas y formación académica. Por ser el pilar fundamental que nos ayuda a no darnos por vencidos y así cumplir nuestras metas.

A nuestros maestros por brindarnos el pan de la enseñanza, por su paciencia, por dedicar tiempo y apoyo incondicional en nuestra formación académica. Por sus conocimientos, orientaciones, su forma de trabajar, su persistencia y su motivación han sido fundamentales para nuestra formación como investigadores.

A Nuestros Hijos por estar siempre a nuestro lado llenándonos de amor y por ser la razón que nos impulsa a seguir adelante sin importar las adversidades del camino.

Br. Aleyda Jasmina Gámez Sandigo

Br. Xochilt Nohemí Martínez Cruz

Br. Maryeling Jael Hernández López

Agradecimiento

A nuestros padres y familiares, porque nos brindaron su apoyo, tanto moral y económicamente, para seguir y lograr el objetivo trazado para un futuro mejor y ser orgullo para ellos y toda la familia.

A la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN-MANAGUA-FAREM MATAGALPA, por permitirnos ser parte de esta honorable casa de estudios superiores y realizarnos como profesional.

A la Msc. Thelma Castro por su paciencia y dedicación para ayudarnos a dar por terminado este estudio.

De igual manera a nuestros queridos docentes que estuvieron a lo largo de estos cinco años brindándonos su apoyo incondicional en especial al profesor Miguel Ángel Estopiñan, Lic. Jaqueling Salgado, Dra. Marcia Cordero, Lic. Harvy Aguinaga.

Al personal que labora en los puestos de salud del municipio de San Dionisio de esta ciudad de Matagalpa, por brindarnos confianza, darnos el espacio, creer en nuestras habilidades y conocimientos para realizar esta investigación.

Br. Aleyda Jasmina Gámez Sandigo

Br. Xochilt Nohemí Martínez Cruz

Br. Maryeling Jael Hernández López



OPINIÓN DEL TUTOR

El trabajo presentado es pertinente, y contiene la estructura que define la normativa. Existe correspondencia entre el problema, objetivos y contenido.

Los autores de ésta investigación han cumplido con el plan de trabajo en tiempo y forma a pesar de las dificultades que se presentaron. El trabajo aplica los conocimientos teóricos adquiridos durante el desarrollo de la asignatura.

Durante la ejecución de ésta investigación los autores demostraron grado de independencia, iniciativa, creatividad en la propuesta y desarrolló habilidades para poder realizar la investigación.

Le felicito por el esfuerzo realizado, han demostrado eficiencia, motivación y trabajo en equipo.

Monografía con el tema:

Conocimientos, actitudes y prácticas, en la atención prenatal del personal de salud que atiende embarazadas de bajo riesgo en el Municipio de San Dionisio, Matagalpa año 2017.

Autoras:

- ❖ Aleyda Jazmina Gamez Sandigo.
- ❖ Xochilt Nohemí Martínez Cruz.
- ❖ Maryeling Jael Hernández López

Msc. Thelma Castro Díaz

Tutor de Monografía.

Resumen

El objeto de estudio fue describir los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud, en la atención prenatal a la embarazada de bajo riesgo, del municipio de san Dionisio, Matagalpa, II semestre 2017. El tipo de estudio es descriptivo de corte transversal y prospectivo el cual el universo es de 30 trabajadores de la salud de los cuales se obtuvo una muestra de 28 sujetos correspondientes al 95% se obtuvieron mediante guías de observación y encuesta. Los principales resultados fueron que el 50% del personal de salud tienen entre 20 a 34 años, el 46.4% tenía entre 35 a 49 años y un 3.5% de 50 años a más, con respecto al perfil profesional el 28.5% son médicos general, el 14.2% licenciadas en enfermería, el 35.7% enfermeras auxiliares, y un 21.4% auxiliar del MOSAFC, en experiencia laboral un 14.5% tenían entre 0 a 5 años de laborar, el 21.4% de 6 a 10 años, un 21.4% de 11 a 20 años, y un 7.10% de 20 años a más, sobre concepto de atención prenatal el 89.2 % tiene conocimientos y el 10.7% no tiene conocimiento, en cuanto a requisitos básicos de atención prenatal el 89.2% los conocen y el 10.7% no los conocen, la clasificación de riesgo atención prenatal el 3.5% no poseen conocimientos sobre la nueva clasificación y el 96.4% del personal poseen conocimientos sobre la nueva clasificación de riesgo, el número de actividades de atención prenatal de bajo riesgo un 60.7%no tienen conocimiento sobre las actividades de atención prenatal de bajo riesgo y el 39.2% poseen conocimientos, sobre alto riesgo el 57.14% no tienen conocimientos sobre el total de actividades que se realizan en controles de alto riesgo obstétrico, y el 42.8% tiene conocimientos, en la nueva clasificación de riesgo para desarrollar SHG el 78.5% no tienen conocimientos sobre la nueva clasificación de riesgo para desarrollar SHG y solo un 21.4% del personal contesto correctamente, sobre el tratamiento preventivo profiláctico para desarrollar SHG el 39.2% lo conocen y un 60.7% no lo conocen, se obtuvo un 92.8% de actitud positiva y un 7.14% de actitud neutral, la práctica en cada atención prenatal del personal que brindan a las embarazadas se obtuvo que un 50% del personal de salud realizan un control completo, y un 50% realizan un control prenatal

incompleto, se concluye que en el centro de salud de San Dionisio el personal de salud que atiende embarazadas lo conforman: médicos generales, Licenciados en enfermería, enfermeras auxiliares, y auxiliar MOSAFC, las edades van entre los 20- 34 años con una experiencia laboral de 0 a 5 años, el conocimiento del personal de salud que laboran en este municipio, se evalúa como bueno, la mayoría del personal de salud presenta actitud positiva durante la realización de la atención prenatal es en su mayoría positiva, en la práctica de la atención prenatal de bajo riesgo, el personal de salud no realiza todas las actividades normadas.

CAPITULO I

1.1. Introducción.

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

La atención prenatal 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 cuatro componentes: precoz, periódico, continuo y completo. (MINSA, 2015)

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

En las últimas décadas los países en desarrollo registraron notables incrementos en el uso de la atención prenatal. Los progresos más destacados se dieron en Asia, principalmente a consecuencia de los rápidos cambios que se produjeron en unos pocos países de gran extensión, como, por ejemplo: Indonesia, el Caribe y América Latina; aunque los países de estas regiones ya presentaban niveles relativamente elevados de atención prenatal. En África, en cambio el uso de la atención prenatal apenas aumento 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, efectivas, eficaces y menos costosas, que pueden ser aplicadas en establecimientos de menor capacidad resolutive; permitiendo la articulación con niveles de mayor capacidad de resolución que sean capaces de atender las complicaciones que se derivan de esta atención para lograr la reducción de la mortalidad y morbilidad materna y perinatal.

En Nicaragua, a pesar que en las últimas décadas la mortalidad materna y perinatal han sido identificados como uno de los principales problemas de salud pública, las acciones realizadas por el Ministerio de Salud no fueron muy eficaces para obtener un impacto que permitieran marcar una tendencia sostenida de disminución de estos indicadores para cumplir con los ODM 4 y 5

El conocimiento del personal que atiende embarazadas debe estar basado científicamente lo que debe llevar a la práctica de acuerdo a sus actitudes para poder brindar atención de calidad y con calidez, de acuerdo a las normas del MINSA, en la atención prenatal brindada por el personal de salud debe ofrecer una atención personalizada, fomentar en la mujer embarazada una actitud, proactiva en su cuidado personal para reducir el riesgo de morbimortalidad materna brindándoles información sobre los cuidados antes, y durante su embarazo tomando en cuenta que se establezca una relación estrecha entre la embarazada, personal de salud, familia y comunidad. Según el SILAIS-Matagalpa (2017), el departamento de Matagalpa cuenta con catorce municipios que en su totalidad cuenta con 8,313

embarazadas en los diferentes grupos Etarios que son de 10-14 años: 319, de 15-19 años: 1,895, de 20-34 años: 3,808, de 35-49 años: 448, de 50 a más: 6.

Mujeres embarazadas entre las cuales tenemos mujeres puérperas 1192, mujeres postnatales 7,966, Mujeres embarazadas inasistentes 369, Muertes fetales 0, Muertes neonatales 75, Muertes maternas 2, Inasistentes post natales 71 Hasta la cohorte de la semana 29 del año 2017.

El municipio de san Dionisio del departamento de Matagalpa cuenta con catorce puestos de salud que en su totalidad cuenta con 308 embarazadas en los diferentes grupos Etarios que son: 10 -14 años 0, de 15 -19 años 87, 20 -34 años 184, 35-49 años 32, 50 a más 50. También cuenta con un total de mujeres puérperas 70, mujeres post natales 294, Mujeres embarazadas inasistentes 1 Muertes fetales 1, Óbitos 2, Muertes neonatales 1, Muertes maternas 0, Embarazos esperados 492, partos esperados 443

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

Plan de contención de la mortalidad materna perinatal, llenado y manejo correcto de censo gerencial 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 sulfato ferroso más ácido fólico para la prevención de la anemia ferropenia y albendazol para prevenir la parasitosis intestinal se debe prescribir en el segundo o tercer trimestre del embarazo tal como lo establece la normativa de atención prenatal se le debe dar a toda embarazada de bajo riesgo que acuda a su consulta, el calcio y aspirina para prevención de la preeclampsia a las embarazada con alto riesgo obstétrico. A toda embarazada con factores de riesgo por amenaza de parto prematuro deberá

garantizarse el estricto cumplimiento del esquema de dexamentazona que ayudará en la maduración pulmonar del bebé.

.

1.2. Planteamiento del problema.

El control 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, por lo tanto el personal de salud que atiende a las embarazadas es importante que tenga conocimientos actitudes y practicas durante la realización del control prenatal para que la atención sea eficaz y puedan dar soluciones oportunas a problemas específicos de las embarazadas .

En consideración de los antes mencionado, este estudio plantea la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas de la Atención Prenatal del personal de salud que atiende embarazadas de bajo riesgo en el municipio San Dionisio Matagalpa 2017?

1.3. 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 de 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 Conocimientos, Actitudes y Práctica sobre Atención Prenatal de bajo riesgo en el personal que atiende embarazadas en los puestos de salud del municipio de San Dionisio, Matagalpa, año 2017, ayudará a conocer de forma general la atención del control prenatal que se brinda a las gestantes en las diferentes unidades que consigo llevan a un embarazo satisfactorio.

De esta manera dicha evaluación en cuanto a conocimiento actitud y práctica permitirá comprender los alcances que ha tenido la normativa en atención prenatal en los puestos de salud del municipio de San Dionisio obteniendo así buenas habilidades presentes en el personal de salud que laboran en este municipio. Deduciendo 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 toda la población en general para calificar la calidad de la atención prenatal.

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

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.

1.4.Objetivos

1.4.1. Objetivo General:

Describir los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud en la atención prenatal a embarazada de bajo riesgo del Municipio san Dionisio Matagalpa II semestre 2017.

1.4.2. Objetivo Específicos:

1- Caracterizar socio demográficamente al personal de salud que atiende a embarazadas de bajo riesgo.

2- Indagar el conocimiento sobre Atención Prenatal en el personal de salud que atiende a embarazada de bajo riesgo.

3-Identificar la actitud del personal de salud que atiende a embarazada de bajo riesgo.

4- Evaluar la práctica de la Atención Prenatal en el personal de salud que atiende a embarazada de bajo riesgo.

Capítulo II

2.1. MARCO REFERENCIAL

2.1.1. Antecedentes.

Historia de atención prenatal

La atención prenatal es un tema que se ha venido abordando desde hace tiempo, constituye una de las mayores prioridades en el sector salud y es por eso que a través del tiempo se han venido creando normativas con el objetivo que el personal de salud mejore los conocimientos, actitudes y prácticas en los controles de las embarazadas.

Hoy en día, el cuidado prenatal a nivel mundial, sobre todo en lo que respecta a los países desarrollados, se encuentra adelantado y se compagina muy bien con las exigencias de la Organización Mundial de la Salud la cual constantemente está monitoreando que se cumpla con las exigencias que este requiera.

En diversos países se han realizado estudios de conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud sobre la atención a embarazadas y se han encontrado acerca del conocimiento y prácticas que posee el personal de enfermería al brindar consejería a la embarazada acerca de las señales de peligro que podría suceder durante este período. Así mismo, otro estudio sobre el conocimiento que poseen las mujeres en edad fértil y el personal de salud acerca de signos de peligro durante el embarazo, parto y puerperio.

En Nicaragua en el año 2007 la cobertura de atención prenatal fue de un 91%(ENDESA2006) con predominio en las zonas urbanas y aunque en los servicios público se han hechos esfuerzos para mejorar la atención perinatal, estos ha resultados insuficientes para hacer que los servicios se tornen más eficientes y efectivos

Según estudios realizados en el Hospital de Heredia, tuvo por objetivo analizar el control prenatal que se brinda a la gestantes que tuvieron su parto en el Hospital san Vicente de Paul durante el mes de Diciembre 2011 y noviembre del 2012. La

investigación determino la infraestructura para brindar las consultas de control prenatal de las Áreas de salud de la provincia de Heredia está en buen estado, sin embargo requiere mantenimiento y una adecuación para que sea accesible a toda la población además la caja costarricense de seguro social tiene una baja cobertura de atención prenatal con cumplimientos de atención prenatal en el carnet perinatal es incompleta y errónea finalmente escasa o casi nula participación de los y las profesionales en enfermería gineco obstétricas y perinatal en el proceso de control prenatal a pesar de la legislación nacional y estudios reconocen que estos y estas profesionales cuentan con la competencias necesarias para brindar un adecuado control. En países en desarrollo el riesgo de mortalidad materna es el doble que en el resto de las mujeres en la edad fértil y cuatro veces mayor cuando se trata de menores de quince años. Considerando que no se encontraron estudios relacionados a conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud sobre la atención a embarazadas, éste estudio es el primero en ese tema. Por lo tanto, va a servir como antecedentes para otros profesionales en salud que se interesen por el abordaje de conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud. (Torrez, 2015)

Realizó un estudio titulado “ de enfermería al brindar consejería a la mujer embarazada acerca de signos y señales de peligro” en el cual su principal conclusión es que existe debilidad en los conocimientos que posee el personal de enfermería y las prácticas que realiza al momento de brindar consejería a la mujer embarazada acerca de signos y señales de peligro, debido a que desconoce el proceso de desarrollo de la consejería y la identificación de los signos y señales de peligro durante el embarazo, por lo tanto al brindar atención a la embarazada más del 50% solo se limita en preguntar si la embarazada tiene algún signo de peligro, no así a aconsejar acerca de qué hacer al momento de presentar alguno de estos riesgos.

Torrez, (2015) realizó otro estudio en Guatemala, el cual lleva por título “Conocimientos de signos de peligro durante el embarazo, parto y puerperio en mujeres en edad fértil y personal de salud”, en el que se encontró que 1 de 10

trabajadoras de salud encuestadas, obtuvo un adecuado conocimiento acerca del tema. También concluye que, a mayor número de gestas, menor fue el nivel de conocimientos acerca de los signos de peligro.

La atención prenatal como sistema de intervención se inició hacia alrededor del año 1901, y se puede asegurar que esto la obstetricia ha logrado tres objetivos importantes en los últimos 30 años implementación y extensión de la atención prenatal sección y manejo del riesgo perinatal y clasificación, selección y aplicación de los métodos de vigilancia feta-maternos

2.2. Marco teórico.

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

Edad: Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento de la persona. (GARDEY JULIAN PEREZ PORTA Y ANA , 2009)

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

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 iniquidad.

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

Licenciada en 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 educacionales 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.

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).

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)

Según Costa, (2015) nos dice que la experiencia se acopla a los conocimientos técnicos, esto quiere decir que es la clave del éxito en la atención hacia la población. Los conocimientos son técnicas aprendida durante el resultado de la experiencia laboral y organizada. Cuando un recurso humano tiene su habilidad y destreza bien desarrollada logra brindar una buena atención.

2.2.2. Conocimiento:

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, Roberto Carlos Zepeda, 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)

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.

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 & Siebel, 2000)

Conocimientos sobre Normas y protocolos:

Concepto de normas:

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

Concepto de Protocolo:

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

Normas y Protocolos para la Atención Prenatal, Parto, Recién Nacido (a) y Puerperio de Bajo Riesgo.

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

Definición de comunicación:

El término comunicación procede del latín *comunicare* que significa “hacer a otro partícipe de lo que uno tiene”. La comunicación es la acción de comunicar o comunicarse, se entiende como el proceso por el que se trasmite y recibe una información. Todo ser humano y animal tiene la capacidad de comunicarse con los demás. (Gardey, 2008)

2.2.3. 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.

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. Fuente especificada no válida..

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”.

Según Gardey, (1991) nos dice que la actitud positiva nos permite afrontar una situación enfocándonos únicamente en los beneficios y enfrentar la realidad de forma sana.

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).

Según Soto (2005) que tenemos que tener en cuenta que no todos somos iguales y por ende cada persona merece un trato distinto.

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. Fuente especificada no válida.

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”.

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).

Definición de empatía:

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

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

Protocolo acogido a usuario:

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

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

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

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

Quien podrá clasificar:

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

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

- El personal de enfermería establecerá contacto directo en la atención identificándose, procediendo a los cuidados según patología aplicando a lo inmediato: valoración, planificación, ejecución y evaluación para su debido manejo haciendo uso correcto de los registros de enfermería.
- El personal de enfermería y el médico desde este momento orienta acerca de los derechos y deberes según ley general de salud.
- El personal de enfermería en coordinación con el médico tiene responsabilidad para apoyar y explicar tratamiento, exámenes especiales etc. y lo refiere para su manejo clínico.
- Todo procedimiento especial lo acompañará el personal de enfermería (previo diálogo terapéutico que permita reducir temores).
- Una vez que ingrese el paciente al servicio referido: el personal de enfermería continuará la misma secuencia del trato: comunicación fluida identificación, la condición y el estado de ánimo del paciente.
- 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.

2.2.4. 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. (Pérez, 2010)

Prácticas 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. (Lázaro, 2008)

- Práctica 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.
- Práctica 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.

Atención prenatal:

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

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

1. **Precoz:** es cuando la atención se realiza durante los primeros tres meses del embarazo.
2. **Periódica:** Es la frecuencia con la que se realizan las atenciones prenatales de las embarazadas que acuden a la unidad de salud
3. **Continua:** Es la secuencia de las atenciones que se brindan de forma sistemática e interrumpida.
4. **Completa:** Cuando el contenido de las atenciones garantiza el cumplimiento efectivo de las acciones, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la embarazada

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.

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.

Embarazo de bajo riesgo.

Aquel en el que no existe estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto y que por tanto los peligros para la salud de la madre y del feto son mínimos. (minsa, 2015) Determinado una vez que se aplica el formulario de clasificación de riesgo.

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

Formulario de clasificación del riesgo. MINSA-NORMATIVA-011, (2015)

- En la primea atención prenatal aplicar el formulario de 18 preguntas con respuestas cerradas si/no
- Si responden si al cualquiera de las preguntas, se deberá clasificar como embarazada alto riesgo.

- Se clasifica el riesgo y se designa el tipo de atención a desarrollarse: básico, (esto equivale a decir que la embarazada es de bajo riesgo).
Cuidados especiales (esto equivale a embarazada de alto riesgo)
- El formulario debe aplicarse en cada atención prenatal y de acuerdo al resultado del paciente, este puede continuar en bajo riesgo o en alto

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

Llenado de expediente clínico, HCP y resto de formularios

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 tiene 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 preguntar a la embarazada sobre ciertas preguntas que indicaran los factores de Riesgo Potencial y reales como estar empleada o no, el tipo de trabajo o la exposición a agentes teratogénicos (metales pesado, químicos tóxicos, radiación ionizante), vivienda (tipo tamaño- número de ocupantes), condiciones sanitarias, disponibilidad de servicios básicos (agua potable, luz eléctrica, letrina-inodoro). (minsa, 2008)

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

La Historia Clínica Perinatal cuenta con diez segmentos:**Datos generales, Incluye los siguientes:**

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

Antecedentes personales, familiares y obstétricos (definiciones en actividad)

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

Partos/ vaginales – cesárea y aborto: se refiere al número de partos, si corresponde se anotará el número de partos y de ellos preguntar: ¿Cuántos fueron partos vaginales y cuantos fueron por cesárea? Además, se indagará sobre el peso del RN

en el último embarazo. Marcar si el peso es menor a 2500 gr o fue mayor o igual a 4000 gr, fue normal o N/C (no corresponde) si no hubo nacimientos previos.

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

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

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.

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.

Puerperio Inmediato:

Este sector está destinado al registro de los controles del puerperio.

Día, hora: al momento del examen puerperal

- Temperatura
- Pulso: Nro. De latidos por minuto
- Presión arterial en mm/hg

- Involución uterina: se refiere a si existe o no globo de seguridad de Pinard y el grado de involución del útero contraído
- Loquios: según sus características, olor, cantidad, presencia de coágulos etc.

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

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

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.

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. Fuente especificada no válida.

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. 3ª Edición. (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. 3ª Edición. (Mendez, 1998)

Los hábitos de consumo de tóxicos han aumentado marcadamente en los últimos tiempos y por ello, resulta cada vez más frecuente encontrarse con mujeres embarazadas que utilizan drogas y tóxicos diversos. Todos ellos de elevado riesgo para el producto y la buena evolución del embarazo. El hábito más difundido es, sin lugar a dudas el tabaquismo y además de los problemas genéricos de salud que dicho hábito condiciona a todo fumador, es necesario que todos los integrantes del equipo de salud hagamos saber a la mujer embarazada de las graves consecuencias que tener para el desarrollo de la gestación un consumo considerable de tabaco durante el mismo. (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 q tenga un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte.

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

victimización. Oriéntela sobre las alternativas tanto médicas, como psicológicas y judiciales existentes. Refiérala según corresponda de acuerdo a normas y protocolos para la prevención, detección y atención de la violencia intrafamiliar y sexual y referir según Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia de Género. ((MINSA, 2015)

Tipos de violencia:

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

Violencia sexual:

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

Violencia patrimonial y económica:

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

Violencia de pareja:

Se refiere a la ocurrencia de diversas formas de violencia contra la mujer, ejercida generalmente por sus maridos, ex maridos o ex compañeros de vida, la cual se

expresa mediante todo ataque material o psíquico que incide en su libertad, dignidad y seguridad, y que afecta su integridad psíquica, moral y/o física.

Violencia psicológica o emocional:

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

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).

Objetivos del censo gerencial.

- Estandarizar el llenado correcto y la interpretación de los datos del registro de las mujeres en el periodo de embarazo, parto, puerperio y postnatal con la participación activa de la comunidad y demás establecimientos del sector salud.
- Disponer de información actualizada, completa, oportuna y aplicable en la planificación de acciones para la prevención y búsqueda de Inasistentes a la Atención Prenatal, Parto Institucional, Atención Puerperal y Atención Postnatal.

- Identificar las mujeres con factores de riesgos obstétricos y reproductivos, para la toma de decisiones oportunas.
- Evaluar la cobertura por comunidades y barrios, de los servicios ofrecidos por el Sector Salud para la atención de las mujeres en periodo de embarazo, parto institucional, planificación familiar y lactancia materna.
- Alimentar el Sistema de Vigilancia de la Embarazada (SIVIEMB) implementado en los establecimientos de salud a nivel nacional.

Políticas de operación.

El Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales deberá ser aplicado en todos los establecimientos de salud públicos y privados, que atienden mujeres en el embarazo, parto, puerperio y postnatal. La gerencia de esta herramienta, será responsabilidad del director/a de los establecimientos de salud públicos y privados. (MINSA Normativa-101, 2012)

Las orientaciones del “Manual Metodológico del Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales”, son de cumplimiento obligatorio para todo el personal de salud que brinda atención directa a las embarazadas, puérperas y postnatales, del Sector Salud (establecimientos públicos y privados). (MINSA Normativa-101, 2012)

Listado de Procedimientos.

- Llenado y actualización de la Boleta del Censo Gerencial. (Ubillos & Mayordomo, 2009)
- Actualización del Croquis
- Análisis e interpretación de los datos
- Revisión Diaria del Censo Gerencial
- Llenado del Control Semanal de Embarazadas Próximas a Parir
- Llenado del Reporte mensual de las Inasistente
- Inasistentes; prevención y búsqueda
- Retroalimentación, en coordinación con la red comunitaria
- Monitoreo y Evaluación (MINSA Normativa-101, 2012).

Antecedentes personales, familiares y antecedentes obstétricos:

Antecedente:

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

El embarazo es un hecho fisiológico normal en la vida de la mujer y, por tanto, en la consulta conviene abordarlo con criterios de actividad preventiva. Pero desde la visita preconcepcional debemos estar atentos a la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de una gestación normal. Se investigará la presencia de factores de riesgo familiares, personales y obstétricos, presentes antes de la gestación o que pudieran aparecer en su desarrollo. 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 de pre eclampsia, o bien, infecciosos contagiosos. Todas aquellas alteraciones médicas, hereditarias y psiquiátricas que pueden afectar a la paciente o a su descendencia.

Antecedentes personales patológicos:

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

El interrogatorio sobre este tipo de antecedentes deberá ser completamente enfocado por el médico hacia aquellos padecimientos previos de la paciente, que sean vigentes en el momento del embarazo o bien, que hayan generado secuelas que interfieran o puedan alterar potencialmente el desarrollo de la gestación. También es importante marcar algunos padecimientos que, 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. (Méndez 1998)

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. (MS.c. Marcia Cordero Rizo, Lic Nidia Espinoza, 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. (MS.c Marcia Zulema Cordero Rizo, Lic.Nidia Espinoza., 2013).

Procedimiento de la toma de talla:

- Informar a la paciente la actividad que vamos a realizar, explicar su importancia y el porqué de realizarla.
- Una toalla de papel en el piso o la planta del tallímetro.
- Colocar a la paciente en posición alineada sin zapatos.
- Hacer la lectura de la talla y anotarla en la hoja de registro correspondiente.

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

Medición de peso:

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

Objetivo de realizar la medición del peso.

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

Equipos:

Bascula graduada en libras o kilos

Papel periódico

Libreta

Expediente clínico

Lapicero.

Procedimientos

-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.

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.

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:

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

Cinta obstétrica: Similar a una cinta métrica, está concebida para medir la altura uterina durante el embarazo, que corresponde a la distancia en centímetros del espacio entre el borde superior de la sínfisis del pubis y el fondo del útero. Con la cinta y la regla de Mc Donald es posible calcular la semana de gestación si el valor

obtenido en centímetros se multiplica por ocho y se divide entre siete. (www.consumer.es, 2012)

Técnicas para calcular la edad gestacional.

Existen dos métodos para asignar la edad gestacional, por medios 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, numero de feto (embarazo único o múltiple), anatomía fetal, edad gestacional (EG) (DAR RALPH T, 2012).

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, Guia de intervenciones basadas en evidencias que reducen morbilidad y mortalidad perinatal y neonatal, Noviembre-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 (m²). $IMC = \frac{\text{peso en kg}}{\text{talla m}^2}$. 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 co-morbilidades preexistentes relacionadas con la obesidad.
- Reducir el riesgo futuro de las co-morbilidades relacionadas con la obesidad.
- Mejorar el bienestar físico, mental y social

El sobrepeso y la obesidad se asocian significativamente con asma, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, diabetes, demencia, depresión, cáncer (seno, ovarios, endometrio, leucemia, otros), subfertilidad, abortos, malformaciones congénitas, hígado graso, cirrosis, apnea obstructiva del sueño, osteoartritis y mayor mortalidad. (USAID, Guía de intervenciones basadas en evidencias que reducen morbilidad y mortalidad perinatal y neonatal, Noviembre-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 clasificarse de acuerdo al IMC. Fórmula: $\text{Peso en Kg} / \text{Talla en m}^2$, Desnutrición: ($< 18.5 \text{ Kg/m}^2$), Peso normal, Eutrófica: ($18.5 - 24.9 \text{ Kg/m}^2$), Sobrepeso: ($25 - 29.9 \text{ Kg/m}^2$), Obesidad: ($> 30 \text{ Kg/m}^2$). (MINSA Normativa 011,2015)

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

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

Existen dos situaciones para el cálculo de peso materno:

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 x); la cual se efectúa de la siguiente manera:

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.

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).

Incremento de Peso Materno

De acuerdo a la Clasificación de la Organización Mundial de Salud (OMS) y el Instituto Médico de Nutrición durante el embarazo (IOM), el incremento de peso debe de clasificarse de acuerdo al IMC.

Formula: $\text{Peso en Kg} / \text{Talla en m}^2$

- Desnutrición: ($< 18.5 \text{ Kg/m}^2$)
- Peso normal, Eutrófica: ($18.5 - 24.9 \text{ Kg/m}^2$)
- Sobrepeso: ($25 - 29.9 \text{ Kg/m}^2$)
- Obesidad: ($> 30 \text{ Kg/m}^2$)

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

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

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

El riesgo de defectos congénitos aumenta significativamente en mujeres obesas:

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

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

Recomendaciones

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

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

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

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.

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 de toma de presión arterial.

Consideraciones previas:

- Sentar cómodamente (posición recomendada para la toma habitual) o bien, acostarse poniendo el brazo donde vaya a medir la TA apoyado y horizontal a la altura del corazón.

- Esperar en esta posición 5 minutos.
- En embarazadas a partir de las 20 semanas, se recomienda medir la TA con la paciente colocada en decúbito lateral izquierdo o sentada.
- El paciente no debe hablar mientras se toma la TA.
- Exprese correctamente la TA como cifras de (TAS/TAD) y en ese orden (ej.: 120/70 mm Hg).

Método 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 flecha marcada sobre el mismo a lo largo de la arteria braquial y ajustándolo perfectamente al brazo desnudo del paciente (no lo ponga encima de la ropa del paciente).
- Retire prendas que compriman el brazo y evite extremidades con vía IV, fístula arteriovenosa, traumatismos, zona de mastectomía, o zona de parálisis o paresia después de un EVCA (Enfermedad Vasculor-Cerebral Aguda).
- Desinfele 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.

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 él bebe puede heredar el de la madre o el del padre; cuando hereda el RH positivo del papá y la madre es negativo puede presentarse problemas como: ictericia (apariencia amarillenta) o incluso muerte fetal.

Isoinmunización Rh Negativa en embarazo actual o embarazos anteriores

Si una embarazada se detecta que es Rh negativo debe realizarse una búsqueda de anticuerpos anti D (Coombs Indirecto) y si esta prueba resulta positiva clasificar como ARO. El Coombs se deberá de realizar en II y III trimestre (Se envía después de las 18 semanas de gestación, antes NO tiene utilidad clínica). En la primera visita prenatal se deberá conocer el grupo sanguíneo ABO y Rh de la gestante. Se recomienda difundir entre todo el personal de salud la importancia de la tipificación del grupo sanguíneo ABO y Rh tanto de la embarazada como de su pareja desde la primera consulta prenatal que se lleve a cabo, incluyendo el primer nivel de atención.

Esta acción permitirá definir el riesgo de 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 espéculoscopia en sus atenciones prenatales para detección

precoz de fenómenos infecciosos y/o relacionados a alteraciones en el canal del parto. En aquellos casos en los que la paciente refiere sintomatología genital, la espéculoscopia, es de estricto cumplimiento debiendo quedar consignada en el expediente dicha revisión.

Si en la Atención prenatal 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 tratará 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. Fuente especificada no válida.

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); Prematures, 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 macrocómico > 4,500 grs.
- Incremento de peso mayor al esperado para la edad gestacional
- Fumadora.

EGO

La orina de la mujer embarazada sufre modificaciones que son consideradas fisiológicas. Entre esas modificaciones es posible encontrar una disminución progresiva de la diuresis y de la densidad urinaria; también es relativamente frecuente identificar una glucosuria, y hasta es factible observar una proteinuria de 0,3 g/L en la orina de 24 horas. Por el contrario, el sedimento urinario no se modifica sustancialmente.

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

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

Examen físico químico de orina.

- pH: Habitualmente con nuestro tipo de alimentación omnívora el pH de la orina es ácido, entre 5.0 y 6.0. Una orina persistentemente alcalina puede

deberse a un defecto de acidificación tubular (acidosis tubular renal) o a una infección con gérmenes que 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 intersticial pueden producir leucocituria.

- **CÉLULAS EPITELIALES:** Las de mayor importancia son las células epiteliales descamadas de los túbulos renales, se observan en las enfermedades glomerulares y tubulares agudas.
- **CILINDROS:** Representan moldes de material proteico formados en los túbulos renales que pueden contener diferentes elementos en su interior. La presencia de hematíes, leucocitos, células epiteliales o grasa en el interior de un cilindro, certifica su origen renal, de ahí su importancia. Dentro de los cilindros más importantes encontramos:
 - **Cilindros hialinos:** Son los más simples, frecuentes y menos específicos, ya que pueden encontrarse en múltiples circunstancias, tales como: ejercicio, fiebre, deshidratación, empleo de diuréticos, etc.
 - **Cilindros epiteliales:** Son cilindros en que la matriz proteica ha incluido en su interior las células del epitelio tubular descamadas en el lumen, se observan en las afecciones glomerulares y tubulares agudas.
 - **Cilindros granulosos:** Representan cilindros en que las células epiteliales se han desintegrado y pueden ser de gránulos gruesos o finos. Los cilindros de gránulos gruesos y pigmentados son característicos de la necrosis tubular aguda, lo que ayuda a diferenciar ésta de la insuficiencia renal aguda.
 - **Cilindros hemáticos:** Están constituidos por hematíes o sus restos en el interior de un cilindro, se caracterizan por su color amarillento propio de la hemoglobina, son característicos de las glomerulonefritis de reciente evolución. Ocasionalmente pueden ser observados en la nefritis intersticial aguda y en la intoxicación por tetracloruro de carbono.
 - **Cilindros leucocitarios:** Están constituidos por leucocitos incluidos en una matriz proteica. Se observan en la pielonefritis aguda lo que permite diferenciar ésta de la infección urinaria baja.

- Cilindros 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 necrótico.
- Cilindros serios: Son cilindros muy refringentes, de bordes muy nítidos, semejan trocitos de vidrio cortado. Se observan en nefropatas de larga evolución.
- Cilindros de IRA: Son cilindros 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 de la porta objetos y se hacen movimientos envolventes para romper los hematíes y que los microorganismos salgan al exterior. La morfología del parásito cambia y la interpretación suele ser difícil.

El tratamiento adecuado para un paciente con malaria depende de la lectura cuidadosa de la gota gruesa. Dicha lectura tiene como objetivos específicos establecer la especie del plasmodium y cuantificar el número de parásitos por microlitro (ul) de sangre, criterios básicos para el tratamiento y control del paciente.

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

Chaga Garcia, (2016)

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

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

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

Durante la fase crónica la presencia del parásito en sangre ya no es tan importante, y por ello la técnica de la detección directa por frotis es mucho menos efectiva, en este caso se debe recurrir a la serología o diagnóstico indirecto. La serología no consiste tanto en localizar el parásito como en constatar la reacción inmunológica que este ha producido. Cuando nos encontramos en la fase crónica de la enfermedad, lo más adecuado es buscar la presencia de anticuerpos que nuestro sistema de defensa haya fabricado para combatir el parásito. No obstante, esta comprobación puede arrojar falsos positivos para tripanosomiasis, ya que si el paciente está sufriendo otra parasitosis (leishmaniasis principalmente), la serología puede ser positiva.

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 (DOSIER, 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

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-Obstetricia, 1997)

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 solidas que son buenas propagadoras del sonido, este partiendo del corazón atraviesa el pulmón solido del feto (atelectasia), la pared torácica y el hombro en contacto con la pared uterina, en relación con la pared abdominal donde se apoya el instrumento.

La cabeza del examinador ejercerá una presión suave, pero continúa sobre el estetoscopio, manteniendo el instrumento bien adaptado a la pared abdominal: esto tiene por objeto evitar la interposición de aire, que dificulta la propagación sonora. (Schwarcz-Obstetricia, 1997)

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.

Presentación

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

Los tipos de presentación pueden ser:

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

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

1. De vértice: vértice a fontanela lambdoide o menor.
2. De sincipucio: sutura sagital.
3. De frente: bregma o sutura me tópica.
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° .
2. Transversa: ángulo de 90° .
3. Oblicua: ángulo mayor que 0° y menor que 90° .

Maniobras de Leopold:

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 palparse 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. 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.

Clasificación de alto riesgo obstétrico

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

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

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

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

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

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

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

- Beneficios de la leche materna y los riesgos de la alimentación con leche artificial
- formas de amamantar
- Los cambios en la leche materna después del parto

- Discutir las dudas y preguntas de la gestante
- También es apropiado informar en este momento sobre los derechos del niño/a y derechos inherentes a la lactancia materna.
- Si la mujer ha recibido consejería en lactancia materna tal como se definió, se registrará en la HCP según corresponda. ((Minsa, 2013))

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

Nutrición y crecimiento óptimo

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

Fácil digestibilidad: Por su concentración adecuada de grasas, proteínas y lactosa. Además de las enzimas que facilitan su digestión, la leche materna es de muy fácil absorción aprovechándose al máximo todos sus nutrientes sin producir estreñimiento ni sobrecarga renal, permitiendo una maduración progresiva del sistema digestivo del (de la) niño (a), preparándolo para recibir oportunamente otros alimentos.

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

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

Desarrollo Psico-motor

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

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

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

Patrones afectivo-emocionales: El (la) niño (a) que es amamantado adecuadamente satisface sus necesidades básicas de calor, amor y nutrientes para su organismo. El bienestar y agrado que esto le produce hace que se sienta querido y protegido respondiendo con actitud alegre, segura y satisfecha, características de un patrón afectivo-emocional, equilibrado y armónico.

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

Desarrollo dento-maxilar y facial: Del equilibrio funcional de la succión-deglución-respiración en los primeros meses de vida depende en gran medida el buen

desarrollo dento-máximo-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 Diarrea.

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 ((Minsa, 2008).

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

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

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

Consejería de planificación familiar a través del método ACCEDA

Mecánicos

Dispositivo intrauterino (DIU)

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

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

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

Hormonales

Inyectables intramusculares sólo con progestágenos de depósito trimestrales

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

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

Naturales

Abstinencia

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

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

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

MELA

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

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

De Barrera

Condón o preservativo

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

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

La consejería debe de ser respetuosa y sincera, tener como fin la elección el método anticonceptivo que más se adapte a las necesidades del usuario/a consultante. Ya

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

Suplemento con Sulfato Ferroso

Hierro: Los hematínicos son medicamentos que contienen principalmente compuesto de hierro (ferroso), con objeto de incrementar la producción de hemoglobina, y se expande como productos que no requieren receta médica en tabletas, capsulas y líquido. (Nagle, 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, dietes inadecuadas, con valencia, menstruación, trastorno en la absorción del hierro en tubo digestivo y en todos aquellos casos en los que sea necesario recibir un aporte de hierro adicional. (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 evidencia alguna que justifique usar sulfato ferroso 2 o 3 veces al día por incremento de reacciones adversas sin mostrar mayor beneficio. Para fines de cumplimiento de la norma se orienta embarazadas con valores de hemoglobina normal (mayor a 12 gr dl) prescribir 1 tableta sulfato ferroso (60mg) + ácido fólico (0.4 mg) diaria. (USAID, Guía de intervenciones basadas en evidencias que reducen morbilidad y mortalidad perinatal y neonatal, 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).

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 preconcepcional reducen significativamente en 46%, además de los DTN, otras MFC: labio y paladar hendido, cardiacas, 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/m². Madre con anemia por células falciformes o talasemia. Mujeres con bajo cumplimiento en la toma de medicamentos (Ácido fólico y/o Multivitaminas) y bajo consumo de una dieta rica en Ácido fólico, consumo de teratógenos (alcohol, tabaco) 4-5 mg de ácido fólico desde 3 meses antes del embarazo hasta 3 semanas después.

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

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

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

La administración de calcio a la embarazada disminuye significativamente la aparición de los valores de presión arterial altos, aparición de proteína en orina, edemas, los malos resultados compuestos que perjudique a la madre y al feto, los nacimientos antes de la fecha probable de parto, bebés con un peso menor que lo normal al nacer y que mueran en los primeros días de vida, con mayor efecto en las embarazadas con baja ingesta de calcio y de alto riesgo.(minsa-intervenciones-basadas en evidencias, 2011. (MINSA-formulario-de medicamentos, 2014).

Prescripción de Calcio:

En el grupo de pacientes que pueden presentar algunos cambios en sus organismos durante el embarazo se prescribirá calcio vía oral 1,800 mg/día a partir de las 12 semanas, máximo hasta las 16 semanas y se cumplirá hasta las 36 semanas (la evidencia demuestra que esta estrategia tiene una mayor utilidad en aquel grupo con baja ingesta de calcio), por tanto, se deberá evitar su uso generalizado en todas las embarazadas. Iniciar calcio después de las 16 semanas no tiene ningún beneficio ni utilidad clínica.

Aspirina (ácido acetilsalicílico).

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

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

Prescripción de Aspirina:

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

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

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

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. (MINSANormativa-011, 2015).

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

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

La falta de conocimiento o de información en la paciente, interfiere para que esta no pueda identificar los signos y síntomas de peligro, y puedan ocurrir situaciones que no favorecen la salud de la embarazada y el feto, por lo tanto, es responsabilidad del

personal que atiende a toda embarazada a que la paciente adquiera la consejería necesaria para el buen funcionamiento del proceso del parto.

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 los obstáculos que se pueden presentar en el momento del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido.

Objetivos del Plan de Parto

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

Beneficios del Plan de Parto

- Que la mujer y la familia tengan información sobre los cuidados durante el embarazo, parto, puerperio y los cuidados al recién nacido.
- Que la pareja, la familia y la comunidad se comprometen con el cuidado de la mujer y el recién nacido.
- Reconocer a tiempo las señales de peligro durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido.
- Deciden que hacer en caso de un inconveniente y donde buscar ayuda sin atrasos.
- Deciden donde irán para la atención de su parto.
- Promover el ahorro para cubrir los gastos en la atención, sobre todo para garantizar el transporte, alojamiento y alimentación de ella y su acompañante.
- Pensar en los métodos de planificación familiar que puede usar después del parto.
- Promover el registro del recién nacido. (MINSa N- 105, NOVIEMBRE 2012)

Plan de Parto para la Maternidad Segura (PPMS):

Es una estrategia en la que la mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y el nacimiento. Disponer de esta información por escrito será de gran ayuda para el equipo profesional que atiende en el momento del parto, facilitará la comprensión del proceso y la participación activa

tanto de la mujer como de su pareja o acompañante, y evitará tener que comunicar sus preferencias el día del parto, momento en que el estado emocional y físico es más vulnerable y la mujer se halla centrada en el proceso vivencial (MINSA-Normativa-011, 2015)

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

Consejería de cambios dentro de la normalidad del embarazo

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

Nutrición de la embarazada

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

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

- Acompaña a la mujer durante el embarazo y el parto en el hospital u otra unidad de salud

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

Casas maternas

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

Transporte

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

Fondos de ahorro

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

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

Prevención de la violencia

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

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, Abril 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, Abril 2013).

Acciones para referir a hospitalización a embarazadas

Plan de referencia:

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

Coordinación previa:

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

Condiciones de traslado: Embarazada canalizada con 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)

Confirmar o descartar alguna ITS y aplicar tratamiento según guía para la atención de ITS, manejo sintomático, 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 exclusividad 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.

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

Dexametazona (fosfato sódico) Glucocorticoide con actividad mineral o corticoide insignificante. Es un potente glucocorticoide sintético con acciones que se asemejan a las hormonas esteroides, actúa como antiinflamatorio e inmunosupresor, su potencia es de 20-30 veces la de la hidrocortisona y 4-5 veces mayor que la prednisona.

Indicaciones: maduración pulmonar fetal en la situación donde hay evidencias de un trabajo de parto antes de la fecha probable del parto (útil solamente entre las 24 y 34 semanas de gestación. (USAID, Guia de intervenciones basadas en evidencias que reducen morbilidad y mortalidad perinatal y neonatal, 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.

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

Es cualquier medicamento, vacuna, producto herbario o complementario suplemento alimenticio o dispositivo médico, reactivos de laboratorios, destinados a la prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de la salud de los usuarios. (MINSa, Normativa 063, 2012)

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

Termino COE almacenamiento de los insumos dependerá del fabricante.

(NORMATIVA, MINSa, 2015)el almacenamiento de los insumos dependerá del fabricante y los requerimientos 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

Factores de riesgo para desarrollar preeclampsia.

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

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

Embarazadas que requieren uso de ASA (ácido acetilsalicílico),

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

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

De acuerdo a riesgos encontrados se deberá clasificar en:

Riesgo alto para desarrollar síndrome hipertensivo gestacional:

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

Embarazada con riesgo intermedio para desarrollar síndrome hipertensivo gestacional.

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

Prescripción de ácido acetilsalicílico (aspirina).

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

Prescripción del calcio.

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

Actividades realizadas en cada atención prenatal Según MINSA N 011 (2015),

Actividades de la Primera Atención Prenatal.

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. Se debe realizar durante el primer trimestre o preferentemente antes de las 12 semanas de gestación.

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

1-Llenar expediente clínico, HCP y resto de formularios.

2-Indagar sobre factores sociales.

3-Ingreso y seguimiento al censo gerencial.

4-Antecedentes familiares, personales y obstétricos.

5-Medición de talla.

6-Medición de peso.

7-Examen odontológico y mamas.

8-Edad gestacional.

9-Evaluación del estado nutricional en base al IMC.

10-Determinar esquema vigente de DT.

11-Tomar y registrar S/V. (P/A, FC, FR, T°)

12-Exámenes de laboratorios grupo y RH, PAP, VDRL, BHC, Glicemia, EGO, Cintas Reactivas de uro análisis, VIH, PCR.

13-Clasificar riesgos obstétricos.

14-Consejería en s/s de pre eclampsia y eclampsia.

15-Negociar, plan parto.

16-Prevención de pre eclampsia según riesgos.

17-Consejería en lactancia materna exclusiva, planificación familiar, APO, cuidados del recién nacido.

18-Suplemento con sulfato ferroso más ácido fólico.

19-Referencia a otro nivel de atención o casa materna si presenta algún COE.

20-Confirmar o destacar algunas ITS y aplicar tratamiento según (N.113- MINSA)

21-Evaluar la disposición de insumos básicos para Atención Prenatal y COE.

Actividades de la segunda Atención Prenatal.

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

1. Llenar expediente clínico HCP y restos de formularios.
2. Indagar sobre factores sociales.
3. Ingreso y seguimiento al censo gerencial de embarazo.
4. Medición de peso.
5. Edad gestacional.
6. Evaluación de estado nutricional en base a IPM.
7. Determinar esquema vigente de DT.
8. Determinar y registrar S/V, (P/A, FC, FR y T*)
9. Exámenes de laboratorios: VDRL, BHC, Glicemia, EGO, Cinta reactiva de uro análisis, gota gruesa, VIH.
10. Medición de altura uterina.
11. Auscultación de frecuencia cardiaca fetal a partir de las 20 semanas de gestación.
12. Movimientos fetales (después de 18 semanas de gestación).
13. Clasificación de riesgo obstétrico.
14. Consejería en lactancia materna, planificación familiar (APEO), ECMAC, cuidados al recién nacido.
15. Suplemento con sulfato ferroso más ácido fólico.
16. Prevención de pre eclampsia y eclampsia, tratamiento según riesgos.
17. Prescribir Albendazol.
18. Consejería en s/s de peligro de la pre eclampsia y eclampsia.
19. Negociar plan de parto.
20. Referir a otro nivel de atención o clínica materna si presenta algún COE.
21. Confirmar o destacar alguna ITS y aplicar tratamiento según N.113- MINSA.
22. Atención en caso de amenaza de parto pretermo.
23. Evaluar la disponibilidad de insumos básicos para la atención prenatal y COE básico.

Actividades de la tercera Atención Prenatal.

La tercera atención prenatal, debe realizarse a las 32 semanas de embarazo alrededor de esa fecha y su duración es 20 minutos. Si no asistió a la segunda atención prenatal esta debe incluir todas las actividades de la segunda visita y la duración debería extenderse el tiempo que sea necesario.

1. Llenar Indagar sobre factores sociales (violencia, pobreza, falta de apoyo familiar o pareja).
2. Ingreso y seguimiento al censo de embarazo.
3. Medición de peso.
4. Edad gestacional.
5. Evaluar estado nutricional en base a IPM.
6. Determinar esquema vigente de DT.
7. Determinar y registrar S/V, (P/A, FC, FR y T*)
8. Exámenes de laboratorios: VDRL, BHC, Glicemia, EGO, Cinta reactiva de uro análisis, gota gruesa, VIH.
9. Medición de altura uterina.
10. Auscultación de frecuencia cardíaca fetal a partir de las 20 semanas de gestación.
11. Movimientos fetales (después de 18 semanas de gestación).
12. Clasificación de riesgo obstétrico.
13. Consejería en lactancia materna, planificación familiar (APEO), ECMAC, cuidados al recién nacido.
14. Suplemento con sulfato ferroso más ácido fólico.
15. Prevención de pre eclampsia y eclampsia, tratamiento según riesgos.
16. Prescribir Albendazol.
17. Consejería en s/s de peligro de la pre eclampsia y eclampsia.
18. Negociar plan de parto.
19. Referir a otro nivel de atención o clínica materna si presenta algún COE.
20. Confirmar o destacar alguna ITS y aplicar tratamiento según (MINSa Normativa-106, 2013) Atención en caso de amenaza de parto pretermo.

21. Evaluar la disponibilidad de insumos básicos para la atención prenatal y COE básico.

Actividades de la cuarta Atención Prenatal.

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

1. expediente clínico, HCP, y restos de formularios. Historia integral de la/ el adolescente, etc.
2. Llenar Indagar sobre factores sociales (violencia, pobreza, falta de apoyo familiar o pareja).
3. Ingreso y seguimiento al censo de embarazo.
4. Medición de peso.
5. Edad gestacional.
6. Evaluar estado nutricional en base a IPM.
7. Determinar esquema vigente de DT.
8. Determinar y registrar S/V, (P/A, FC, FR y T*)
9. Exámenes de laboratorios: VDRL, BHC, Glicemia, EGO, Cinta reactiva de uro análisis, gota gruesa, VIH.
10. Medición de altura uterina.
11. Auscultación de frecuencia cardíaca fetal a partir de las 20 semanas de gestación.
12. Movimientos fetales (después de 18 semanas de gestación).
13. Clasificación de riesgo obstétrico.
14. Consejería en lactancia materna, planificación familiar (APEO), ECMAC, cuidados al recién nacido.
15. Suplemento con sulfato ferroso más ácido fólico.
16. Prevención de pre eclampsia y eclampsia, tratamiento según riesgos.
17. Prescribir Albendazol.

18. Consejería en s/s de peligro de la pre eclampsia y eclampsia.
19. Negociar plan de parto.
20. Referir a otro nivel de atención o clínica materna si presenta algún COE.
21. Confirmar o destacar alguna ITS y aplicar tratamiento según (NORMATIVA, MINSA 113, 2013) Atención en caso de amenaza de parto pre termino.

2.3. Marco legal:

Constitución de Nicaragua: Arto. 59.- Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación.

Ley 423 Ley General de Salud: Título I, Capítulo I, Arto 4 “Corresponde al Ministerio de Salud como ente rector del sector, coordinar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar acciones de salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo preparado en disposiciones legales especiales”.

En su título II, Capítulo I, Arto7, Numeral 6 “Expedir las normas de organización y funcionamiento técnico administrativo, operativo y científico de las instituciones proveedoras de los servicios de salud de naturaleza pública”.

En su Sección 3, Arto 108, “Para la elaboración y validación de protocolos de atención se conformarán grupos de expertos adscritos a la instancia que atiendan los servicios de salud”.

Ley 820 – Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH y Sida, para su Prevención y Atención. Capítulo IV - Derechos y Deberes de las personas con VIH y Sida.

Capítulo IV De los derechos y deberes de las personas con vih y sida

Art. 13 Derechos

1. Al Tratamiento: De acuerdo a lo establecido en la Constitución Política de la República de Nicaragua y la Ley No. 423, “Ley General de Salud”, publicada en La Gaceta, Diario Oficial No. 91 del 17 de mayo de 2005, el Estado garantizará a las personas con VIH y a sus familiares, atención médica integral incluyendo los medicamentos antirretrovirales y el tratamiento de las ITS y enfermedades oportunistas según las necesidades del paciente y de acuerdo con las normas, protocolos y guías de atención para las personas con VIH, establecidas por el Ministerio de Salud.

2. A los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva: El Estado garantizará a todas las embarazadas el acceso a atención integral en cuidados prenatales, incluyendo diagnóstico, tratamiento antirretroviral, cesárea electiva y cuidado post parto, para la prevención de la transmisión vertical y garantizar la salud de la madre y del recién nacido.

Ley No. 641 Código Penal. Capítulo II Delitos contra la libertad e integridad sexual:

Art. 168 Violación a menores de catorce años.

Quien tenga acceso carnal o se haga acceder con o por persona menor de catorce años o quien con fines sexuales le introduzca o la obligue a que se introduzca dedo, objeto o instrumento por vía vaginal, anal o bucal, con o sin su consentimiento, será sancionado con pena de doce a quince años de prisión.

Ley 779. Ley Integral contra la Violencia hacia las Mujeres y de Reformas a la Ley No. 641 "Código Penal".

Título ii de los delitos y de las penas.

Capítulo Único Delitos de violencia contra las mujeres y sus penas

Art. 17. Omisión de denunciar

Las personas que de acuerdo a la legislación procesal penal tengan obligación de denunciar los delitos de acción pública, una vez que tengan conocimiento que una mujer, niño, niña o adolescente ha sido víctima de violencia, deberán denunciar el hecho ante la Policía Nacional o al Ministerio Público dentro del término de cuarenta y ocho horas. El que incurra en esta omisión se sancionará con pena de doscientos a quinientos días multa.

Art. 18. Obligación de denunciar acto de acoso sexual

Toda autoridad jerárquica en centros de empleo, de educación o de cualquier otra índole, que tenga conocimiento de hechos de acoso sexual realizados por personas que estén bajo su responsabilidad o dirección y no lo denuncie a la Policía Nacional o al Ministerio Público, será sancionada con pena de cincuenta a cien días multa.

Título vi del procedimiento penal en los delitos regulados en la presente ley Capítulo I
Del régimen en el procedimiento

Art. 41. Víctima menor de edad

Cuando la víctima fuere menor de edad o discapacitado, los hechos podrán ser denunciados por sus representantes legales, por la víctima o por las instituciones asistenciales, sociales y educativas o cualquier autoridad o persona que tenga conocimiento de los hechos.

Ley no. 870 código de familia

Capítulo ii violencia doméstica o intrafamiliar

Art. 51 Obligación de denunciar la violencia doméstica o intrafamiliar

Toda persona que tenga conocimiento de un hecho constitutivo de violencia doméstica o intrafamiliar, deberá denunciarlo o dar aviso a la Policía Nacional. La denuncia puede hacerse de manera escrita, verbal o mediante lenguaje de señas. Cuando la denuncia sea verbal o mediante lenguaje de señas, esta se hará constar en acta que levantará el agente policial.

Ley 295, Ley de promoción, protección y mantenimiento de la lactancia materna y regulación de la comercialización de sucedáneos de la leche materna.

En su Capítulo II / Generalidades.

Arto. 3. Definiciones:

Servicio de Salud: Es toda institución u organización gubernamental o no gubernamental privada dedicada a prestar servicios de salud directa o indirectamente con énfasis en la salud de la mujer gestante, madre lactante y de las niñas y niños menores de dos años de edad incluyendo los de desarrollo infantil cualquier otro que brinde este tipo de servicio.

Profesional y Agente de Salud: Son profesionales de la salud, los médicos, enfermeras, nutricionistas, trabajadores sociales, administradores de servicios de salud o cualquier otro profesional que realice acciones de promoción, protección, prevención, curación y rehabilitación de salud. Son agentes de salud las personas que trabajan en un servicio de salud, ya se profesional o no, incluyendo trabajadores voluntarios.

En su Capítulo IV / De la Promoción. Arto. 10. El Gobierno de la República de Nicaragua, por intermedio del Ministerio de Salud y con la cooperación de otras instituciones y organismos no gubernamentales, tiene la responsabilidad de implementar y consolidar iniciativas públicas y privadas con el fin de promover, proteger y mantener la lactancia materna como un medio eficaz para salvaguardar la vida de niñas, niños y mujeres.

La Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Año 2008

El Ministerio de Salud, como instancia rectora del sector salud, formuló la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR), que constituye un instrumento normativo y orientador en la búsqueda de equidad en el sector salud, reducir las brechas en SSR existentes, sobre todo en los grupos más excluidos socialmente y poner a su disposición un abanico de opciones para mejorar el nivel y calidad de su vida sexual y reproductiva en todo su ciclo de vida.

Compromisos de país a nivel internacional:

La Conferencia mundial de población celebrada en Bucarest en 1974 declaró que: "Todas las parejas y los individuos poseen el derecho básico de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos". 1

En varias convenciones y conferencias en los campos de derechos humanos y de la mujer se ha ratificado el derecho a la planificación familiar.

En diciembre de 1979, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

En 1984 en la Ciudad de México, en la Conferencia Internacional sobre Población en 1985, en Nairobi, en la Tercera Conferencia sobre la Mujer;

En 1989 en Ámsterdam en el Foro Internacional sobre Población en el siglo XXI.

En 1993, en Viena, en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos.

En 1994, La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo, constituyó un espacio de reflexión de la Comunidad Internacional acerca de los Derechos de las Personas en relación a la reproducción y el significado de los mismos en la promoción del desarrollo humano.

Por primera vez los Gobiernos reconocieron internacionalmente los Derechos Reproductivos contenidos en documentos internacionales sobre los derechos humanos.

Preguntas directrices

- ✓ ¿Cuál es la caracterización sociodemográfica del personal de salud que atiende embarazadas?
- ✓ ¿cuál es el nivel de conocimiento del personal que atiende embarazada?
- ✓ ¿Cuáles son las actitudes que presenta el personal de salud que atiende embarazadas?
- ✓ ¿Cómo es la práctica de la Atención Prenatal del personal de salud que atiende embarazadas en las unidades de salud del municipio de San Dionisio?

CAPITULO III

3.1. Diseño metodológico

3.1.1. Tipos de estudio.

Descriptivo de corte transversal.

El presente estudio es descriptivo ya que se describen los conocimientos actitudes y prácticas del personal de salud que atiende embarazadas, prospectivo con datos actuales, de método científico ya que: las atenciones prenatales se realizan con forme a normas y protocolos del MINSA Nicaragua y de la misma forma se evaluara el personal en estudio, de corte transversal debido a que está comprendido el segundo semestre del año 2017, de enfoque cuali-cuantitativo mediante el análisis de datos característicos, cualidades y destrezas en el personal de salud durante la atención prenatal haciendo uso de datos y cifras numéricas para su evaluación

Área en estudio: La zona de la realización del estudio fue en el centro de salud Gregoria Gonzales Municipio san Dionisio departamento Matagalpa está ubicado en el barrio san francisco atiende una población de 18,395 habitantes, de las cuales, cuenta con cinco ambientes para brindar atención integral a las mujeres.

Sujeto de estudio. Personal de salud que atiende embarazadas de bajo riesgo en el municipio de san Dionisio.

Universo. 30 trabajadores de la salud que atiende a embarazadas de bajo riesgo, municipio de San Dionisio.

Muestra de estudio. 28 personales de salud que corresponde al 100% del universo de estudio.

La muestra se determinó a través de la siguiente ecuación: $n = [EDFF * Np (1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p)]$ Donde:

N: es tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)

p: frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población

d: límites de confianza como % de 100(absoluto +/-%)

EDFF Efecto de diseño (para encuestas en grupo)

Es una muestra probabilística, ya que todos los elementos de la población tienen la misma posibilidad de ser escogidos, para la muestra se obtienen definiendo las características de la población y el tamaño de la muestra, a la vez se logra mediante una investigación por encuestas, por medio de una selección aleatoria o mecánica de las unidades de muestreo/análisis.

La unidad de análisis: La unidad de análisis es el personal de salud que atiende embarazadas de bajo riesgo en las áreas de salud del departamento de Matagalpa municipio de San Dionisio

3.1.2. Criterios de inclusión:

Personal de salud que atienda embarazadas de bajo riesgo.

Personal de salud que desee participar en el estudio.

3.1.3. Criterios de exclusión:

Personal de salud que no atienda embarazadas de bajo riesgo

Estudiantes de carreras afines a la salud que atiendan embarazadas.

Personal de salud que no desee participar en el estudio.

3.1.4. Instrumentos:

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

3.1.5. Variable.

1-Variable independiente: Características socio demográficas

Variables dependientes: Edad, perfil profesional, experiencia laboral.

2-Variable independiente: conocimiento sobre Atención Prenatal en el personal de salud que atiende a embarazada de bajo riesgo.

Variables dependientes: Concepto de Atención Prenatal, requisitos básicos Atención Prenatal, clasificación de riesgo en atención Prenatal, número de actividades en atención prenatal de bajo riesgo, número de actividades en Atención prenatal de alto riesgo, nueva clasificación de riesgo para desarrollar SHG, tratamiento según clasificación de riesgo SHG.

3- Variable independiente: Actitud del personal de salud que atiende embarazadas de bajo riesgo.

Variables dependientes: positiva, neutral, negativa

4- Variable dependiente: Práctica del personal de salud que atiende a embarazada de bajo riesgo.

Variable independiente: 1er APN, 2do APN, 3er APN, 4to APN

La práctica del personal en los APN se evaluó en completa e incompleta

3.1.6. Técnicas de recolección de información.

Encuesta.

Se utilizó la encuesta puesto que es un procedimiento dentro de los diseños de una investigación descriptiva en el que el investigador recopila datos por medio de un cuestionario previamente diseñado, sin modificar el entorno ni el fenómeno. Donde se recoge la información ya sea para entregarlo en forma trípico, grafica, o tabla. (Piura, 2008)

Observación.

Ferrer, (2010) la observación, es una “técnica que consiste en observar atentamente el fenómeno, hecho acaso, tomar información y registrar para su posterior análisis la observación es un elemento fundamental de todo proceso investigativo, en ella se apoya el investigador para obtener el mayor número de datos”. Se eligió la observación puesto que es una técnica que permite entrar en contacto con el entorno donde se está trabajando y que gran parte del conocimiento que constituye la ciencia, ha sido lograda mediante la observación, por lo que para este estudio se utilizó para determinar las actitudes y prácticas del personal de salud que atiende embarazadas en relación a la atención prenatal.

3.1.7. Recolección de la información

Las fuentes de recolección de información son primarias y secundarias

Fuente primaria fué directamente con el personal de salud que labora en el municipio de San Dionisio y la fuente secundaria a través de la recopilación de información en normas y protocolos de atención a la embarazada, libros con contenido relevantes a la investigación que se realizó.

3.1.8. Procesamiento y análisis de los resultados

Los resultados de esta investigación se procesaron a través de programas estadísticos como Excel, además se utilizaron programas Word y Power Point para la presentación de los mismos.

3.1.9. Consideraciones éticas

El ejercicio de la investigación científica, sea de corte cualitativo o cuantitativo, y el uso del conocimiento producido por las ciencias, tanto las naturales como las sociales y humanas, deben pensarse como prácticas sociales, es decir, como actividades que determinan y son determinadas por asuntos de la vida colectiva, que afectan y se ven afectados por la vida cotidiana (Hernández, 2005). En este sentido, demandan conductas éticas en el investigador y los coinvestigadores (entre quienes está el maestro), compromisos personales y sociales, tanto respecto a los grupos o individuos implicados en el proceso de investigación como en relación con el

conocimiento que se genera a partir de la misma. Por lo tanto para esta investigación se realizó una carta que permitió tener la aprobación de las autoridades de las diferentes unidades de salud para realizar el estudio y aplicar los diferentes instrumentos a utilizar, también se contó con la aprobación a través del consentimiento informado de las personas participantes, comunicándoles que el estudio es totalmente confidencial puesto que los diferentes instrumentos utilizados no llevan el nombre y apellidos de los involucrados y que los resultados solo son utilizados y manipulados para efectos académicos

3.1.10. Trabajo de campo

Los instrumentos de investigación fueron aplicados por los investigadores en las diferentes áreas de salud del municipio de San Dionisio donde se atienden embarazadas, esto durante la atención brindada en cada atención prenatal.

Capítulo IV

4.1. Análisis y discusión del resultado

Según resultados de las encuestas en cuanto a grupo etario, el 50% del personal de salud tienen entre 20 a 34 años, el 46.4% tenía entre 35 a 49 años y un 3.5% de 50 años a más, según datos arrojados por las encuestas el grupo de 20 a 34 es el que mayor porcentaje tiene, siendo un grupo joven con expectativas de trabajo, deseo de superación, con respecto al perfil profesional el 28.5% son médicos general, el 14.2% licenciadas en enfermería, el 35.7% enfermeras auxiliares, y un 21.4% auxiliar del MOSAFC, el mayor porcentaje los tienen los auxiliares de enfermería con el 35.7% según normativas del MINSA los ESAFC(Equipo de salud familiar y comunitario) deben estar compuesto por tres recursos: un médico, una enfermera, y un auxiliar o MOSAFC lo que se puede observar que los ESAFC no están completos en la sede de sector lo que dificulta la atención con un abordaje científico técnico.

En relación a experiencia laboral un 14.5% tenían entre 0 a 5 años de laborar, el 21.4% de 6 a 10 años, un 21.4% de 11 a 20 años, y un 7.10% de 20 años a más, de acuerdo a datos obtenidos de las encuestas de 6 a 10 años y de 11 a 20 se tiene un porcentaje de 21.4%, la experiencia es el tiempo transcurrido de un recurso en un lugar de trabajo donde el recurso a mayor tiempo de laborar, tendrá mayor conocimientos sobre normas y protocolos y tendrá un mayor desempeño laboral a la vez le permite conocer su territorio y le facilita la coordinación interinstitucional con las redes así mismo conocer las necesidades de su población para poder intervenir oportunamente con el grupo de mujeres con mayores riesgos obstétricos.

Al preguntar el concepto de atención prenatal el 89.2 % tiene conocimientos y el 10.7% no tiene conocimiento, es importante que el personal que atiende a las embarazadas conozca los conceptos ya que esto le permitirá tener mayor conocimiento y hacer una atención de calidad.

Con relación a los requisitos básicos de atención prenatal el 89.2% los conocen y el 10.7% no los conocen, el personal que atiende embarazadas debe conocer estos conceptos esto facilitará realizar una captación precoz antes de las 12 semanas, así mismo debe ser completo y de amplia cobertura, donde se aborda integral a la

paciente embarazada, además debe de captar a todas las embarazadas de su territorio incluyendo aquellas que se realizan los controles en clínicas privadas, con relación a la equidad se debe de tomar en cuenta que el personal debe de atender a todas las embarazadas sin distinción de raza, condición económica, religión o credo político.

En la pregunta clasificación de riesgo atención prenatal el 3.5% no poseen conocimientos sobre la nueva clasificación de riesgo en la atención prenatal y el 96.4% del personal poseen conocimientos sobre la nueva clasificación de riesgo, esta clasificación se basa en Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control. En principio, el nuevo modelo de control prenatal divide a las mujeres embarazadas en dos grupos: Aquellas elegibles para recibir la atención prenatal de rutina llamado componente básico (“BAJO RIESGO”), y aquellas que necesitan cuidados especiales (“ALTO RIESGO”) determinados por sus condiciones particulares de salud y/o factores de riesgo, esto le permitirá al recurso de salud realizar una buena clasificación de riesgo a la hora de la atención prenatal de la gestante a la vez hacer una referencia oportuna para que sea valorada por ginecóloga y así evitar complicaciones obstétricas.

En relación al número de actividades de atención prenatal de bajo riesgo un 60.7%no tienen conocimiento sobre las actividades de atención prenatal de bajo riesgo y el 39.2% poseen conocimientos, lo que significa que el 60.7% no realizan las 29 actividades del control prenatal por lo tanto no realizan un control de calidad.

Con las actividades que se deben realizar a las embarazadas de alto riesgo el 57.14% no tienen conocimientos sobre el total de actividades que se realizan en controles de alto riesgo obstétrico, y el 42.8% tiene conocimientos lo que afecta la salud de la mujer y del y al final bebé podría terminar en una complicación obstétrica y llegar hasta una muerte materna perinatal por no realizar todas las actividades que son importantes para la identificación de riesgo durante el embarazo.

En la pregunta nueva clasificación de riesgo para desarrollar SHG el 78.5% no tienen conocimientos sobre la nueva clasificación de riesgo para desarrollar SHG y solo un

21.4% del personal contesto correctamente, es en esta pregunta donde se encontró mayor debilidad en el personal esto es de suma importancia porque aquí es donde se define a la paciente si es alto riesgo o riesgo intermedio para pre eclampsia y poder intervenir iniciando la medicación entre las 12 y las 16 semanas de gestación dado que después de esta fecha ya no tiene ningún beneficio para la gestante, según alto riesgo para desarrollar pre eclampsia están: enfermedad hipertensiva en embarazo previo (paciente con pre eclampsia en embarazo anterior), enfermedad renal crónica, enfermedad autoinmune previa o diagnosticada durante el embarazo actual(síndrome anti fosfolípido y/o lupus eritematoso sistémico), diabetes mellitus(tipo 1 y 2), según riesgo intermedio para desarrollar pre eclampsia están: periodo intergenésico mayor a 10 años, índice de masa corporal mayor o igual a 29kg/m², historia familiar de pre eclampsia (madre y hermana de paciente), embarazo múltiple, extremos de edades(menor a 20 años o mayor a 35 años)

Sobre el tratamiento preventivo profiláctico para desarrollar SHG el 39.2% le brindan un adecuado tratamiento a la gestante con riesgo de desarrollar pre eclampsia y un 60.7% no poseen los conocimientos necesarios para dar un correcto manejo a una gestante con riesgo de desarrollar SHG. Se debe prescribir en riesgo alto, calcio vía oral 1.800 mg/día a partir de las 12 semanas máximo a las 16 semanas continuar hasta las 36 semanas más aspirina 100mg/día, en cuanto a riesgo intermedio de pre eclampsia se prescribe aspirina 100mg/día antes de acostarse iniciar mínimo a las 12 semanas, máximo a las 16 continuar hasta las 36 semanas de gestación.

Según guía de observación la actitud del personal hacia los/as usuarias se obtuvo un 92.8% de actitud positiva y un 7.14% de actitud neutral, en base a actitud positiva se refiere a aquella persona que posee valores por ejemplo si saluda al usuario, crea un ambiente de confianza, brinda privacidad, pregunta sobre su estado de salud, responde a las inquietudes y necesidades de la usuaria, en cuanto a actitud neutral o cambiante, una de las cosas que el ser humano debería aprender es ser cambiante, no se puede tratar a todas las personas igual, tenemos que tener en cuenta que no todos somos iguales y por ende cada persona merece un trato distinto.

Con respecto a la práctica que es la realización de las actividades en cada atención prenatal del personal que brindan a las embarazadas se obtuvo que un 50% del personal de salud realizan un control completo, es decir realizan las 29 actividades básicas de un control prenatal que establece la normativa y un 50% realizan un control prenatal incompleto, por ende, no realizan las 29 actividades básicas establecidas en la normativa 011.

Según normativa N-011(2015) La Atención Prenatal es una serie de visitas programadas por el proveedor de la salud, donde se le 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.

La primera atención se debe realizar a las 12 semanas, que es donde se realiza el llenado de la HCP, e identificación de todos los factores de riesgo de la embarazada, a las 26 semanas la segunda atención prenatal, se da continuidad al completo llenado de la HCP, análisis de exámenes de laboratorio, maniobras de Leopold, a las 32 semanas la tercera atención prenatal, seguimiento del embarazo ,incremento de peso materno, signos vitales y la cuarta atención, puede ser la última, tiene lugar entre la semana 36 y 38 semanas de gestación, en esta atención es importante detectar aquellas embarazadas con fetos en presentaciones anómalas para su referencia a un nivel superior a fin de realizarles evaluación obstétrica, preparación para el parto psicoprofilactico, lactancia materna, planificación familiar y cuidados del recién nacido.

Las atenciones prenatales son de suma importancia para el bienestar de la mujer embarazada y su hijo, mediante esto el personal de salud vigila la evolución del embarazo, prepara a la madre para el parto y los cuidados del recién nacido, así mismo una adecuada atención prenatal realizando de manera correcta todas las actividades, facilitara un desarrollo adecuado para la gestante, durante la observación que se realizó al personal en los puestos del municipio de San Dionisio

se encuentra que actividades correspondiente a las atenciones prenatales, tales como el examen odontológico y de mamas es una actividad que no se cumple y recordemos que estos exámenes en la atención prenatal es de suma importancia ya que los cambios en el cuerpo de la mujer en el embarazo, expone a la madre a un mayor riesgo de sufrir enfermedad periodontal, que además están relacionadas con el nacimiento prematuro; de igual manera el examen de mamas ayudará identificar problemas y solucionarlos o prevenirlos, así mismo la indicación del Albendazol; también la consejería en signos y síntomas de peligro de la Pre eclampsia y Eclampsia principalmente, durante el embarazo, parto y puerperio no se realiza frecuentemente y esta actividad está relacionada con el conocimiento que se le debe brindar a la embarazada para su bienestar y así conozca algún signos que arriesga su vida y la de su bebé.

Capítulo v

5.1. Conclusiones

1-En el centro de salud de San Dionisio el personal de salud que atiende embarazadas lo conforman: médicos generales, Licenciados en enfermería, enfermeras auxiliares, y auxiliar MOSAFC, las edades van entre los 20- 34 años con una experiencia laboral de cero a 5 años.

2- El conocimiento del personal de salud que laboran en este municipio, se evalúa como bueno.

3-La mayoría del personal de salud presenta actitud positiva durante la realización de la atención prenatal es en su mayoría positiva.

4-La práctica de la atención prenatal de bajo riesgo del personal de salud, es incompleta, no realizan todas las actividades normadas.

El personal de salud de este municipio cuenta con los conocimientos necesarios en cuanto a normativas de atención prenatal, pero en relación a prácticas se encontró deficiencias debido a la experiencia laboral, dado a que la mayoría tienen de 0 a 5 años siendo la gran mayoría del programa MOSAFC y se encuentran realizando su servicio social, esta es una clave para no realizar los controles prenatales completos, tienen una actitud positiva, pero no tienen la práctica necesaria.

5.2. Recomendaciones.

A directores y jefes de centros de salud que laboran en el centro de salud del municipio de san Dionisio Se les recomienda:

- Agregar temas en educación continua sobre las normativas Atención prenatal específicamente en temas sobre actualizaciones de clasificación de riesgo para desarrollar síndrome hipertensivo gestacional y demás patologías.

En relación de actitud se debe trabajar en:

- Concientizar constructivamente las fallas internas del personal.
- Crear actitudes positivas en el personal.
- Realizar un taller sobre actitudes positivas donde se enseñen temas: ser tolerante, buscar desafíos diarios, realizar acciones sin esperar resultados rodearte de quienes tienen actitudes positivas, perdonar las limitaciones de otros, ser agradecido, tratar a los demás con respeto.
- Estimular a los trabajadores en pro de las relaciones interpersonales y de la comunicación terapéutica.

En relación a las practicas hacer énfasis en la importancia de

- Mostrar por medio de educación continua la importancia que tiene el realizar examen odontológico para evitar enfermedades periodontales que además son relacionadas con partos prematuros, realizar examen de mamas, para prevenir el cáncer de mama que es una de las terceras causas de muerte en mujeres nicaragüense y cumplimiento profiláctico de todos los tratamientos que se dan durante el embarazo.
- Monitorear la realización de las atenciones prenatales y el cumplimiento de las actividades normadas.

5.3. Bibliografía

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

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

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

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

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

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.htm

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 <https://books.google.es/books?id=D5eUHcZLjPoC&printsec=frontcover&dq=médico&source=bl&ots=SkNNVDj12d&sig=h0S-Ay3AyJj0KIKabdIJ0qolCRI&hl=es&sa=X&ei=rE>

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

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

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.htm

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

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

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

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

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

Piural, L. (2008). *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

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

Larousse (2006) Diccionario enciclopédico. Editorial Larousse.

Espasa Calpe (1998), Diccionario consultor Espasa, editorial Espasa
S.A, Madrid, España. Pág.: 155

Diccionario ilustrado de la lengua española (2000). Editorial cayuela,
Madrid España, pág

AneXos

ANEXO 1. ACRÓNIMOS

ACIP: Advisory Committee on Immunization Practices.

AFU: Altura de fondo uterino.

APN: Atención Prenatal.

APP: Antecedentes personales patológicos.

APF: Antecedente familiares patológicos.

ARO: Alto riesgo obstétrico.

COE: Complicaciones Obstétricas de Emergencia.

CAP: Conocimiento, actitudes y práctica.

CPN: Control prenatal.

DM: Diabetes mellitus.

DG: Diabetes gestacional.

EG: Edad gestacional.

ETS: Enfermedades de Transmisión sexual.

FC: Frecuencia Cardiaca.

FPP: Fecha de probable de parto.

FR: Frecuencia Respiratoria

FUM: Fecha de última menstruación.

Grs: Gramos

HCP: Historia Clínica Perinatal

HTAC: Hipertensión arterial crónica

IMC: Índice de masa corporal

IPM: Incremento de peso materno

ITS: infección de transmisión sexual

IVU Infección de vías urinarias

Anexo 2. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable Independiente	Variables Dependientes	Definición operacional	Indicador	Valor	Escala
1. Caracterización del personal de salud que atiende embarazadas.	1. Edad	Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento de la persona.	% de personal de salud según edad.	20-35 años 36-45 años 46-60 años	Ordinal
	2. Perfil Profesional	Descripción clara del conjunto de capacidades y competencias que identifican la formación de la persona.	% de personal de salud según perfil profesional.	-Enf. Auxiliar -Enf. Profesional -Lic. Enfermería -Médico General -Médico Especialista -Otro.	Nominal
	3. Experiencia Laboral	Cantidad de años laborando.	% de personal de salud según Experiencia Laboral.	-1-5 años -6-10 años -11-20 años	Ordinal

2. Conocimientos sobre APN en el personal de salud que atiende embarazadas.	1. Concepto de APN	Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, Dx y Tx de los factores que pueden condicionar morbi-mortalidad materna y perinatal.	% de personal de salud con conocimiento sobre el concepto de APN.	Incisos: a) b) c)	Nominal
	2. Requisitos básicos de APN	Componentes o características fundamentales para una APN de calidad.	% de P/S con conocimiento sobre los requisitos básicos de APN.	Incisos: a) Precoz, periódica, continua y completa. b) semanal, quincenal y mensual. c) Primero, segundo, tercero y cuarto APN.	Nominal

<p>3. Clasificación de riesgo en APN</p>	<p>El modelo de APN divide a las mujeres embarazadas en 2 grupos.</p>	<p>% de personal de salud con conocimiento sobre la clasificación de riesgo en APN.</p>	<p>Incisos: a) Bajo riesgo, Alto riesgo. b) Bajo riesgo, Riesgo intermedio y Alto riesgo. c)...</p>	<p>Nominal</p>
<p>4. Número de actividades en APN de Bajo Riesgo</p>	<p>Cantidad de actividades que se realizan con embarazadas que tienen menor probabilidad de morbilidad materno-fetal.</p>	<p>% de personal de salud con conocimiento sobre el No de actividades en APN de bajo riesgo.</p>	<p>Incisos: a) 6 APN, 13 actividades básicas. b) 7 APN, 29 actividades básicas. c) 4 APN, 29 actividades básicas.</p>	<p>Nominal</p>
<p>5. Número de actividades en APN de Alto Riesgo</p>	<p>Cantidad de actividades que se realizan con embarazadas que tienen mayor probabilidad de morbilidad materno-fetal.</p>	<p>% de personal de salud con conocimiento sobre el No de actividades en APN de</p>	<p>Incisos: a) 10 APN, 35 actividades básicas. b) 7 APN, 29 actividades básicas +</p>	<p>Nominal</p>

			ARO.	cuidados esenciales por patología. c)...	
	6. Nueva clasificación de riesgo para desarrollar SHG	La nueva clasificación de riesgo para desarrollar SHG realizada a través de la valoración de: Historia de Antecedentes (personales y familiares) + Embarazo actual.	% de personal de salud con conocimiento sobre la nueva clasificación de riesgo para desarrollar SHG.	Incisos: a) Riesgo Alto, Riesgo Intermedio. b) Bajo Riesgo, Alto Riesgo. c) Bajo Riesgo, Riesgo intermedio.	Nominal
	7. Tratamiento según clasificación de riesgo para desarrollar SHG	La nueva clasificación de riesgo para desarrollar SHG debe ser la pauta para instaurar Aspirina y/o Calcio.	% de personal de salud con conocimiento sobre el Tx del riesgo para desarrollar SHG.	Incisos: a)-Riesgo Alto: ASA100mg/día + calcio 1800mg/día -Riesgo Intermedio: ASA100 mg/día	Nominal

				<p>b)-Riesgo Alto: ASA150mg/día + Calcio 1800 mg/día</p> <p>-Riesgo Intermedio: ASA100 mg/día</p> <p>c)-Riesgo Alto: ASA100mg/día + calcio 600mg/día</p> <p>-Riesgo intermedio: Calcio 1800 mg/día</p> <p>d) incisos a y b, son correctos.</p>	
--	--	--	--	--	--

<p>3.</p> <p>Actitud del personal de salud que atiende embarazadas</p>	<p>1. Tipo de Actitud</p>	<p>El tipo de actitud es variable dependiendo el tipo de conducta o comportamiento que muestra la persona.</p>	<p>% de personal de salud según tipo de actitud.</p>	<p>-Actitud Negativa (1pt) -Actitud Neutral (2-3 pts) -Actitud Positiva (4-5 pts)</p>	<p>Ordinal</p>
<p>4.</p> <p>Práctica en APN del personal de salud que atiende embarazadas.</p>	<p>1. 1er APN</p>	<p>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.</p>	<p>% de personal de salud que realiza 1er APN.</p>	<p>-Completo -Incompleto</p>	<p>Nominal</p>
	<p>2. 2do APN</p>	<p>La segunda visita debe programarse cerca de la semana 26 de embarazo. Se estima una duración de 20 minutos como mínimo.</p>	<p>% de personal de salud que realiza 2do APN.</p>	<p>-Completo -Incompleto</p>	<p>Nominal</p>
	<p>3. 3er APN</p>	<p>Debe realizarse a las 32 SG o alrededor de esa fecha y su duración es</p>	<p>% de personal de salud que realiza 3er</p>	<p>-Completo -Incompleto</p>	<p>Nominal</p>

		de 20 minutos.	APN.		
	4. 4to APN	La cuarta visita puede ser la última, tiene lugar entre las 36 y 38 SG.	% de personal de salud que realiza 4to APN	-Completo -Incompleto	Nominal

Anexo n°3 INSTRUMENTOS



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

FACULTAD REGIONALMULTIDICIDPLINARIA
MATAGALPA

ENTREVISTA REALIZADA AL PERSONAL DE SALUD QUE LABORA EN LOS
PUESTOS DE SALUD DE SAN DIONICIO 2017.

ASPECTO DEMOGRAFICO.

A) Caracterización Socio laboral. Poner grupo etario del Minsa

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

B) Perfil profesional.

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

C) Experiencia Laboral

- 0 – 5 años

6 – 10 años

11 – 20 años

20 – más

Conocimientos del personal de salud sobre el APN.

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.

Requisitos básicos de APN

A) Precoz, periódico, continuo y completo.

B) Semanal, quincenal y mensual.

C) A y B son correctas

Clasificación de riesgos en APN.

A) Bajo riesgo, Alto riesgo.

B) Bajo riesgo, riesgo intermedio y alto riesgo.

C) Bajo riesgo, riesgo inmediato.

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.

Número de actividades en APN de ARO.

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

Nueva clasificación de riesgo para desarrollar SHG.

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

Tratamiento preventivo profiláctico según clasificación del riesgo para desarrollar SHG.

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

GUIA DE OBSERVACION DIRIGIDA AL PERSONAL DE SALUD QUE LABORA EN LOS PUESTOS DE SALUD DE SAN DIONICIO 2017.

Actitud y prácticas del personal de salud que realiza APN.

Actitud: Positivo Neutral Negativa

N°	Conducta	SI	NO
1	Saluda al usuario al entrar al cubículo o ambiente		
2	Crea un ambiente de confianza		
3	Pregunta sobre su estado de salud		

4	Empatía con la usuaria		
5	Brinda privacidad a la usuaria durante la atención		
6	Responde a las inquietudes y necesidades de la usuaria.		
7	Realiza las actividades correspondientes según normativas y clasificación de la usuaria.		

EVALUACION

Actitud negativa 1- 2 puntos.

Actitud Neutral 3 - 4 puntos.

Actitud Positiva 5 - 7 puntos.

GUIA DE OBSERVACION DIRIGIDA AL PERSONAL DE SALUD QUE LABORA EN LOS PUESTOS DE SALUD DE SAN DIONICIO 2017.

Primer APN: EVALUACION: Completa

Incompleta .

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 preeclampsia y Eclampsia.					
15	Instrucciones plan parto.					
16	Prevención de preeclampsia 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					

Incompleta	No	
Completa	Si	

Segundo APN EVALUACION: Completa

Incompleta

N°	Actividades Básicas	SI	%	NO	%	OBSERVACIÓN
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 preeclampsia y eclampsia TX según riesgo.					
18	Recibir Albendazol.					
19	Consejería en S/S de peligro de la preeclampsia 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					
-------	--	--	--	--	--

Incompleta	NO	
Completa	SI	

Tercer APN EVALUACION: Completa

Incompleta

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 preeclampsia según riesgo.					
17	Consejería en signos y síntomas de peligro de preclampsia 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					

Incompleta	NO	
------------	----	--

Completa	SI	
----------	----	--

Cuarto APN EVALUACION: Completa

Incompleta

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					

Incompleta	NO	
Completa	SI	

ANEXO N° 4. Cronograma de acciones básicas para todas las atenciones prenatales.

	ACTIVIDADES	1 ^a consulta antes de las 12 semanas	2 ^a consulta a las 26 semanas	3 ^a consulta a las 32 semanas	4 ^a consulta a las 38 semanas
1	Llenado de historia clínica, carnet perinatal y resto de expediente.	X	X	X	X
2	Indagar sobre factores sociales (violencia de cualquier tipo, pobreza, falta de apoyo de su familia pareja).	X	X	X	X
3	Clasificación de embarazada de bajo o alto riesgo.	X	X	X	X
4	Toma de signos vitales y peso de embarazada.	X	X	X	X
5	Talla de la embarazada.	X			
6	Examen físico general.	X	X	X	X
7	Examen obstétrico (medir altura uterina, frecuencia cardiaca feta, situación y presentación fetal).		X	X	X
8	Calculo de edad gestacional.	X	X	X	X
9.a	Aplicación de vacuna antitetánica (refuerzo o primera dosis).	X			

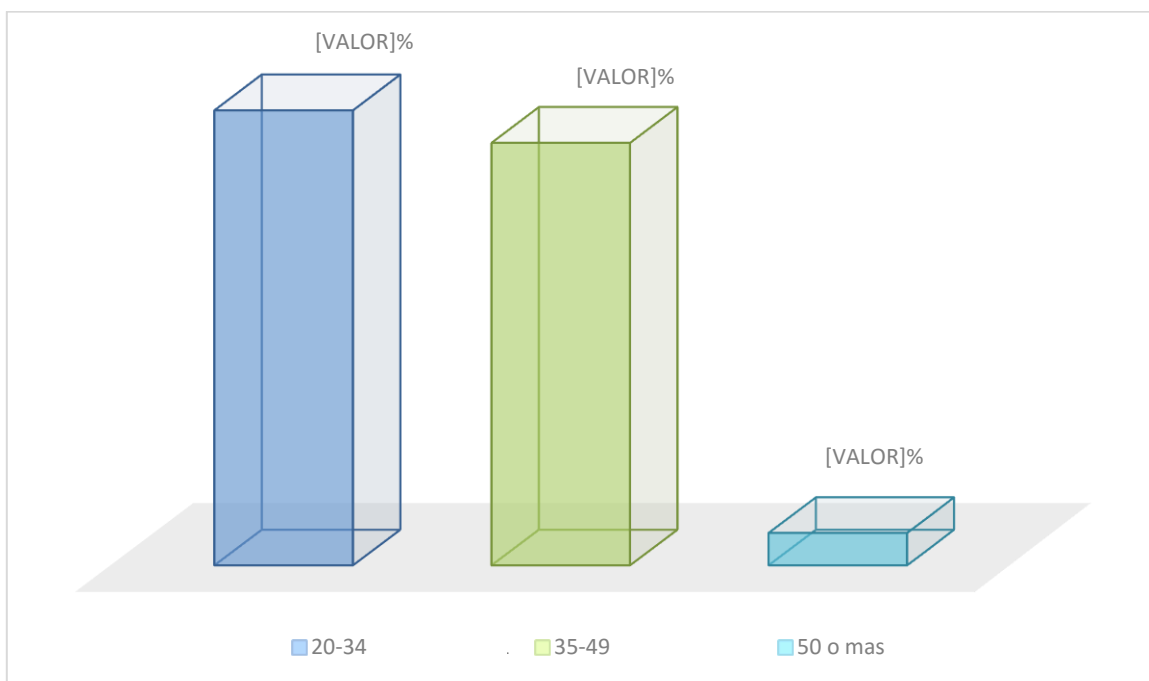
9.b	Aplicación de segunda dosis antitetánica (cuando corresponda).		X	X	
10	Indicar prueba de hemoglobina.	X		X	
11	Indicar glicemia.	X		X	
12	Prescribir prueba de sífilis (RPM) y proporcionar información sobre la información.	X		X	
13	Indicar prueba de ITS/VIH- Sida y proporcionar información sobre la enfermedad.	X		X	
14	Realización de cinta reactiva de uro análisis en búsqueda de infección urinaria (leucocitos positivos y nitritos positivos),	X	X	X	X
15	Solicitar grupo sanguíneo y factor Rh	X			
16	Entrega de suplemento de hierro y ácido fólico.	X	X	X	X
17	Entrega de albendazol 400mg PO dosis única.		X		X
18	Entrega de calcio 2 g diario a partir de las 2º semanas, vía oral, en riesgo de preeclampsia / eclampsia.		X	X	X
19	Entrega de aspirina, 100 mg diario después de las 20 semanas, vía oral en riesgo de preeclampsia/ eclampsia.		X	X	X
20	Consejería en signos, síntomas de peligro durante el embarazo.	X	X	X	X
21	Instrucciones para el parto / plan de			X	X

	parto				
22	Consejería en lactancia materna y planificación familiar.	X	X	X	X
23	Detección y referencia de presentación pélvica o situación transversa del feto.	x			X
24	Antecedentes familiares, personales y Obstétricos.	x			
25	Examen odontológico y de mamas.	x			
26	Evaluación del estado nutricional en base al IMC.	x			
27	Prevención de preeclampsia según riesgo.	x			
28	Negociar plan parto.		x		
29	Atención en caso de amenaza de parto pre término.		x		
30	Movimientos fetales después de las 18 semanas de gestación.		x		

ANEXO N° 5. GRÁFICOS

Gráfico N° 1

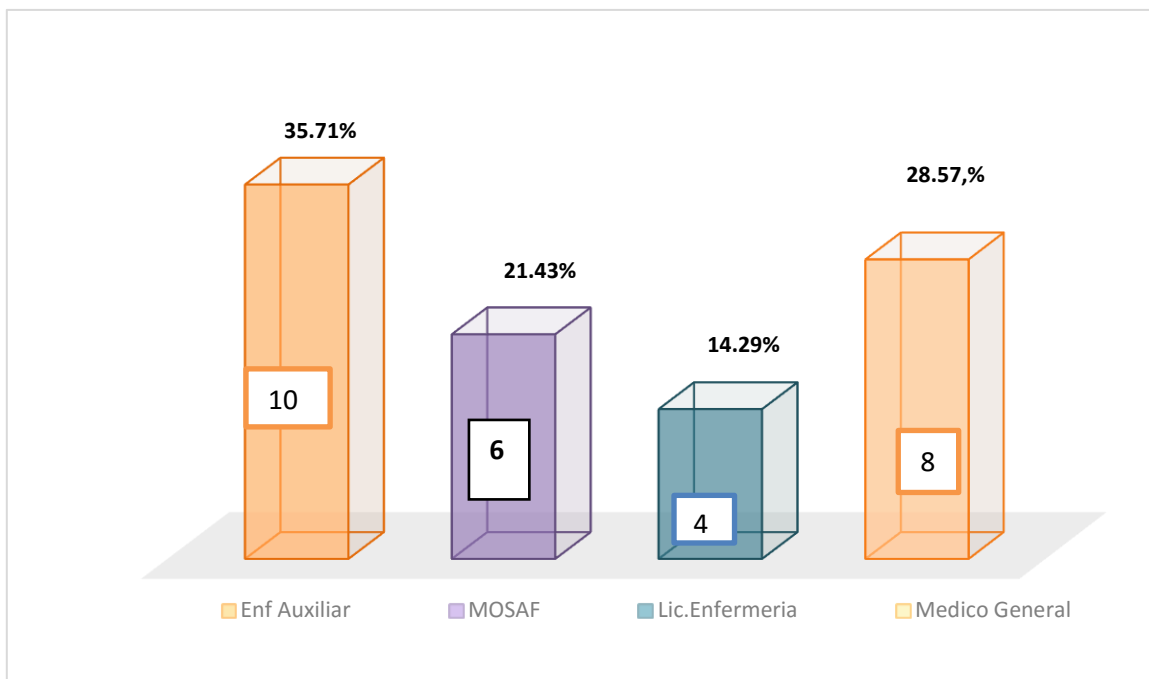
Grupo Etareo del personal que labora en Municipio San Dionisio II semestre 2017



Fuente: Encuesta

Gráfico N° 2

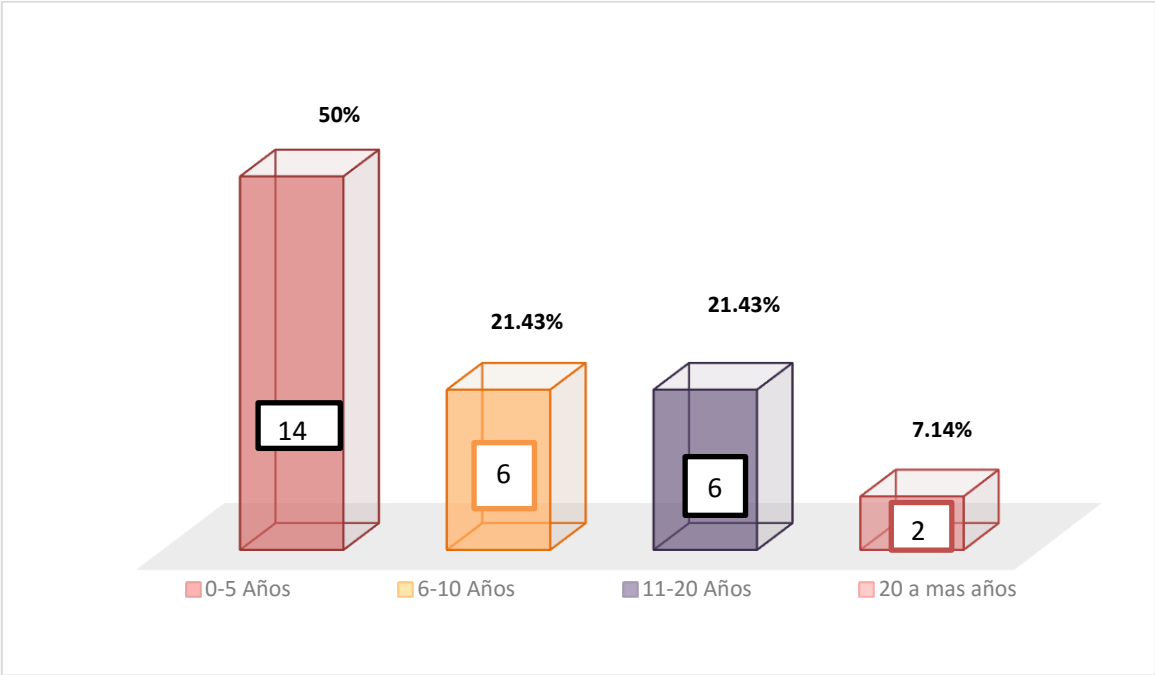
Perfil profesional del personal que labora en municipio de San Dionisio



Fuente: Encuesta

Grafico N° 3

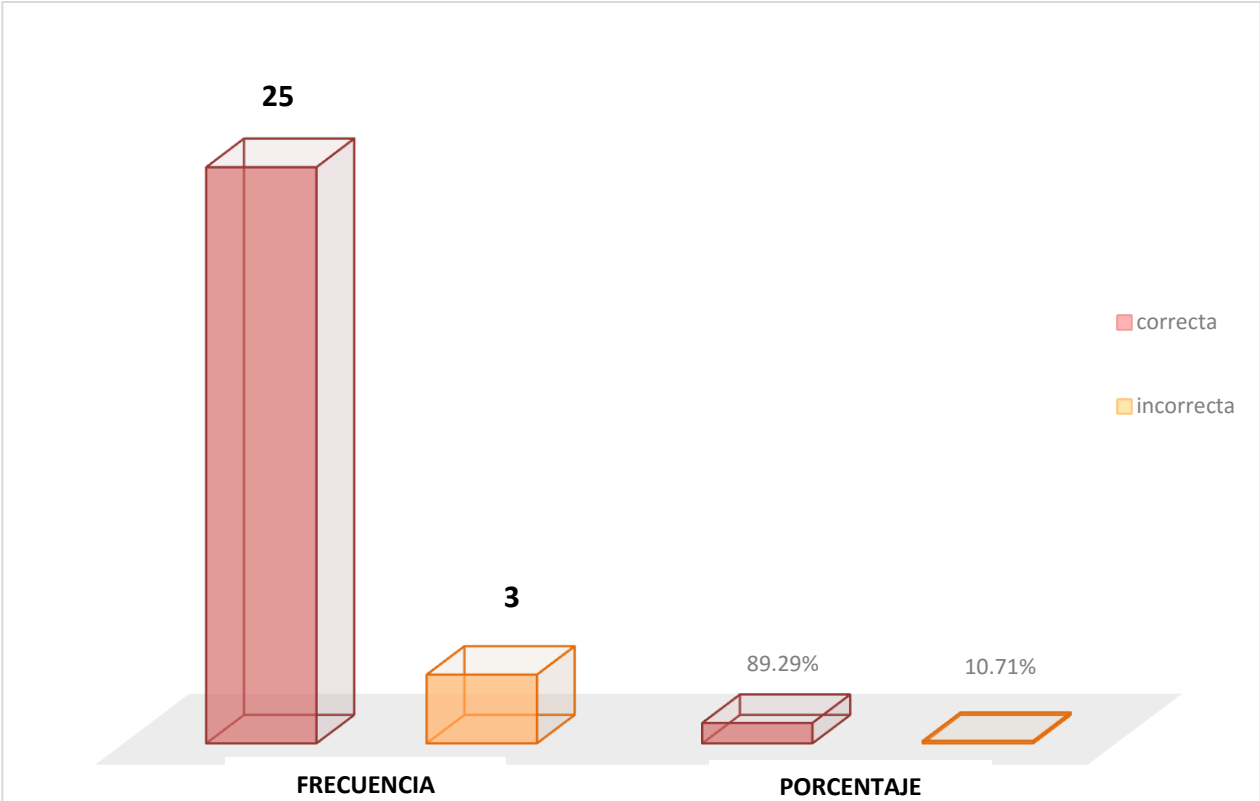
Experiencia laboral del personal que labora municipio de San Dionisio



Fuente: Encuesta

Grafico N° 4

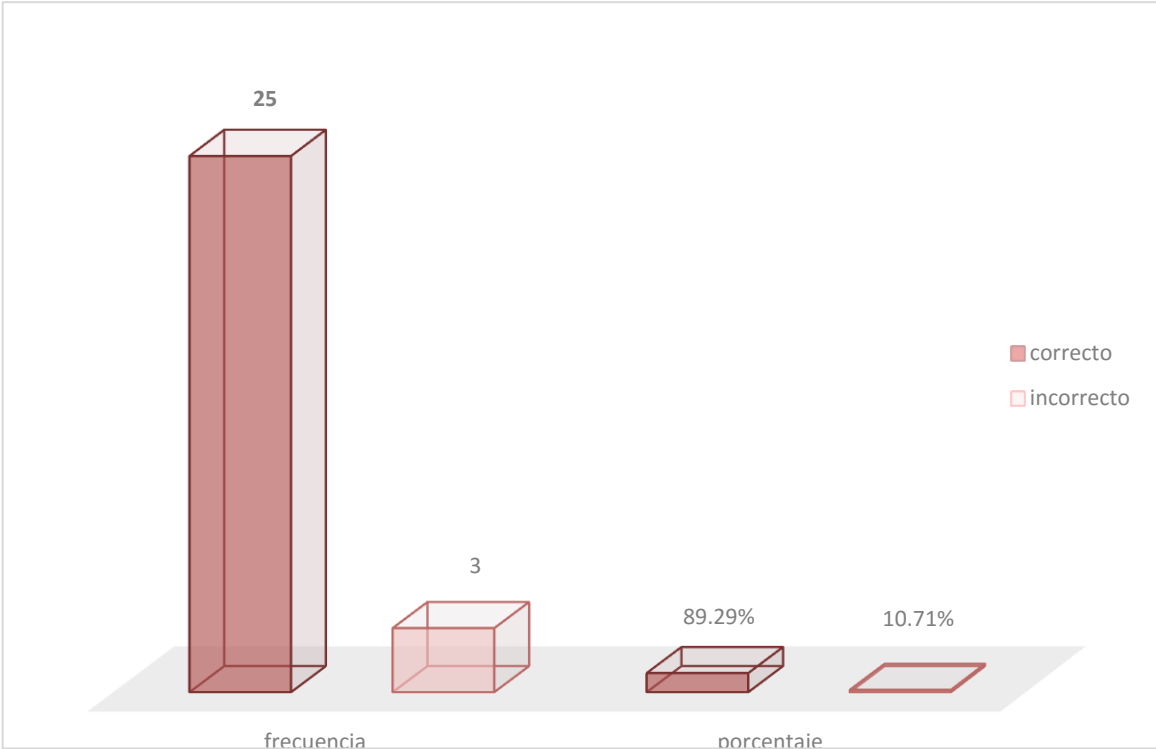
Concepto de APN



Fuente: Encuesta

Grafico N° 5

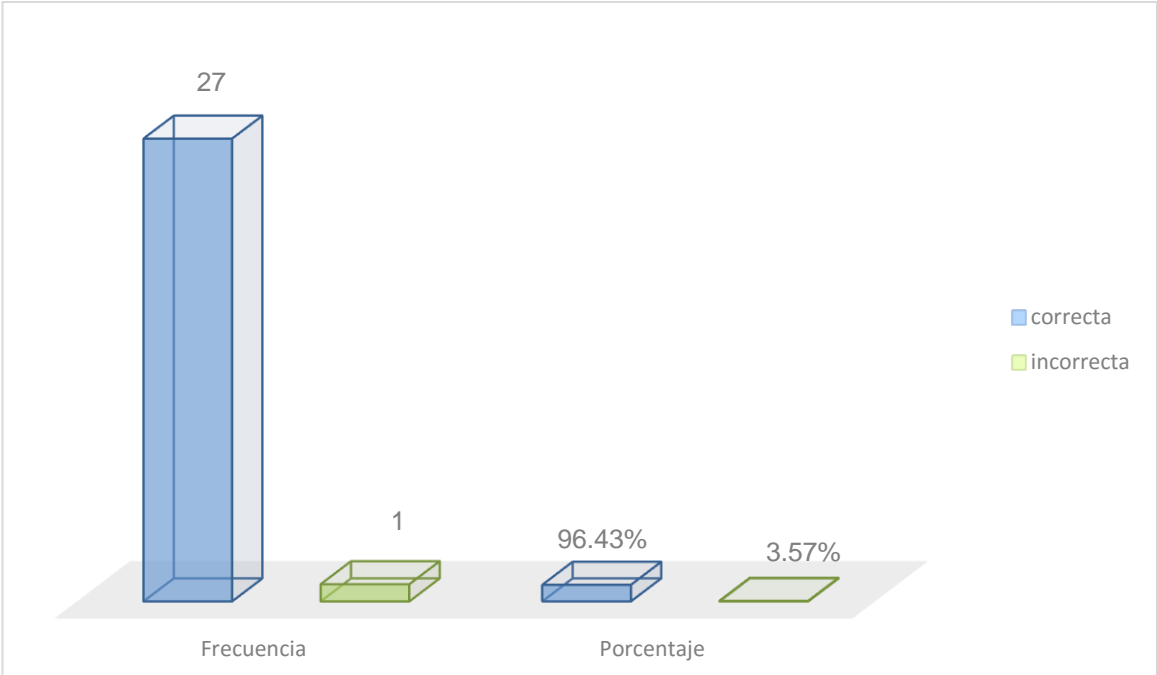
Requisitos básicos de APN



Fuente: Encuesta

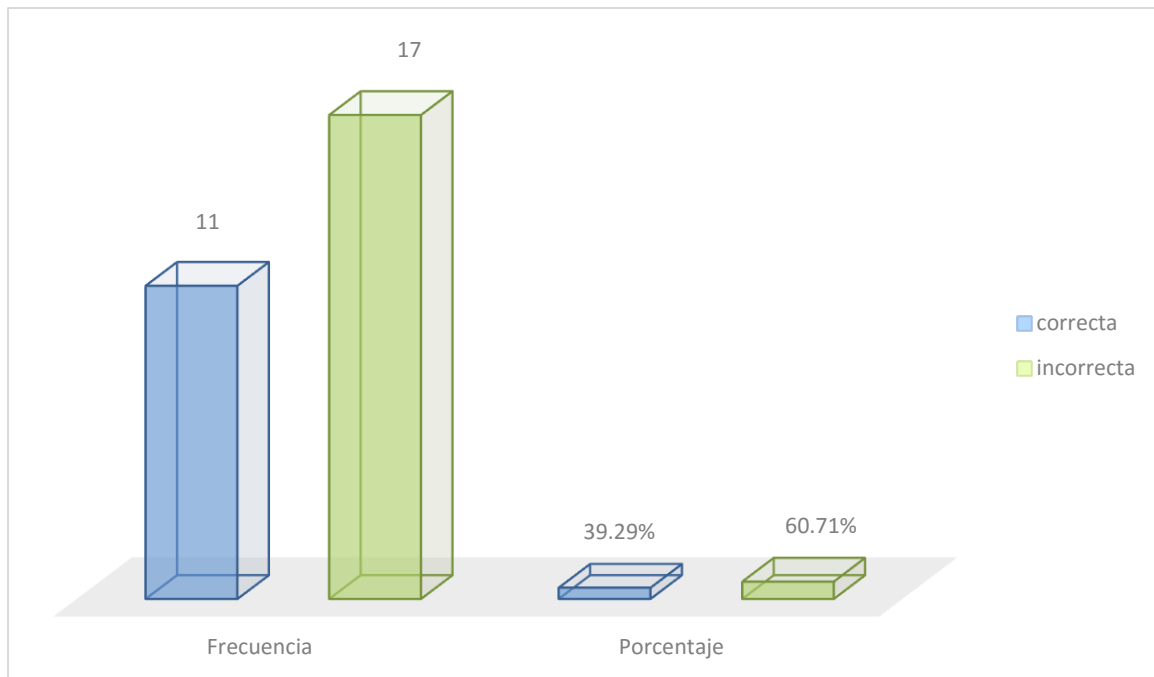
Grafico N°6

Clasificación de riesgo en atención prenatal



Fuente: Encuesta

Grafico N°7

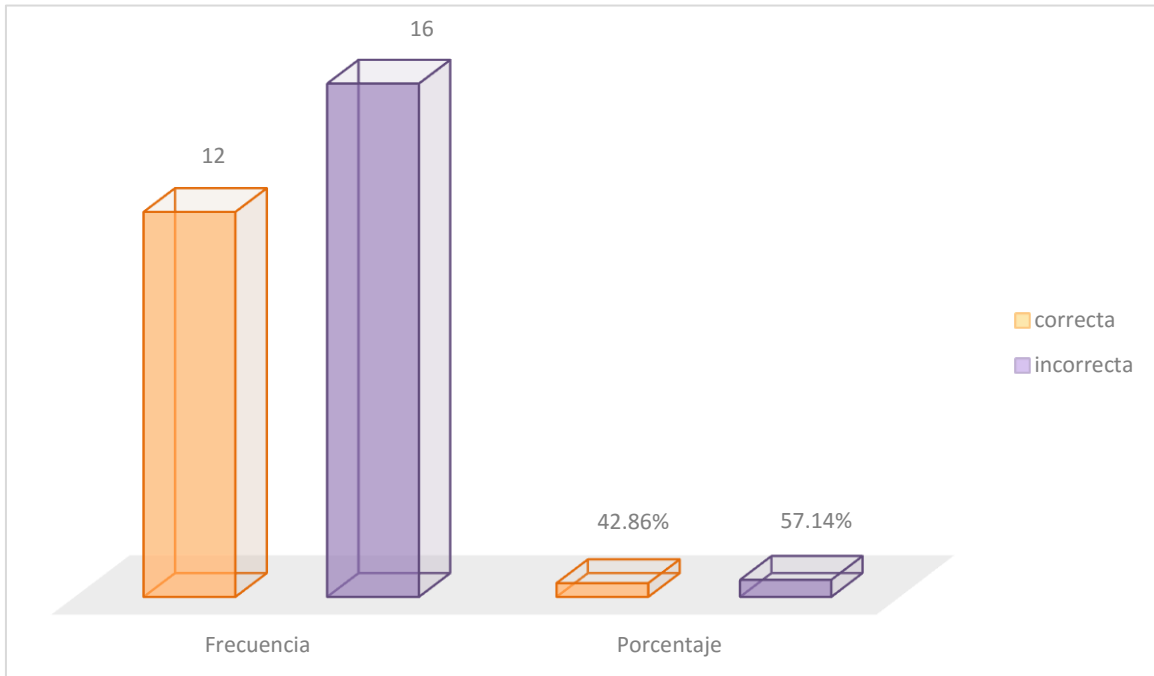


Número de actividades de atención prenatal de bajo riesgo

Fuente: Encuesta

Gráfico: N° 8

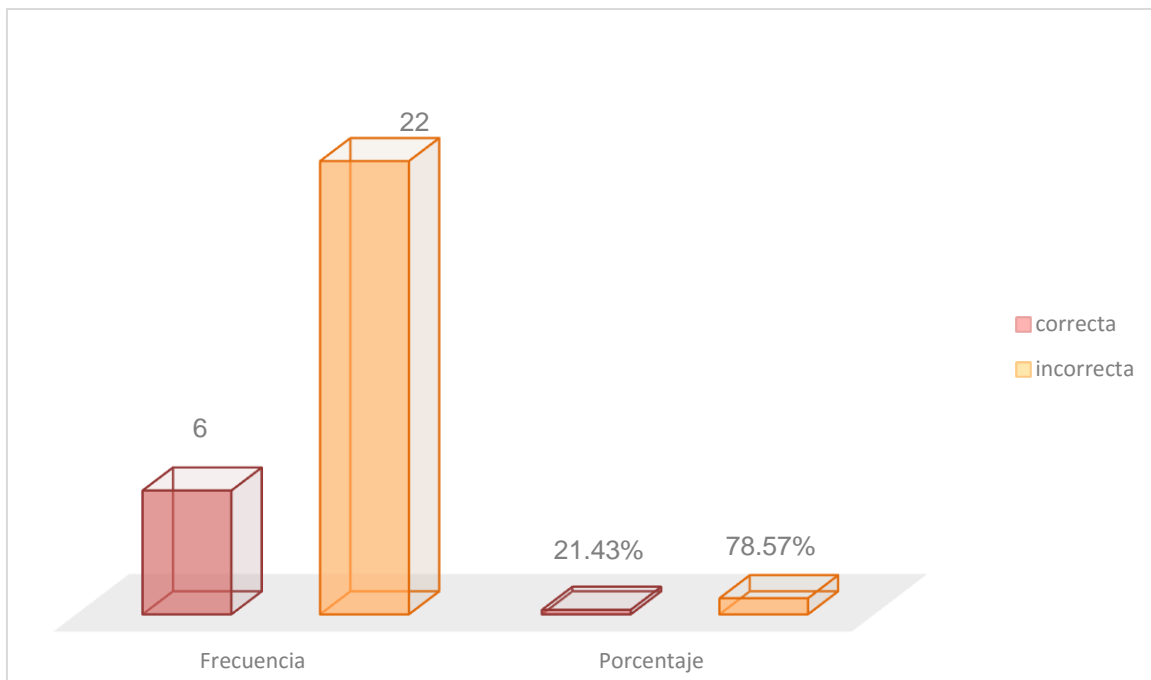
Número de actividades de atención prenatal en ARO



Fuente: Encuesta

Grafico N° 9

Nueva clasificación del riesgo para desarrollar SHG Municipio San Dionisio II

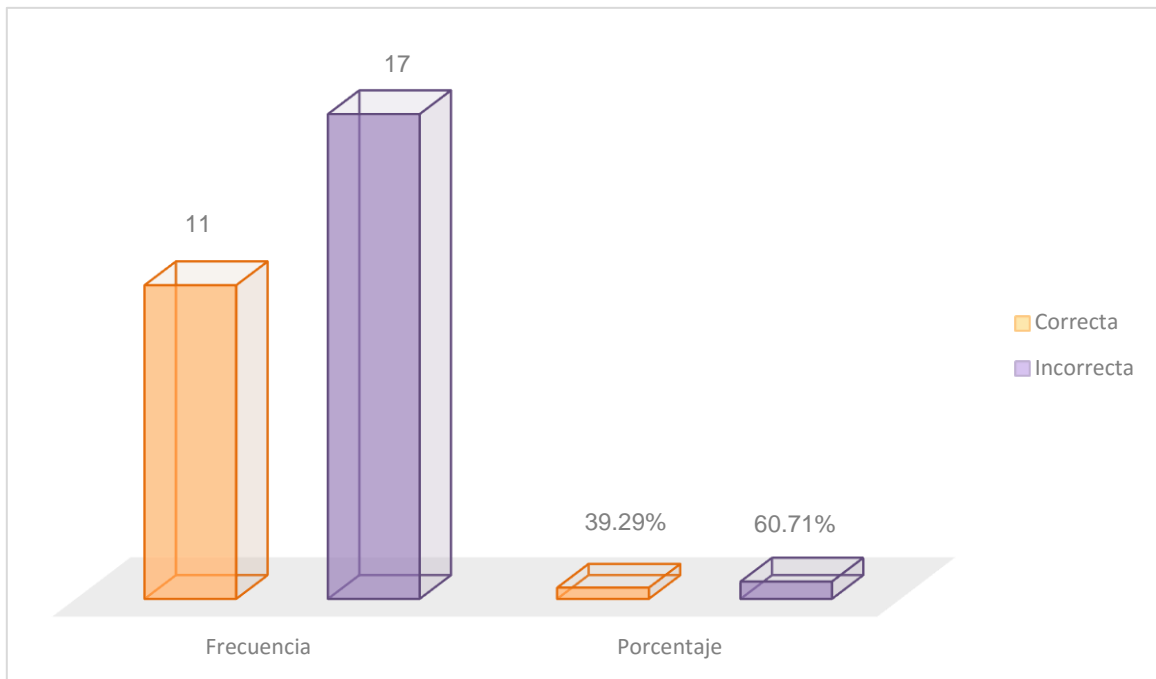


semestre 2017

Fuente: Encuesta

Grafico N°10

Tratamiento preventivo profiláctico según clasificación de riesgo para desarrollar

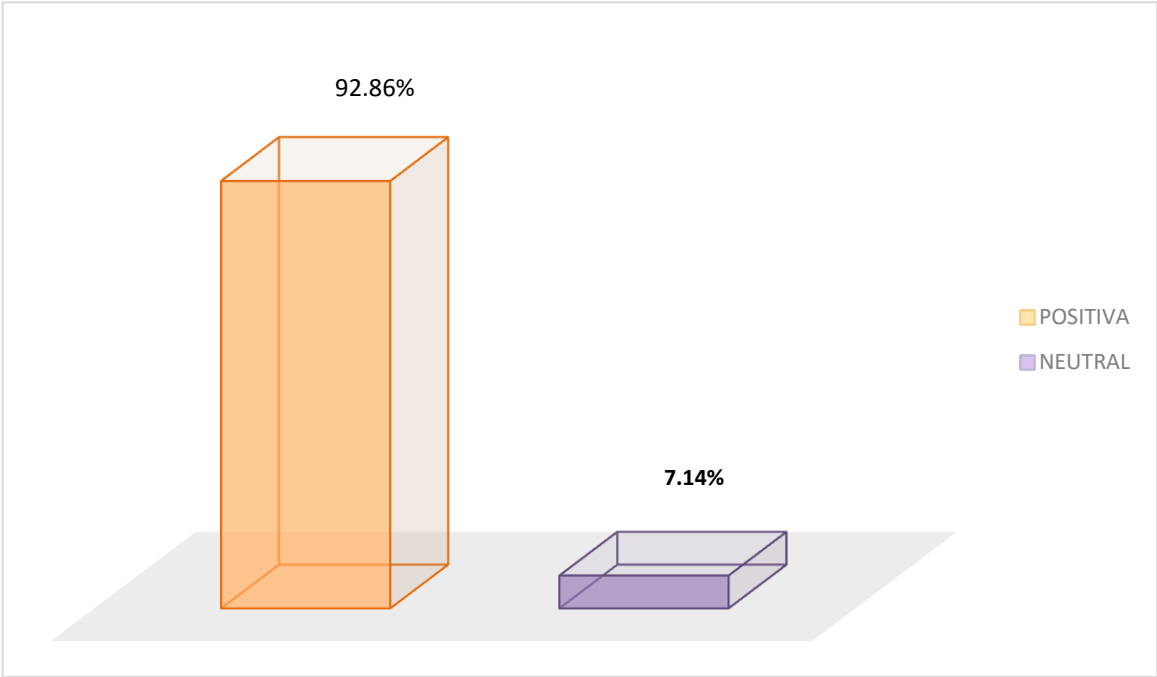


SHG

Fuente: Encuesta

Grafico N°11

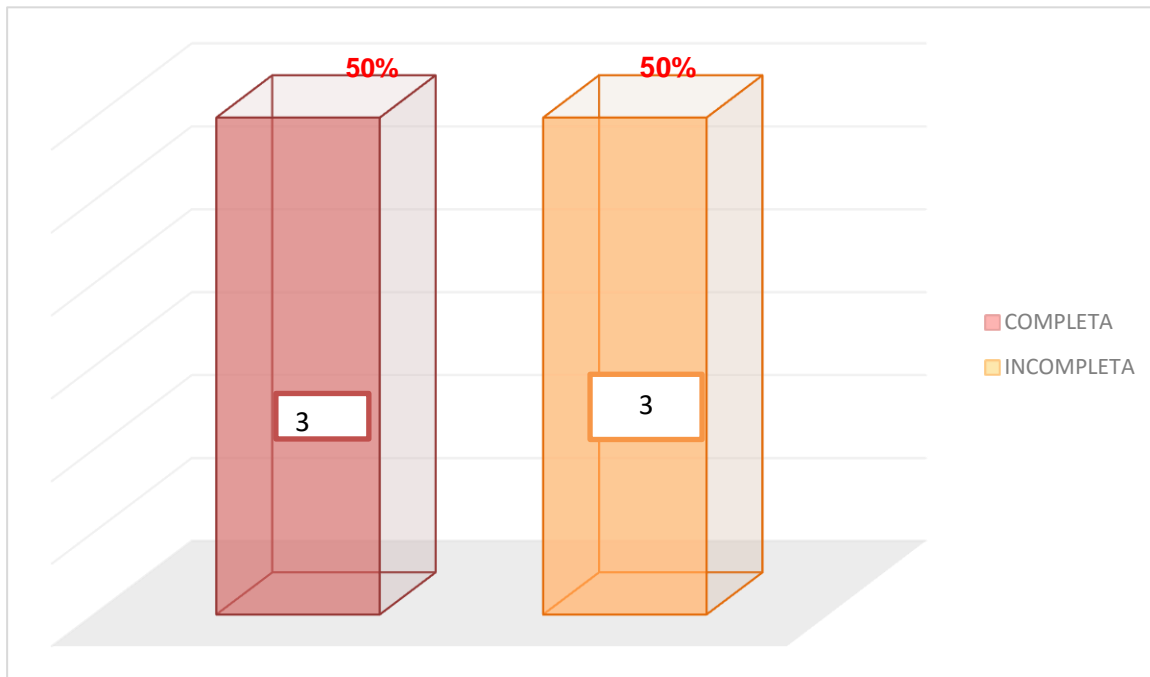
Actitud del personal que labora en las áreas de salud del municipio de San Dionisio



Fuente: Encuesta

Grafico N 12

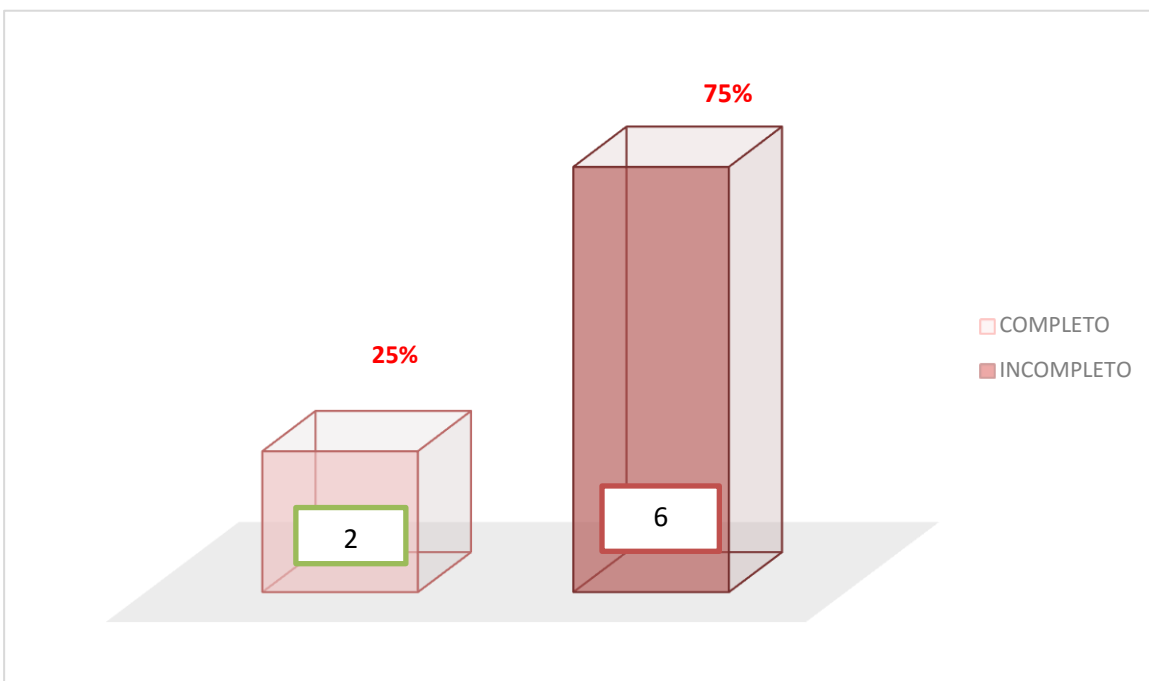
Practica del personal que labora en las áreas de salud del municipio de San Dionisio 1er APN



Fuente encuesta

Grafico N° 13

Practica del personal que labora en las áreas de salud del municipio de San

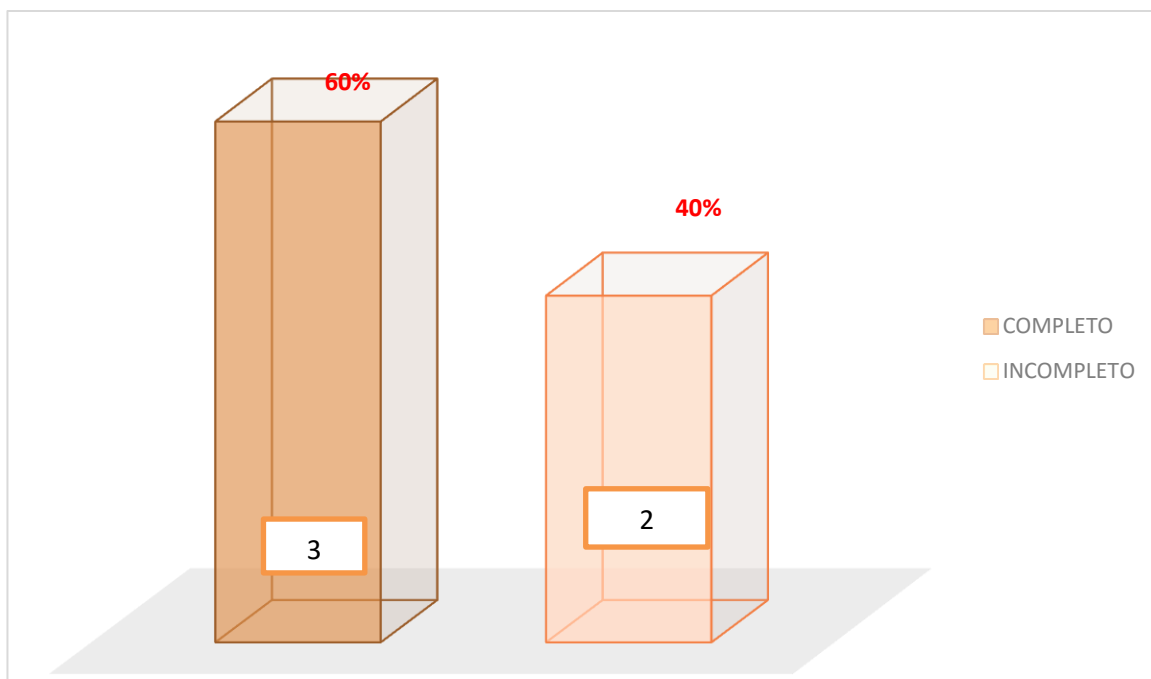


Dionisio 2do APN

Fuente: Encuesta

Gráfico: N° 14

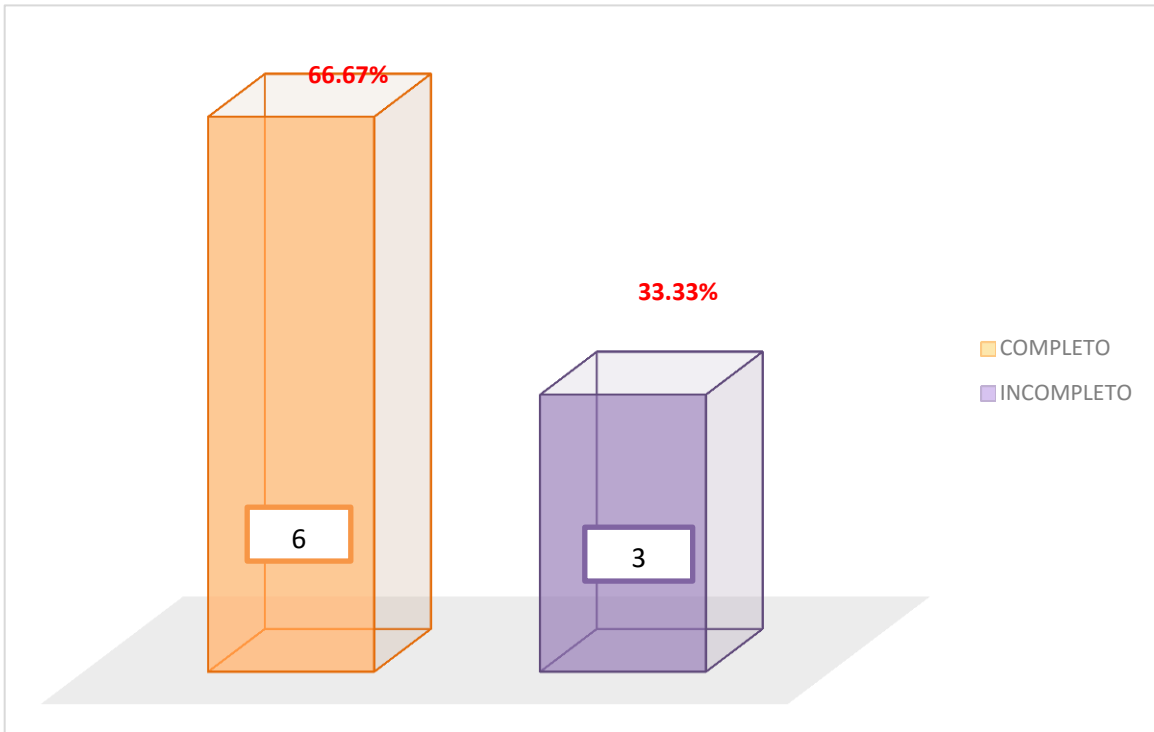
Practica del personal que labora en las áreas de salud del municipio de San Dionisio 3er APN



Fuente: Encuesta

Grafico N° 15

Practica del personal que labora en las áreas de salud del municipio de San



Dionisio 4to APN

Fuente: Encuesta

Anexo Nro. 5: Formulario de Clasificación del Riesgo

Criterios para Clasificar el Riesgo en la Atención Prenatal

Nombres y Apellidos: _____ Número de Expediente

Clínico: _____

Dirección: _____ Teléfono:

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

		1er APN		2º APN		3er APN		4º APN	
		N o	Si	N o	Si	N o	Si	N o	Si
Antecedentes Obstétricos									
1	Muerte fetal o muerte neonatal previas (28 SG – 7 días de vida)								
2	Antecedentes de 3 o más abortos espontáneos consecutivos								
3	Peso al nacer del último bebé menor de 2500 g								
4	Peso al nacer del último bebé mayor de 4500 g								
5	¿Estuvo internada por hipertensión arterial o pre eclampsia / eclampsia en el último embarazo?								
6	Cirugías previas en el tracto reproductivo (miomectomía, resección del tabique, conización, cesárea clásica, cerclaje cervical)/ Cesárea previa referir a las 36 SG								
Embarazo Actual		N o	Si	N o	Si	N o	Si	N o	Si

7	Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple							
8	Menos de 20 años de edad							
9	Más de 35 años de edad							
10	Isoinmunización Rh Negativa en el embarazo actual o en embarazos anteriores (Realizar Coombs en II y III trimestre)							
11	Sangrado vaginal							
12	Masa pélvica							
13	Presión Arterial Diastólica de 90 mm Hg o más durante el registro de datos							
Historia Clínica General		N o	Si	N o	Si	N o	Si	N o
14	Diabetes mellitus insulino dependiente							
15	Nefropatía							
16	Cardiopatía							
17	Consumo de drogas (incluido el consumo excesivo de alcohol)							
18	Cualquier enfermedad o afección médica severa. Por favor, especifique _____ _____ _____							

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

Prenatal de Alto Riesgo.

¿Es elegible para Atención Prenatal de Alto Riesgo?	N	SI	N	SI	N	SI	N	SI
	O		O		O		O	

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

Fecha: _____ Nombre: _____ Firma: _____
_____ (Personal responsable de APN)

Anexo Nro. 6: HISTORIA CLÍNICA PERINATAL.

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL - MINSA NICARAGUA

DATOS DE EMBAZÓN

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ FECHA DE NACIMIENTO: día mes año _____ ETNIA: blanca indígena mestiza negra otra

DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____ TELEF.: _____ EDAD (años): < 20 > 20 > 35

ESTUDIOS

casada unión estable soltera otro Nivel de estudios: primaria secund. univers. años en el mayor nivel

ESTADO CIVIL

vive sola no sí

Lugar del control prenatal: _____ Lugar del parto/aborto: _____ N° identificación: _____

ANTECEDENTES

FAMILIARES

TBC diabetes hipertensión preclampsia eclampsia otra cond. médica grave

PERSONALES

cirugía genito-urinaria infertilidad cardiopat. nefropat. violencia VIH+

OBSTETRICOS

gestas previas: _____ abortos: _____ vaginales: _____ nacidos vivos: _____ cesáreas: _____ nacidos muertos: _____

ULTIMO PREVIO: n/c < 2500g normal ≥ 4000g emb. ectópico

Antecedentes Múltiples

FIN EMBARAZO ANTERIOR

muertos 1° sem después 1° sem

EMBARAZO PLANEADO no sí FRACASO METODO ANTICONCEP. no sí

no usaba barrera DIU hormo natural emergencia

GESTACION ACTUAL

PESO ANTERIOR: _____ IMC: _____ TALLA (cm): _____

EG CONFIABLE por FUM Eco < 20 s. no sí

FUMA ACT. no sí FUMA PAS. no sí DROGAS. no sí ALCOHOL. no sí VIOLENCIA. no sí

ANTIRRUBEOLA previa no sí embarazo no sí

ANTITETANICA vigente no sí DOSIS 11 mes gestación

EX. NORMAL ODONT. no sí MAMAS no sí

CERVIX

Insp. visual normal anormal no se hizo

PAP: _____ COLP: _____

CHAGAS no sí

GRUPO Rh Inmuniz.

TOXOPLASMOIS

< 20 sem IgG + no se hizo ≥ 20 sem IgG + no se hizo 1° consulta IgM

GLUCEMIA EN AYUNAS

< 24 sem ≥ 92 mg/dl ≥ 24 sem

ESTREPTOCOCO B 35-37 semanas

PREPARACION PARA EL PARTO no sí

CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA no sí

ATENCIÓNES PRENATALES

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

PARTO **ABORTO**

FECHA DE INGRESO: día mes año _____ CONSULTAS PRE-NATALES total: _____

LUGAR DEL PARTO: Institucional Domiciliar Otros

HOSPITALIZ en EMBARAZO: no sí días: _____

CORTICOIDES ANTENATALES: completo parcial ninguna semana inicio

INICIO espontáneo inducido cesar elect.

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA: < 37 sem ≥ 37 sem hora min _____ temp. ≥ 38°C

EDAD GEST. al parto: semanas días _____ PRESENTACION SITUACION: cefálica pélvica transversa

TAMANO FETAL ACORDE: _____ ACOMPAÑANTE TDP P: pareja familiar otro ninguno

TRABAJO DE PARTO

hora min _____ posición de la madre: _____ PA: _____ pulso: _____ contr./10: _____ dilatación: _____ altura present.: _____ varedad posic.: _____ meconio: _____ FCF/dips: _____

ENFERMEDADES

HTA previa no sí HTA inducida embarazo no sí preclampsia no sí eclampsia no sí cardiopatía no sí nefropatías no sí diabetes no sí

infec. ovular no sí infec. urinaria no sí parto prer. no sí R.C.I.U. no sí rotura prem. de membranas no sí anemia no sí otra cond. grave no sí

HEMORRAGIA: 1° trim. no sí 2° trim. no sí 3° trim. no sí postparto no sí infec. puerperal no sí

TDP Prueba: _____ VIH: _____

NACIMIENTO

VIVO MUERTO anteparto parto ignora momento

MÚLTIPLE orden no sí

TERMINACION: espont. cesárea otra forceps vacuum

INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCIÓN O PARTO OPERATORIO: _____

POSICION PARTO

sentada acostada cullillas no sí

DESGARROS Grado (1 a 4): _____ OCITOCICOS prealumbr. postalumbr. no sí

PLACENTA completa no sí retenida

LIGADURA CORDON: precoz no sí

MECONIO: ocultos no sí en TDP no sí

ANTIBIOT. no sí ANALGESIA: anest. local no sí anest. regional no sí anest. gen. no sí

TRANSFUSION: no sí

OTROS especificar: _____

RECIEEN NACIDO

SEXO: f m PESO AL NACER: _____ LONGITUD: _____

EDAD GESTACIONAL: sem días _____ PESO E.G. _____

ADEC. vitam K no sí APEGO precoz

PROFILAXIS ocular

REANIMACION: estimulac. no sí aspiración no sí máscara no sí oxígeno no sí masaje no sí tubo

FALLECE en LUGAR de PARTO: no sí

REFERIDO: aló. cori. no sí neon. hosp. no sí tolog. hosp.

ATENDIDO médico obst. enf. auxil. estud. empír. otro _____ Nombre: _____

DEFECTOS CONGENITOS

menor no mayor

ENFERMEDADES

ninguna no sí código: _____

TAMIZAJE NEONATAL

VDRL Tto. no sí TSH Hbpatia Bilirub. Toxo IgM Meconio 1° día no sí

PUERPERIO INMEDIATO

día hora T°C PA pulso invol. uter. loquios

EGRESO RN

vivo fallece traslado fallece durante o en lugar de traslado

EDAD AL EGRESO días completos < 1 día

ALIMENTO AL ALTA: lact. excl. parcial artificial

Boca arriba no sí BCG

PESO AL EGRESO: _____

EGRESO MATERNO

trastado lugar: _____

viva fallece fallece durante o en lugar de traslado

ANTICONCEPCION: Antirrubeoла post parto yglobulina anti D

METODO ELEGIDO: DIU post-evento DIU barrera hormonal natural ninguno

EGRESO

Nombre Recién Nacido: _____ Responsable: _____

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

Descripción de códigos en el reverso

HCPSS/MP (Nicaragua) 2011

Anexo Nro. 7: Incremento de peso materno.

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

Anexo Nro.8: 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.

Anexo N° 9

Tabla N° 1

Edad del personal de salud

Edad	Frec	%
20-34 años	14	50
35-49 años	13	46.43
50 a mas	1	3.57
Total	28	100

Fuente: Encuesta

Tabla N°2

Perfil profesional del personal de salud

Perfil profesional	Frec	%
Enfermera Auxiliar	10	35.71
MOSAFC	6	21.43
Lic. Enfermería	4	14.29
Médico general	8	28.57
Total	28	100

Fuente: Encuesta

Tabla N°3

Experiencia laboral del personal de salud

Experiencia laboral	Frec	%
0-5 años	14	50
6-10 años	6	21.43
11-20 años	6	21.43
20 a mas	2	7.14
Total	28	100

Fuente: Encuesta

Tabla N°4

Conocimiento sobre concepto de APN

	Frec	%
Correcto	25	89.29
Incorrecto	3	10.71
Total	28	100

Fuente: Encuesta

Tabla N°5

Conocimiento del personal de salud sobre los requisitos básicos

	Frec	%
Correcto	25	89.29
Incorrecto	3	10.71
Total	28	100

Fuente: Encuesta

Tabla N°6

Clasificación de riesgo de la atención prenatal

	Frec	%
Correcto	27	96.43
incorrecto	1	3.57
Total	28	100

Fuente: Encuesta

Tabla N°7

Número de actividades de atención prenatal de bajo riesgo

	Frec	%
Correcto	11	39.29
incorrecto	17	60.71
Total	28	100

Fuente: Encuesta

Tabla N°8

Número de actividades de atención prenatal en ARO

	Frec	%
Correcto	12	42.86
incorrecto	16	57.14
Total	28	100

Fuente: Encuesta

Tabla N°9

Nueva clasificación del riesgo para desarrollar SHG

	Frec	%
Correcto	6	21.43
incorrecto	22	78.57
Total	28	100

Fuente: Encuesta

Tabla N°10

Tratamiento preventivo profiláctico según clasificación de riesgo para desarrollar SHG

	Frec	%
Correcto	11	39.29
Incorrecto	17	60.71
Total	28	100

Fuente: Encuesta

Tabla N°11

Actitud del personal que labora en las áreas de salud del municipio de San Dionisio

Intervalo	Frec	%
Positiva	26	92.86
neutral	2	7.14
total	28	100

Fuente: Encuesta/ guía de observación

Tabla N°12

Práctica del personal que labora en las áreas de salud del municipio de San Dionisio 1er APN

Intervalo	Frecuencia	%
completo	3	50
Incompleto	3	50
Total	6	100

Fuente: encuesta / guía de observación

Tabla N° 13

Práctica del personal que labora en las áreas de salud del municipio de San Dionisio 2do APN

Intervalo	Frecuencia	%
completo	2	25
Incompleto	6	75
Total	8	100

Fuente: encuesta / guía de observación

Tabla N°14

Práctica del personal que labora en las áreas de salud del municipio de San Dionisio 3er APN

Intervalo	Frecuencia	%
completo	3	60
Incompleto	2	40
Total	5	100

Fuente: encuesta / guía de observación

Tabla N° 15

Práctica del personal que labora en las áreas de salud del municipio de San Dionisio 4to APN

Intervalo	Frecuencia	%
completo	6	66.67
Incompleto	3	33.33
Total	9	100

Fuente: encuesta / guía de observación