

**“Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua”**

**Facultad de Ciencias Médicas.**



**Trabajo Monográfico para Optar al Título de Doctor en  
Medicina y Cirugía.**

**“Cumplimiento del Protocolo de Control Prenatal en  
Embarazadas de Bajo Riesgo Atendidas en el Centro de  
Salud Francisco Buitrago, Managua 2013.”**

**Autores:**

Br. Katerin Osiris Reyes Rivas.  
Br. Omri Moisés Quintana Ríos.  
Br. Kathleen Lineth Lacayo Hernández.

**Tutora:**

Yadira Medrano Moncada. *MSP*  
Profesora Titular, Unan - Managua.

**Asesora Estadística:**

Pilar Marín. *MSP*  
Profesora Titular, Unan - Managua.

Managua, Nicaragua 6 de Septiembre 2016.

## Dedicatoria.

Dedico este trabajo de tesis a **DIOS** primeramente.

A mi hijo.

A mis padres, William Lacayo y Magdalena Hernández.

A mi amor José René Rodríguez.

A mis amigos Omri Moisés Quintana Ríos, Isamar Torrez, Katerin Osiris reyes, Sonia Urbina, Karina Gutiérrez, Grethel Palacios y Silvio García.

Gracias.

*Kathleen Lacayo.*

## Dedicatoria.

A **Dios** y la Virgencita por iluminar mi mente, consolar mi corazón y acogerme bajo su manto... gracias por la fuerza que me han dado para superar cada prueba.

A mi madre Marisol Rivas Arauz ser maravilloso que me ha dado la vida, y a mi otra madre María Auxiliadora Arauz gracias por su apoyo y amor incondicional, espero ser siempre un orgullo para ustedes, mi corazón late impulsado por su amor, no sé si soy la mejor hija pero si sé que ustedes son las mejores madres que pude tener, siempre estaré agradecida con Dios por crecer con ustedes!

A mi hermanito Joahnnny Klaus Peter, mis victorias siempre serán tuyas también, el lazo que nos une será inquebrantable!

A mi primo Miguel Ángel, que esta meta superada sirva de ejemplo de que con trabajo y paciencia todo es posible, gracias por su apoyo y cariño.

A mis compañeros de tesis y amigos Omri, Kathleen gracias por su paciencia y a mis amigas Isamar Torrez, Marjorie Ordoñez que son parte de mi tesoro!

A todos los pacientes y sus familiares que han sido parte de mi formación, por ustedes espero ser cada día mejor profesional.

*Katerin Reyes.*

## Dedicatoria.

Dedico esta tesis en primer lugar a **DIOS** quien me ayudo en estos años de estudio en la facultad de Medicina.

A la amada iglesia universal de Jesucristo.

### **A mis familiares:**

A mis padres, hermanos, mi tía Alida Quintana, Isabel Cuaresma.

### **A mis amigos y compañeros:**

A mi querida y amante blanquita cajina, Graciela Arostegui, Isamar Torrez, Marjorie Ordoñez, Isabela Martínez, Katerin Reyes, Kathleen Lacayo, María Pichardo, Leyda Alemán, Rebeca Alemán, Marbelle Díaz, Ivania González, Marjourie Centeno, katerin picado, Carol Corea, Karina Sevilla, Silmara Tijerino, Elia Amador, Morelba Lanuza, Katherine Castro, Roxana Navarrete, Jefry Chávez, Javier Mendieta, Manuel Rodríguez, Christian A. Rivas, Heyner Méndez, Orlando Toruño, José Tomás Vilchez, Lenin Ramos, Gabriel Villavicencio.

Jackeline Toribio quien es una compañera de la Facultad de Medicina quien ha demostrado ser una joven ejemplar, luchadora, esforzada en todos los retos de esta vida y por lo cual la miro como una gran persona de un excelente ejemplo a seguir.

Ingrid Geraldine Madrigal Urbina por su amor y su cariño de compañera de clases incondicionalmente.

Y por último y no menos importante a mi amigo Walter Laguna y que **DIOS** lo bendiga siempre.

Muchísimas gracias a todos.

*Omri M. Quintana R.*

## Agradecimientos.

Agradecemos en primer lugar a **DIOS PADRE, DIOS HIJO Y DIOS ESPIRITU SANTO**, por habernos dado la sabiduría e inteligencia para poder culminar estos estudios de Doctor en Medicina y Cirugía en la facultad de Medicina.

A nuestros padres por su apoyo incondicional y fraternal.

A nuestra tutora la Licenciada Yadira Medrano Moncada, a nuestra asesora estadística la licenciada Pilar Marín, a la Licenciada Calero por su incondicional ayuda en esta tesis, por último y no menos importante al doctor Colindres por darnos ánimo y apoyo.

A los pacientes que nos colaboraron para estudiarlos, ya que son el mejor libro abierto de Medicina.

A nuestros queridos amigos de la facultad de medicina que estuvieron en las buenas y en las malas.

Y se les agradece a todos aquellos que influyeron en nuestro aprendizaje médico.

Gracias y que el **SEÑOR DIOS** les bendiga mucho.

## Opinión del tutor

Tengo a bien presentar el informe final “ APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DEL CONTROL PRENATAL DE BAJO RIESGO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD FRANCISCO BUITRAGO, MANAGUA 2013.

Los autores son: Bachilleres Omri Moisés Quintana Ríos, Kathleen Lineth Lacayo Hernández y Katerin Osiris Reyes Rivas, egresados de la facultad de Ciencias Médicas de la UNAN-MANAGUA.

Por mi parte el informe puede ser defendido ante el tribunal nombrado por las autoridades.

Felicito a los autores por la conclusión de su trabajo.

*Yadira Medrano Moncada.* MSP

Profesora Titular, UNAN-MANAGUA

Cc/Archivo

## Resumen.

El objetivo del estudio es evaluar el cumplimiento del protocolo del control prenatal en embarazadas de bajo riesgo atendidas en el centro de Salud "Francisco Buitrago", Managua 2013. Fue un estudio observacional, descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 267 mujeres las cuales fueron seleccionadas mediante la técnica muestral de tipo probabilístico el cual fue un muestreo aleatorio simple. La información se compiló por medio de una ficha de recolección de datos que fue previamente elaborada y validada. En el análisis de la información se utilizó las tablas generadas y se describió los resultados obtenidos. Las mujeres en estudio eran de la zona urbana en un 100.0% y un 22.8% tenían su secundaria aprobada; en los exámenes de rutina que se envían, la mayoría fueron enviados en tiempo y forma a excepción de la reagina rápida de plasmina (RPR), el toxotest en el primer trimestre del embarazo de las pacientes; con respecto al abordaje terapéutico en todas se indicó en el primer trimestre su tratamiento adecuado (sulfato ferroso más ácido fólico); en el segundo trimestre se indicó Albendazol al 65.9% de las pacientes, el calcio y la aspirina al 100%; en el tercer trimestre se indicó al 100% el calcio y aspirina, al 98.9% sulfato ferroso más ácido fólico y se prescribió el Albendazol al 14.6% de las gestantes en este último trimestre; en relación a los exámenes de indicación según protocolo de la tercera atención prenatal, al 100.0% de las pacientes no se les indicó la prueba de VIH/SIDA, y en el 98.1% no se indicó la prueba de Reagina Rápida de Plasmina (RPR), por lo cual se orienta al personal de salud la necesidad de aplicar el cumplimiento de dicho protocolo en lo concerniente a dichos acápite ya que estos son de suma importancia.

## Contenido

Capítulo I - Generalidades .....	8
1.1 Introducción .....	8
1.2 Antecedentes.....	9
1.3 Justificación .....	17
1.4 Planteamiento del problema. ....	18
1.5 Objetivos. ....	19
1.6 Marco teórico.....	20
Capítulo II - Diseño Metodológico.....	47
2.1 Tipo de estudio .....	47
2.2 Determinación del universo.....	47
2.3 Marco Muestral.....	47
2.4 Técnicas y procedimientos.....	50
2.5 Plan de tabulación .....	50
2.6 Aspectos éticos .....	51
2.7 Plan de análisis (cruce de variables).....	51
2.8 Enunciado de variables del estudio .....	52
2.9 Operacionalización de las variables .....	53
Capítulo III – Desarrollo.....	56
3.1 Resultados .....	56
3.2 Discusión.....	61
3.3 Conclusiones.....	67
3.4 Recomendaciones .....	68
Capítulo IV – Referencias Bibliográficas .....	69
4.1 Bibliografía Básica .....	69
Capítulo V – Anexos .....	71
5.1 Cuadros y gráficos.....	72
5.2 Instrumento de recolección de la información.....	91



## Capítulo I - Generalidades

### 1.1 Introducción

La Atención Prenatal precoz, se inicia desde el momento en que la madre sospecha la gestación, debiéndose garantizar cuatro atenciones prenatales. Es muy importante también enfatizar en los aspectos de calidad, que constituye un componente importante para poder identificar e interpretar de forma óptima los hallazgos encontrados y poder realizar de forma oportuna las intervenciones necesarias tanto diagnósticas como de atención inmediata y de referencia.

En los objetivos de las atenciones prenatales deben garantizar el derecho a que la madre y su hijo alcancen al final de la gestación un adecuado estado de salud, por lo que es necesario brindar una atención que contribuya a la detección de cualquier complicación, procurando así disminuir la morbi-mortalidad materna y perinatal. Para esto hay que lograr efectuar una atención precoz, periódica, continua, completa y de buena calidad.

A nivel mundial medio millón de mujeres mueren al año por causas asociadas al embarazo, parto o puerperio. El 99% de estas muertes maternas ocurren en países pobres. En América Latina cerca de 22,000 mujeres fallecen anualmente por estas causas que representan el 4% de las muertes totales. Pese a todos los esfuerzos y a las políticas públicas, las cifras de progreso son menos alentadoras para las regiones en desarrollo. El riesgo de morir aumenta 30 veces más para las mujeres embarazadas que viven en regiones en desarrollo contra las que viven en regiones desarrolladas (1: 1687 vs. 1: 51).

En Nicaragua, la mortalidad materna e infantil continúa siendo el principal problema de salud. En los SILAIS del Centro, Norte y de la Costa Atlántica se concentran las mayores tasas de muerte materna. La mayoría de estas muertes ocurren durante el parto y puerperio, el común denominador de estas muertes oscilan entre las edades 20 y 34 años, son pobres, con bajo nivel educativo o analfabetas, es por eso que se hace hincapié en una buena atención prenatal. (Margarita Gurdián López, 2013)

## 1.2 Antecedentes

En una investigación realizada en Noviembre 2004 titulado “ Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo ” realizado por los autores Villar J, Carroli G, Khan Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M, Se incluyeron diez estudios clínicos con más de 60.000 mujeres. Siete estudios clínicos evaluaron el número de consultas clínicas prenatales y tres evaluaron el tipo de prestador de salud. La calidad de la mayoría de los estudios era aceptable. La reducción del número de consultas prenatales no estuvo asociada con un aumento en ninguno de los resultados negativos perinatales y maternos que se revisaron. Sin embargo, los estudios clínicos realizados en países desarrollados sugieren que es posible que las mujeres estén menos satisfechas con la reducción del número de consultas y consideren que la atención no cubrió sus expectativas.

La reducción en el número de consultas para el control prenatal se podría implementar, independientemente de la importancia asignada al contenido de las mismas, sin que se produzca un aumento de los resultados biológicos adversos en la madre o el neonato.

Las mujeres se mostraron más conformes con el control prenatal provisto por una partera o un médico generalista. La efectividad clínica de la atención a cargo de parteras o médicos generalistas fue similar a la brindada en forma conjunta por ginecólogos, aunque en ambos casos la efectividad clínica fue similar. (Villar J, 2004)

En otro estudio sobre “El Control Prenatal y el Desenlace Materno Perinatal” por Oswaldo Tipiani y Cristina Tomatis en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, en Lima, Perú entre el 1 de agosto y el 30 de octubre de 2005.

Se estudió 455 pacientes, de las cuales 340 tenían, de acuerdo al índice de Kessner, un CPN adecuado o intermedio, y 115 de las gestantes tenían un CPN inadecuado (74,7% y 25,3%, respectivamente).

Al estudiar las características materno-perinatales, el control inadecuado representa un importante factor de riesgo para la prematuridad y para el peso bajo al nacer ( $p < 0,01$ ). No hay diferencia significativa entre aquellas con CPN adecuado o intermedio y aquellas con CPN inadecuado, con respecto a patologías prenatales.

Al estudiar el número de CPN, independientemente de la semana gestacional (sin considerar el índice de Kessner), se observa una relación directa entre el número de CPN y el grado de instrucción; es decir, existe menor número de visitas para el CPN en gestantes con menor grado de instrucción; esto no se relaciona con la edad materna, la multiparidad, ni el estado civil. (Oswaldo Tipiani, 2006).

Un estudio realizado por Díaz O., Suellen, que trata del “Control prenatal como antecedente en la morbimortalidad neonatal en el Hospital Universitario DR. Luis Razetti en Barcelona, de octubre a Diciembre del 2008, que el 66,04% de las madres del grupo estudiado no se realizaron el control prenatal o lo asistieron de forma inadecuada, y se ha demostrado que el cuidado prenatal es un factor de riesgo que puede ser modificado, reduciendo así las situaciones que puedan condicionar una elevada morbimortalidad. (Díaz, 2008)

En una investigación realizada por Stanziola Ramos Linette, en “La calidad de la aplicación de las normas de atención prenatal brindada por el personal de salud a las madres de los niños menores de un año fallecidos en el centro de Coto Brus, Costa Rica en el año 2009” que la atención prenatal brindada a las madres de los niños fallecidos, no hubo un cumplimiento total de las normas existentes ni fueron captadas adecuadamente durante su embarazo, ya que un 36% se captó en forma

tardía y un 14% ni siquiera se captó y que no se refirieron los casos que lo ameritaban al nivel correspondiente de complejidad. (Stanziola., 2009)

Otro estudio realizado por Munares García, Oscar sobre “La calidad del control prenatal en el establecimientos de salud del primer nivel de atención de Lima, Perú en el año 2009”, es que en los controles prenatales de centros de salud del primer nivel de atención de Lima, las dimensiones adecuadas fueron la accesibilidad, seguridad y competencia profesional. Las dimensiones inadecuadas fueron la capacidad del profesional, eficacia, satisfacción del cliente, eficiencia, continuidad y comodidades. (Garcia, 2009)

En un estudio descriptivo dirigido a mujeres gestantes realizado por Katerinne Lisette Castaño, en Bogotá, Colombia en la localidad del chapinero, titulado “Calidad de la atención del control prenatal en una institución prestadora de servicios en el cual se evaluó la calidad de la atención prenatal percibida por las usuarias, en el cual se tuvieron en cuenta ciertos aspectos: asistencia al control prenatal, tipos de exámenes de laboratorios, educación en salud y actividades complementarias (vacunación, entre otros). (Castaño, 2009)

En el estudio dirigido por Ochoa Espinoza, Inés, sobre “Mejoramiento en la calidad de atención de enfermería en la mujer embarazada y recién nacido del centro Obstétrico del Hospital Homero Castañier Crespo Azogues- Cañar 2010” que con la capacitación brindada se mejoró los conocimientos del personal de salud del centro obstétrico, evidenciando un cambio positivo de actitud en el personal. (Espinoza, 2010)

En un presente Estudio descriptivo transversal realizado entre agosto 2010 y enero 2011, titulado “Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia” se incluyeron a todas las puérperas hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia Lima, Perú que

aceptaron participar libremente en el estudio previa firma de consentimiento o asentimiento afirmado. Se excluyeron del estudio a las que acudieron a su primer CPN por algún síntoma o signo de alarma. El muestreo fue no probabilístico por saturación. Se consideró CPN inadecuado, la ausencia de un mínimo de 6 visitas distribuidas según el cronograma propuesto por el Ministerio de Salud.

Se revisó la historia clínica, carnet materno perinatal (CLAP) y se realizó una entrevista a cada una de las participantes. Se registraron datos de factores epidemiológicos: Edad, estado civil, grado de instrucción; socio-económicos: Tiempo de convivencia con la pareja, ocupación actual de la paciente, dependencia económica, residencia urbana o rural, acceso a un centro de salud, nivel de instrucción, ocupación en el último año del principal sostén del hogar, falta de dinero para exámenes auxiliares y medicamentos; y factores maternos: Paridad, embarazo planificado, complicaciones durante el embarazo y tratamiento recibido. Se comparó un grupo con control prenatal inadecuado con un grupo con control prenatal óptimo.

El estudio incluyó a 384 puérperas. Se muestran las características epidemiológicas, socioeconómicas y maternas de las pacientes incluidas en el estudio. La edad promedio fue 26,4 años, 70 (18,2%) eran adolescentes y 60 (15,6%) mayores de 35 años. El 71,6% era conviviente y el 50% tenía secundaria completa.

Sólo 28 puérperas (7,4%) tuvieron CPN adecuado, 111 (28,9%) tuvieron entre 1 a 5 controles y 22 (5,7%), ninguno. El 66,1% realizaron más de 6 visitas, 37,8 % tuvieron su primer control antes de las 12 semanas de gestación y 63% lo hizo antes del cuarto mes de gestación.

Se muestra los factores estudiados en los grupos de control prenatal adecuado e inadecuado. Sólo se encontró diferencia estadísticamente significativa en la paridad y en el ser primigesta. La paridad mayor a 2 se asoció a CPN inadecuado ( $p=0,02$ ), mientras que el ser primigesta a mayor frecuencia de CPN adecuado ( $p=0,004$ ).

Se observó la comparación de los factores estudiados entre las puérperas con 6 a más CPN y con 0 a 5 CPN. Las pacientes cuyo principal sostén del hogar tenía secundaria completa o estudios superiores presentaban mayor número de CPN ( $p=0,034$ ), y las que planificaron su embarazo tuvieron con mayor frecuencia más de 6 controles prenatales ( $p=0,003$ ). (Claudia Arispe, 2011)

La investigación ejecutada por Milena Noguera, Astrid, sobre "Evaluación de la calidad de la atención del programa de control prenatal a partir de la atención brindada a las usuarias en el centro de Salud Suroccidente de la ESE Popayán en Enero 2011 - Junio 2011", se presentaron elementos que afectan la calidad de atención realizada a las maternas durante su CPN, evidenciadas tanto en los procesos asistenciales como en los administrativos ya que el recurso humano que atiende controles prenatales no es suficiente con relación a la demanda de gestantes y el tiempo de duración de la consulta no permite una interacción fuerte con la paciente. (Noguera, 2011)

En una investigación realizada por Irene Esguerra de Cárdenas y Carmen Rosa Esguerra Velandia en el Instituto Materno Infantil de Santafé de Bogotá, se realizó un estudio de tipo descriptivo sobre "Causas por las cuáles las gestantes acuden tardíamente al control prenatal, reciben un número bajo de controles o no reciben ninguna atención de salud durante la gestación".

Para ello se realizó una encuesta a 158 madres que estuvieron hospitalizadas en el servicio de puerperio durante el mes dedicado a la recolección de información y que cumplían con los criterios de selección establecidos. Además de las investigadoras participaron en esta etapa cinco estudiantes que cursaban la asignatura de Metodología de la Investigación. Los análisis de datos permiten destacar la presencia de factores biológicos, psicológicos y socioculturales como condicionantes de la inasistencia o asistencia tardía al control prenatal.

De las 158 gestantes de la muestra 85 no tuvieron ningún control prenatal, 39 asistieron a una consulta, 26 a dos controles y 8 alcanzaron a recibir tres controles

pero tardíamente. Las madres de la muestra se encuentran en su mayor parte en edades consideradas de bajo riesgo reproductivo (20 a 31 años), predomina la unión de hecho y proceden de Bogotá. El índice de escolaridad es bajo y el mayor porcentaje se dedica a labores de hogar y servicio doméstico, de donde se desprende un bajo nivel de ingreso. (Cardenas., 2011)

En un estudio titulado "Características de las adolescentes embarazadas según las diferentes etapas de la adolescencia y su relación con el primer control de su embarazo en la policlínica del adolescente del Hospital Pereyra Rossell". Realizado en el instituto Nacional de Enfermería. Montevideo. Agosto de 1999. Montevideo, Uruguay. El 27% son madres adolescentes, de los cuales casi la mitad (un 10%) son jóvenes menores de 15 años (en instituciones privadas este porcentaje alcanza el 3,5% y son escasos los partos en menores de 15 años).

"La mayoría de ese 27% ingresa con dos, tres y cuatro partos anteriores y un 17% no tuvo contacto previo al parto, con el equipo de salud (médicos, parteras, enfermeros, otros).

El 43% del total de las primíparas del Hospital de la Mujer Centro Hospitalario Pereyra Rossell son menores de 19 años, no trabajan y provienen de familias desintegradas, son solteras o abandonadas por sus compañeros.

Según cifras oficiales, a nivel del Ministerio de Salud Pública desde el año 1994 al año 1999, en Montevideo:

El porcentaje de embarazos no controlados paso en el Centro hospitalario Pereyra Rossell (donde se producen el 30% de los partos institucionales del país), de 26% a 17%, lo cual supone una reducción del 35%. En las embarazadas esta reducción fue del 41,3%.

El porcentaje de embarazadas bien controladas (con 5 o más controles) se incrementó en un 20,2%, y un 19,5% en el caso de las adolescentes.

El porcentaje de captación del embarazo antes de las 20 semanas se incrementó de 44,2% a 52,1%, con una variación de más de 18%; en el caso de las embarazadas adolescentes esta variación fue del 19%. (Ferreira., 2012).

En otro estudio realizado en La libertad, Ecuador por Rodríguez, Magdalena sobre “Cumplimiento y aplicación de las normas de atención del puerperio por el personal de enfermería en el Hospital Dr. Rafael Serrano López, 2011-2012”, de acuerdo a los resultados obtenidos el personal de enfermería tiene conocimientos sobre las normas de atención en el puerperio estipulado por el Ministerio de Salud pero no las cumple. (Rodríguez, 2012)

En otro estudio que realizaron los investigadores de la Universidad Manuela Beltrán hallaron, por medio de un estudio, las principales causas por las que un gran porcentaje de madres colombianas de los estratos más bajos, no asisten o dejan de acudir a los controles prenatales durante el embarazo, lo que pone en aumento las muertes maternas, que hoy en día es tema de preocupación de la OMS<sup>1</sup>.

Entre ellas se encontró que las adolescentes entre los 10 y 18 años son poco responsables con su embarazo, debido a que en muchos casos su bebé es no deseado, son madres solteras, no cuentan con el apoyo necesario y en muchos casos carecen de información sobre la importancia de tener un control de su estado.

---

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud.



Un grupo de auditoria clínica de la Universidad Manuela Beltran, en cabeza del médico cirujano, magíster en salud pública, Leonard Maiguel, realizó un estudio en las localidades más vulnerables de Bogotá, de donde tomaron a 100 mujeres que no asistieron a ningún control prenatal y encontraron varias similitudes en las causas.

“El estudio se centró en madres de diferentes localidades de Bogotá de los estratos 1, 2 y 3 que asisten al régimen subsidiado. Hallamos que la cobertura es muy amplia, por encima del 65% como puede pasar en Suiza, pero debemos analizar más estos datos”, afirmó a Colprensa el especialista.

Solo un 40% de las madres encuestadas, asiste a los controles prenatales recomendados, el porcentaje restantes admitió que la principal causa por la que no visitan un médico es porque no reciben la atención adecuada que necesitan, es decir, hay muy poca calidez en la atención por parte del personal médico como el administrativo. (Maigl, 2013).

En un estudio realizado por Wong Blandón, Yudi Cols, sobre “Percepción de la Calidad de la atención prenatal de los Servicios de Salud: perspectivas de los usuarios en Matagalpa durante noviembre 2002”, se evidencio que la calidad de la Atención sigue siendo insatisfactoria. (Wong Blandón, 2002)

### 1.3 Justificación

El control prenatal se considera un factor importante porque permite evaluar, reconocer factores de riesgos y comorbilidades durante el momento de la gestación. La presente norma y protocolo de atención prenatal, parto y puerperio de bajo riesgo y de recién nacido está dirigida 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 con el fin de incidir en la identificación de factores de riesgo en los cuales podemos incidir, para reducir las muertes. (“Normas y Protocolos para la Atención Prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de Bajo Riesgo”, 2008)

Es indispensable contar con la suficiente información de la paciente embarazada para que permita al personal de salud que la atiende conocer el estado de gestación y preparar condiciones para un manejo adecuado y seguimiento por otras especialidades correspondientes al estado en que se encuentre la paciente para que se lleve una adecuada atención y disminución de mortalidad materna.

Es por eso necesario realizar un adecuado control prenatal porque esto sirve y permitirá disminuir complicaciones futuras y los costos de hospitalizaciones de embarazos complicados.

He aquí la razón necesaria de que el Ministerio de Salud de Nicaragua, para garantizar una buena calidad de la salud de las embarazadas, diseñó un presente protocolo para la atención de las embarazadas de bajo riesgos, los cuales pretenden homogenizar el accionar del personal profesional y técnico con el propósito y la utilidad de unificar el proceso de atención y fortalecer la capacidad del personal de los servicios de salud.

#### 1.4 Planteamiento del problema.

En Nicaragua en el año 2012, la cobertura de atención prenatal fue de un 91% (según ENDESA 2011) con predominio en las zonas urbanas y aunque en los servicios públicos se han hecho esfuerzos para mejorar la atención perinatal, estos han resultado insuficientes para hacer que los servicios se tornen más eficientes y efectivos. (Instituto Nacional de Información de Desarrollo, 2013)

En el Centro de Salud “Francisco Buitrago” en el año 2013 asistieron unas 4,098 mujeres embarazadas de las cuales 3,567 fueron de alto riesgo obstétrico y solo 531 (15,0%) pacientes fueron embarazos de bajo riesgo y esto fue debido a que las mujeres se descuidaban de asistir a sus controles prenatales entre otros problemas de índole de salud y sociales, es por eso que se plantea lo siguiente:

**¿Cuál es el grado de cumplimiento del protocolo de Control Prenatal en embarazadas de bajo riesgo atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago, Managua 2013?**

## 1.5 Objetivos.

### Objetivo General.

- Evaluar el cumplimiento del protocolo de Control Prenatal en embarazadas de bajo riesgo atendidas en el Centro de Salud "Francisco Buitrago", Managua 2013.

### Objetivos Específicos.

- Caracterizar demográficamente a las embarazadas en estudio.
- Describir el abordaje diagnóstico de las embarazadas en estudio.
- Identificar el abordaje terapéutico utilizado en las embarazadas en estudio.

## 1.6 Marco teórico

Generalidades del embarazo.

El embarazo o gravidez (del latín *gravitas*) es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, el momento del parto en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.

El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno. En teoría, la gestación es del feto y el embarazo es de la mujer.

En la especie humana las gestaciones suelen ser únicas, aunque pueden producirse embarazos múltiples. La aplicación de técnicas de reproducción asistida está haciendo aumentar la incidencia de embarazos múltiples en los países desarrollados.

El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses). El primer trimestre es el momento de mayor riesgo de aborto espontáneo; el inicio del tercer trimestre se considera el punto de viabilidad del feto (aquel a partir del cual puede sobrevivir extraútero sin soporte médico).

En 2007 el Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) definió al embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del conceptus en la mujer. El embarazo se inicia en el momento de la nidación y termina con el parto. La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación) Entonces el blastocito atraviesa el endometrio uterino e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la

superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación.

Se denomina embarazo ectópico o extrauterino al que se produce fuera del útero, por una implantación anómala del óvulo fecundado (habitualmente en alguna de las dos trompas de Falopio) y con mucha menos frecuencia en la cavidad peritoneal (embarazo abdominal) y otros sitios.

El embarazo se produce cuando un espermatozoide alcanza y atraviesa la membrana celular del óvulo, fusionándose los núcleos y compartiendo ambos su dotación genética para dar lugar a una célula huevo o cigoto, en un proceso denominado fecundación. La multiplicación celular del cigoto dará lugar al embrión, de cuyo desarrollo deriva el individuo adulto.

La embriología es la parte de la medicina que estudia el complejo proceso de desarrollo embrionario desde el momento de la fecundación hasta la formación del feto, que es como se denomina al organismo resultante de este desarrollo cuando aún no ha tenido lugar el parto.

Dentro del útero, el feto está flotando en el líquido amniótico, y a su vez el líquido y el feto están envueltos en el saco amniótico, que está adosado al útero. En el cuello del útero, se forma un tapón de mucosidad densa durante el embarazo para dificultar el ingreso de microorganismos que provoquen infección intrauterina. Este tapón será expulsado durante el inicio del trabajo de parto.

Mientras permanece dentro, el cigoto, embrión o feto obtiene nutrientes y oxígeno y elimina los desechos de su metabolismo a través de la placenta. La placenta está anclada a la pared interna del útero y está unida al feto por el cordón umbilical. La expulsión de la placenta tras el parto se denomina alumbramiento.

De acuerdo a su desarrollo, el embarazo se suele dividir en tres etapas de tres meses cada una, con el objetivo de simplificar la referencia a los diferentes estados de desarrollo del feto.

Durante el primer trimestre el riesgo de aborto es mayor (muerte natural del embrión o feto). Esto tiene mayor incidencia en embarazos conseguidos mediante fecundación in vitro, ya que el embrión implantado podría dejar de desarrollarse por fallos en los cromosomas heredados de los gametos de sus progenitores.

Durante el segundo trimestre el desarrollo del feto puede empezar a ser monitorizado o diagnosticado.

El tercer trimestre marca el principio de la viabilidad aproximadamente después de la semana 25 que quiere decir que el feto podría llegar a sobrevivir de ocurrir un parto prematuro, parto normal o cesárea.

Los cálculos para determinar la fecha probable del parto (FPP) se realizan usando la fecha de la última menstruación o por correlaciones que estiman la edad gestacional mediante una ecografía. La mayoría de los nacimientos ocurren entre la semana 37 y 42 después del día de la última menstruación y solo el 5 % de mujeres dan a luz el día exacto de la fecha probable de parto calculada por su profesional de salud.

Usando la fecha de la última menstruación, se le añade siete días y se le resta tres meses, dando la fecha probable de parto.

El principio del embarazo es detectado con la presencia de la hormona gonadotropina coriónica humana (hCG) que es producida por embrión después de la concepción y posteriormente por el plasma materno (la placenta), esta hormona aparece en la sangre y en la orina de las mujeres embarazadas hasta 10 días después de la concepción y esta puede ser detectada por medio de análisis de orina y de sangre. Ambos tipos de prueba solamente pueden detectar si la mujer está o no embarazada, pero no la fecha de inicio del embarazo. (Hicks, 2013)

## Estadísticas Nacionales.

Según informe preliminar de ENDESA 2011/12.

La tasa global de fecundidad es de 2.4.

La tasa global de fecundidad deseada es de 1.8.

Edad mediana de las mujeres de 15-49 años, a su primera relación sexual es 16.8.

Porcentaje de mujeres actualmente embarazadas de 15 - 49 años es 4.8.

Porcentaje de adolescentes de 15-19 años que alguna vez han estado embarazadas es 24.4.

Número promedio de niños nacidos vivos de mujeres 45 a 49 años es 4.6.

Porcentaje de las mujeres actualmente unidas que actualmente usan un método anticonceptivo es 80.4. (Instituto Nacional de Información de Desarrollo, 2013)

## Definiciones.

Atención Prenatal: Es la serie de visitas programadas de 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/a recién nacido/a. La atención debe ser precoz, periódica, continua, completa, de amplia cobertura, con calidad y equidad.

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



La atención prenatal óptima debe de cumplir con los siguientes requisitos básicos:

1. **PRECOZ:** Es cuando la primera atención se efectúa durante los 3 primeros meses de embarazo.
2. **PERIODICA:** Es la frecuencia con que se realizan las atenciones prenatales de las embarazadas que acuden a las unidades de Salud.
3. **CONTINUA:** Es la secuencia de las atenciones que se brindan de forma sistemática e ininterrumpida.
4. **COMPLETA:** Es cuando el contenido de las atenciones garantizan el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la embarazada.
5. **AMPLIA COBERTURA:** Es el porcentaje de población embarazada que es controlada. La cobertura meta por territorio es del 100%.
6. **CALIDAD:** Las atenciones deben brindarse previo consentimiento informado, con base en 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, religión, credo político y son accesibles desde el punto de vista cultural adaptando sus intervenciones según las necesidades de las poblaciones indígenas y comunidades étnicas.

## **Clasificación.**

El embarazo se clasifica como de Bajo y de Alto Riesgo.

**El embarazo de Bajo Riesgo:** Es aquel en el cual la madre o su hijo/a tienen probabilidades bajas de enfermarse antes, durante o después del parto.

**El embarazo de Alto Riesgo:** Es aquel en el que la madre o su hijo/a tienen una mayor probabilidad de enfermarse, morir o padecer secuelas antes, durante o después del parto.

En el presente protocolo se clasifica el tipo de atención prenatal que se realizará a cada embarazada como:

- Atención de Bajo Riesgo.
- Atención de Alto Riesgo.

Esta clasificación se basa en la identificación de factores utilizando el Formulario de Clasificación orientado por la OMS modificado, y la Historia Clínica Perinatal Base, acorde con la Medicina Basada en Evidencia.

### **Atención Prenatal de Bajo Riesgo**

Es la atención que se brinda a embarazadas en las que no se identificó ningún factor de riesgo, (según el Formulario de Clasificación de OMS Modificado y HCPB, y también en las que se identifiquen factores de riesgo potenciales (sociales, genéticos, biológicos, etc.) que no producen alteraciones al estado de salud de la madre, su hijo/a, o ambos.

### **Atención Prenatal de Alto Riesgo**

Es la atención que se brinda a embarazadas en las que se identifique, durante las atenciones prenatales, algún factor de riesgo, según Formulario de Clasificación de OMS Modificado y HCP.

En las Unidades donde se cuenta con recursos médicos especialistas en Obstetricia serán éstos quienes continúen la atención prenatal de Alto Riesgo, si no los hay, el recurso humano que brinda la atención a la embarazada deberá referirla a la Unidad de salud de mayor nivel de resolución que cuenten con este perfil profesional.

### **Factores de Riesgos.**

Para la clasificación del tipo de embarazo y aplicación de las conductas a seguir en las atenciones prenatales, se definen a continuación los tipos de factores de Riesgo (probabilidad que tiene la madre o su hijo, o ambos de enfermar o morir) según su asociación con el daño que producen.

**Factores de Riesgo Potenciales:** Aquellos que a pesar de su presencia no producen daño directo, pero que de no tomar las precauciones de forma oportuna pueden vincularse a algún daño en base a las estadísticas disponibles es decir, se conviertan en factores de riesgo Real:

### **FACTORES DE RIESGO POTENCIALES:**

- Edad (menor de 20 y mayor de 35 años)
- Analfabeta
- Soltera
- Talla baja (menor de 1.50 metros)
- Antecedentes familiares
- Paridad (nuli o multiparidad)
- Periodo intergenésico corto (menor a 24 meses)
- Trabajo con predominio físico (excesiva carga horaria, exposición a agentes físicos-químicos-biológicos, stress)
- Violencia en el embarazo

**Factores de Riesgo Reales:** Aquellos cuya presencia se asocia de forma directa al daño en base a las evidencias científicas disponibles. Ejemplo de ello son

algunas patologías específicas relacionadas con la gestación múltiple, pre eclampsia, diabetes, anemia, etc.

### **PRECONCEPCIONALES:**

- Diabetes.
- Hipertensión arterial.
- Tuberculosis.
- Neuropatías.
- Cardiopatías.
- Hepatopatías.
- Endocrinopatías.
- Trastornos psiquiátricos.
- Infecciones de transmisión sexual VIH - SIDA.
- Otras patologías ginecológicas (cirugías pélvicas, infertilidad, cáncer ginecológico).
- Várices en miembros inferiores
- Hábito de fumar, alcoholismo, drogadicción.
- Factor Rh (-).

### **DEL EMBARAZO:**

- Hiperemésis gravídica no controlable.
- Antecedentes de Aborto diferido y muerte fetal anteparto.
- Anemia.
- Infección de Vías Urinarias.
- Poca o excesiva ganancia de peso.
- Hipertensión inducida por el embarazo.
- Embarazo múltiple.
- Hemorragia.
- Retardo del crecimiento intrauterino.

- Rotura Prematura de Membranas.
- Enfermedades endémicas y embarazo.
- Psicopatologías.
- Persona que Vive con el Virus del Sida (P V V S).
- Rotura Prematura de Membranas.
- Infección ovular.
- Presentación Pélvica y Situación transversas después de 36 semanas.
- RH negativo sensibilizado.
- Embarazo Prolongado.
- Diabetes en el Embarazo.
- Cesárea anterior.
- Adolescentes con riesgos activos.
- Macrosomía Fetal.
- Alcoholismo y drogadicción.

### **Diagnóstico.**

El diagnóstico de embarazo se facilita con los síntomas referidos por la embarazada y los signos detectados por el prestador del servicio, sin embargo en algunos casos se requiere la ayuda de métodos diagnósticos. También es necesario para el establecimiento de presunción diagnóstica preguntar a la usuaria lo siguiente:

- Tiene relaciones sexuales (SI).
- o Desea un embarazo (SI o NO) y
- o Ha estado planificando (NO).

Si responde como se describe anteriormente se presume que puede estar embarazada y hay que averiguar los aspectos clínicos. Con relación a los aspectos clínicos, durante el embarazo los síntomas y signos se clasifican en: presuntivos, de probabilidad y de certeza. Los presuntivos y probables aparecen en etapas tempranas, los de certeza hacen su aparición más tardíamente.

## **Signos y síntomas del embarazo.**

**Presuntivos:** Aparecen al final de la cuarta semana y desaparecen en el curso de la 18ava semana. Son de tipo subjetivo y se conocen como trastornos simpáticos, el valor de estos síntomas para el diagnóstico del embarazo son relativos.

### **Signos Presuntivos.**

- Sialorrea
- Nauseas
- vómitos
- Modificaciones del apetito y del gusto (anorexia, apetito caprichoso)
- cambio del carácter
- mareos
- lipotimia
- Tristeza
- disuria y polaquiuria
- congestión e hipersensibilidad
- pigmentaciones de los senos
- várices
- desgano
- palpitaciones
- somnolencia

**Probabilidad:** Estos cambios se encuentran en el útero y en los genitales externos. Existe una amplia gama de signos clínicos sugestivos de probabilidad de embarazo.

Hemos seleccionado algunos más usados:

#### **Los principales son:**

##### **1. Amenorrea.**

**2. Signo de Chadwick** Son los cambios en los genitales externos: La vulva, el vestíbulo, la vagina y el cérvix toman una coloración violácea.

**3. Cambios en el útero:** El tamaño, la forma y la consistencia son las principales modificaciones que experimenta el útero y que nos permiten hacer el diagnóstico del embarazo. Se realizará tacto por vía vaginal combinado con palpación.

4. **Cambios en el cérvix:** La consistencia y el cambio de color son las principales modificaciones, pero constituye un signo menor de diagnóstico. A partir de la cuarta semana el cuello tiene una consistencia blanda (reblandecimiento) semejante al lóbulo de la oreja.

5. **Signo de Heagar:** El útero grávido tiene una consistencia blanda, este cambio aparece alrededor de la sexta semana de gestación y el sitio donde primero se aprecia es a nivel del istmo uterino. Para buscarlo es necesario realizar un tacto vaginal combinado con la palpación abdominal. Con la mano colocada sobre el abdomen se trata de deprimir la cara posterior del útero intentando alcanzar los dedos colocados en la vagina.

**Certeza:**

Se pueden encontrar entre la dieciséis y la vigésima semana de embarazo. Entre ellos se encuentran los **movimientos activos fetales** (percibidos por la madre o palpados por el proveedor), los latidos fetales (al principio se pueden localizar en la región suprapúbica, al final del embarazo se puede localizar en los cuadrantes superior o inferior según sea la posición de la cabeza) y la percepción por palpación de partes fetales.

**Métodos de Diagnóstico.**

Posterior a las seis semanas de retraso menstrual, los niveles de Hormona Gonadotropina Coriónica (HCG) se determinan en la orina de la mujer que consulta por amenorrea y se utiliza como base para efectuar el diagnóstico de embarazo. (Prueba de embarazo). Se confirma diagnóstico de embarazo con pruebas rápidas en sangre y orina en la semana.

**Actividades básicas para todas las atenciones**

A continuación se presenta las actividades básicas que se deben cumplirse en todas las atenciones prenatales y su contenido; posteriormente se describe las actividades definidas en las cuatro atenciones prenatales que se brindan a la embarazada que asiste a las unidades de salud públicas o privadas.

- 1. Llenado y análisis de formularios de atención prenatal.** Los que se utilizan son: historia clínica perinatal base, carné perinatal, formulario de clasificación de OMS, modificado y los relacionados del expediente clínico, se realizará llenado de HCPB y carné según las indicaciones. La información se obtiene a través del interrogatorio que realiza el/la proveedor/a con la embarazada.
  
- 2. Clasificación de embarazo de Bajo o Alto Riesgo.** Esta actividad debe ser SIEMPRE realizada en cada atención prenatal, el/-la proveedor/a- debe escribir los factores de riesgo (potenciales o reales) identificados durante la misma y vigilar la evolución de los mismos. Se obtiene de efectuar un adecuado llenado y análisis de los formularios de la APN.
  
- 3. 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 revictimización. Oriéntela sobre las alternativas tanto médicas, como psicológicas y judiciales existentes. Refiérala según corresponda.
  
- 4. Medición de Signos Vitales.** Realizar medición de frecuencia cardiaca materna, pulso, temperatura axilar, frecuencia respiratoria y presión arterial (P/A). 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.



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**.

#### **5. Medición de Peso, llenado y vigilancia de curva de Incremento de Peso**

**Materno (IPM).** Luego de tener el dato del peso en Kilogramo de la embarazada se procede a graficar el IPM en curva correspondiente según el punto de intersección de las líneas de Incremento de Peso Materno en Kg (horizontal) y la Edad Gestacional-en semanas (vertical). Si el IPM graficado es mayor o menor de lo esperado se debe referir a especialista (Menos de Percentil 10 y más del Percentil 90, entre el Percentil 10 y 25). Los criterios de hospitalización con relación al peso serán evaluados según de forma individualizada por el especialista.

**6. Examen Físico General Completo.** Este debe seguir el orden céfalo-caudal, es importante no olvidar efectuar revisión de cavidad bucal, examen clínico de Mamas y revisar Genitales Externos.

#### **7. Examen Obstétrico: 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, que será el punto de intersección entre la altura uterina en centímetros (línea horizontal) y la edad gestacional en semanas (línea vertical), la evolución normal está representada en los rangos comprendidos entre el Percentil 10 y el Percentil 90. También se puede valorar con el gestograma.

### **Conducta según Curva de Crecimiento Fetal en APN**

Si los valores de la curva de crecimiento fetal son menores al Percentil 10 y mayores al Percentil 90 se deben referir a especialista. Los criterios de hospitalización con relación al crecimiento fetal deberán ser evaluados de forma individualizada por el especialista.

Se puede encontrar:

Útero muy grande para la edad gestacional o Signo en (+). Puede ser mal cálculo de Fecha Probable de Parto, embarazo gemelar, polihidramnios, mola hidatiforme, mioma coincidente con embarazo, malformación fetal, feto grande.

Útero muy pequeño para la edad gestacional o Signo en (-). Puede ser error en la fecha de la última menstruación, retardo del crecimiento fetal o muerte intrauterina.

**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.

**Prueba rápida de bacteriuria y proteinuria en orina.** Se realiza con tiras reactivas. Se debe efectuar a toda embarazada en cada atención prenatal, independientemente de que se encuentre asintomática.

**Prescripción de Ácido Fólico y Hierro:** Su dosificación se define según si la embarazada tenga o no antecedentes de haber dado a luz a un niño-a con defecto del tubo neural (DTN). SI HAY antecedentes de DTN, o tiene Diabetes tipo II o ha recibido tratamiento con anticonvulsivantes, 4 mg. diario durante el embarazo; Si NO HAY antecedentes de DTN, indicar 0.4 mg. diario durante el embarazo.

A las embarazadas se debe indicar una tableta con concentraciones de 60 mg. de **Hierro** elemental y orientar sobre reacciones más frecuentes como: mal sabor en la boca, estreñimiento y ardor estomacal. Si existen datos clínicos de anemia pero no hay sintomatología y Hemoglobina es de 11 mg/dl cumplir con tratamiento ambulatorio descrito anteriormente. Si existen signos clínicos de anemia severa

más Hemoglobina  $\leq$  a 7 gr/litro. Indique y prescriba inicio de ingesta de 120 mg de Hierro elemental PO y refiera de inmediato al hospital.

### **Consejería.**

En todas las atenciones prenatales se deben brindar orientaciones y conversar con la embarazada sobre signos de alarma, alimentación, higiene y vestimenta adecuada. Todas las orientaciones verbales deben estar acompañadas por instrucciones escritas. Se debe disponer de instrucciones escritas para las embarazadas no alfabetas, ya que los miembros de su familia o vecinos las pueden leer.

### **Orientaciones básicas de cada APN**

#### **PROVEEDOR/A, RECUERDE HABLAR SOBRE:**

Signos o síntomas de peligro: sangrado, dolor de parto, expulsión de líquido a través de la vagina, fiebre, Se deberá de explicar qué hacer y dónde acudir.

La importancia de cumplir orientaciones verbales, exámenes indicados o prescripción de medicinas. Los hábitos personales de higiene, alimentación, vestimenta, relaciones sexuales, sexo seguro para prevenir ITS/VIH-SIDA, automedicación durante el embarazo, ingesta de alcohol, fumado, aplicación de drogas.

### **Indicación de próxima cita de APN.**

Después de terminar la atención prenatal escribir en la HCPB y decirle a la embarazada cuando debe regresar para la siguiente atención, escribirlo además en el Carné Perinatal.

### **Primera atención prenatal.**

**La primera atención** debe ser siempre brindada por el recurso más calificado disponible que exista en la Unidad de Salud, se espera que dure entre 30 a 40 minutos. El recurso debe entregar a la mujer embarazada su carne perinatal y explicar la utilidad e importancia del mismo; así como su obligatoriedad de portación para toda consulta.

Debe realizarse durante el primer trimestre o preferentemente antes de la semana 12 de embarazo, sin embargo, se puede efectuar según la edad gestacional que se identifique en la embarazada en el momento de la primera atención. Después de haber efectuado revisión de las 13 actividades básicas, proceda a completar los aspectos particulares de esta primera atención.

### **Interrogatorio.**

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

### **Examen Físico**

Efectuar medición de Talla materna.

Determinar el Índice de Masa Corporal (IMC). El índice se obtiene del cálculo del peso en Kg entre la talla en metros, se expresa en Kg/m<sup>2</sup>. Es importante además

relacionar el IMC con el Incremento de Peso Materno ya que sus valores son directamente proporcionales, es decir, a mayor IMC mayor será el IPM.

Buscar signos clínicos de anemia severa: palidez en piel, uñas, conjuntiva, mucosa oral y punta de lengua, falta de aire.

Se recomienda un examen vaginal de rutina durante el embarazo (durante la primera visita), utilizando un espéculo para revisar el estado del cuello uterino, presencia de infecciones de transmisión sexual o efectuar toma de muestra de citología exfoliativa (o Papanicolaou, si no ha sido realizado el control anual) con consentimiento de la embarazada y si su condición clínica lo permite. Si la embarazada no lo acepta durante la primera visita, deberá quedar consignado en el expediente y brindar consejería para persuadirla y poder realizárselo posteriormente.

Si hay evidencia de sangrado transvaginal se debe referir, excepto si el/la proveedor/a es especialista quien decidirá la conducta según Protocolo de Emergencias Obstétricas.

### **Exámenes de Laboratorio**

En orina: Examen general de orina (EGO).

En sangre: Prueba de VIH-SIDA previa consejería y consentimiento informado de la embarazada, RPR, Hemoglobina (Hb), Tipo y Rh, Glucemia.

El Ultrasonido **no debe ser indicado de rutina** en la evaluación de un embarazo sin riesgo, cuando exista ALGÚN FACTOR DE RIESGO SEGÚN EL FORMULARIO DE CLASIFICACIÓN Y FACTORES DE RIESGO DE HCPB referir a **médico especialista** quien la valorará y decidirá su ABORDAJE CLÍNICO.

**En caso de bacteriuria positiva:** explique a la usuaria sobre el cuadro clínico, los riesgos en el embarazo y la importancia de cumplir el tratamiento.

o Reposo según el cuadro clínico.

o Ingesta de líquido forzados (3 a 4 litros por día).

o Explique que debe acudir a la unidad de salud si los síntomas persisten después de 3 ó 4 días.

o Evalúe presencia de dinámica uterina, en caso de trabajo de parto inicie tratamiento útero inhibidor y maduración pulmonar según esquema del Protocolo de Atención al Parto Pre término.

o Inicie antibióticoterapia:

o Nitrofurantoina 100 mg por vía oral cada 12 horas por 10 días.

o Cefalexina 500 mg, cada 6 horas por 7 días por vía oral.

o Agregar analgésico: acetaminofén 500 mg cada 6 horas por vía oral. Una semana después de finalizado el tratamiento debe realizarse un examen de orina con cintas cualitativas buscando nitritos. Si existen síntomas sugestivos de infección de vías urinarias es necesario hacer urocultivo y antibiograma.

Si el urocultivo sigue siendo positivo repita el tratamiento por 10 días más y administre:

o Nitrofurantoina y Vitamina C 500 mg al día por 10 días y luego continuar con terapia supresiva: Nitrofurantoina 50 mg por día hasta completar los 30 días o hasta el final del parto según el cuadro clínico y tolerancia de la paciente.

o Urocultivo según norma.

o Identifique esquema según sensibilidad de antibiograma.

o Repita el urocultivo al terminar el tratamiento dos semanas después.

o Si el urocultivo es positivo repita el esquema.

### **Identifique factores de riesgo del embarazo actual.**

- Infecciones vaginales recurrentes (candidiasis, vaginosis).
- Sospecha de diabetes gestacional. Referir a nivel de mayor nivel resolutivo.
- Explorar especialmente en adolescentes sentimientos, inquietudes y dudas relacionadas con el embarazo. Así como la relación de apoyo de la pareja y/o la familia.
- Pedirle a la embarazada que registre cuando nota los primeros movimientos fetales (según el trimestre en que se realice la primera Atención Prenatal).

- Preguntar por algunos signos y síntomas que pueden presentarse en este trimestre y orientar según sea el caso:

- o Náuseas y vómitos frecuentes, orientar comer 3-4 galletas simples o rosquillas antes de levantarse (en la cama); sugerir alimentación blanda de lo que guste y tolere, ingerido en pequeñas cantidades, cada 2 a 3 horas; tomar líquidos en pocas cantidades en intervalos de cada hora; evitar comidas grasosas, ácidas y condimentadas. Se puede indicar Dimenhidrinato 1 tableta antes de las comidas principales.

- o Várices, aconsejar reposo en decúbito dorsal o lateral por 15 minutos cada 4 horas con las piernas elevadas; caminar de puntillas varias veces al día, usar medias elásticas.

- o Cefalea, investigar causa, analgésico oral como Acetaminofén 300mg. cada 6 u 8 horas.

- o Acidez, indicar comer poca cantidad de dulce; comer despacio; indicar el hidróxido de aluminio o leche después de cada comida;

- o Cistitis, ingerir líquido en abundancia, como mínimo 8 vasos de agua al día; indicar EGO, si no mejora en 24 horas referirla a atención especializada.

Si la captación se está realizando en el tercer trimestre del embarazo, orientar para que inicie la preparación del parto psicoprofiláctico y explicar la importancia de la lactancia materna exclusiva y anticoncepción posparto.

Sensibilizar a la embarazada para que invite a su pareja (o miembro de la familia o amiga) a las siguientes atenciones para que puedan involucrarse en las actividades y aprendan cómo apoyarla a lo largo del embarazo.

### **Situaciones especiales:**

- En el caso de que el actual embarazo es producto de abuso sexual, abordar en conjunto con un equipo interdisciplinario donde exista esta probabilidad, de no haber posibilidad realizar una referencia oportuna a las redes de apoyo.

- Consejos, preguntas, respuestas y programación de próxima atención.

## **Segunda atención prenatal.**

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

### **Interrogatorio**

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

### **Examen Físico**

Además de lo realizado en la primera atención prenatal, efectuar lo siguiente:

- Determinar la presentación del feto según maniobras de Leopold.
- Auscultar latidos fetales.
- Considerar el examen vaginal utilizando un espéculo únicamente si no fue realizado en la primera visita. Si la embarazada está sangrando, no realizarlo y referirla. Si el/la proveedor es especialista lo puede efectuar y realizar manejo según Protocolo de Emergencias Obstétricas.
- Revisar la presencia de edema generalizado.

### **Pruebas de Laboratorio**

Sangre: repetir indicación de Hemoglobina sólo si en el primer resultado del examen estaba por debajo de 11 g/l o se detectan signos de anemia severa en el examen físico de esta atención.



Indicar nuevamente el resto de exámenes (VIH/SIDA, RPR, Tipo y Rh, Glucemia) si no se los ha realizado aún.

### **Identifique factores de riesgo del embarazo actual**

Lo principal a indagarse en esta atención prenatal es lo relacionado a: dolor, sangrado, “flujo vaginal” (líquido amniótico, ITS), signos y síntomas de anemia severa.

### **Implementar las siguientes intervenciones**

- Revisar realización de exámenes de laboratorio indicados en la primera atención.

Dar tratamiento para resultados positivos de EGO y RPR.

Indicar Albendazol 400 mg. Vía oral, dosis única.

Aspirina 80 mg po diario a partir de las 20 semanas a embarazadas con factores de riesgo para Pre eclampsia.

**Calcio 2 g. Po diario a partir de las 20 semanas** a embarazadas con factores de riesgo para Pre eclampsia.

Si tiene antecedentes de cesárea previa y cursa con embarazo actual de 32 semanas de gestación, enfatizar que el parto debe ser hospitalario. Consejos preguntas, respuestas y programación de la próxima atención.

Además de lo realizado en la primera atención, revisar lo relacionado a:

- Edemas en pies manos y cara: se debe indicar examen general de orina, orientar sobre dieta sin sal, reposo con elevación de miembros inferiores.

Calambres: ingerir jugo de naranjas, bananos, caminar en puntillas antes de acostarse por un minuto, si hay temperaturas ambientales frías tener cuidado de abrigarse bien.

### **Tercera atención prenatal.**

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

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

#### **Interrogatorio**

- Preguntar sobre signos, síntomas o situaciones particulares que se han presentado desde la segunda atención prenatal hasta la actual estén o no relacionados con la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB).
- Indagar acerca del cumplimiento de todas las indicaciones de la segunda atención, la ingesta de otros medicamentos, diferentes al hierro y ácido fólico.

#### **Examen Físico**

- Determinar la presentación (cefálica-pélvica), posición (derecha o izquierda) y situación (longitudinal, transversa, oblicua) del feto según maniobras de Leopold.
- Auscultar latidos fetales.
- Considerar el examen vaginal (utilizando un espéculo) únicamente si no ha sido realizado en la primera y segunda atención prenatal. Si la embarazada está sangrando, no realizarlo y referirla. Si el/la proveedor es especialista lo puede efectuar y realizar intervenciones según Protocolo de Emergencias Obstétricas.

## **Exámenes de Laboratorio**

Sangre: repetir indicación de Hemoglobina sólo si en el primer resultado del examen estaba por debajo de 11 g/l o se detectan signos de anemia severa en el examen físico de esta atención.

Indicar nuevamente el resto de exámenes (Tipo y Rh, Glucemia) si no se los ha realizado aún.

- Indicar RPR.
- Indicar VIH.

## **Identifique factores de riesgo del embarazo actual**

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

Si la Hemoglobina es mayor de 13 gr/dl en ausencia de otros síntomas o signos puede significar crecimiento fetal anormal, citar para una nueva valoración antes de las 36 semanas para evaluar el crecimiento fetal o la necesidad de referir a especialista.

## **Implementar las siguientes intervenciones**

Además de lo realizado en la primera y segunda atención prenatal, revisar lo relacionado a:

- Indicar Albendazol 400 mg. Vía Oral, dosis única si no se indicó en atención prenatal anterior.
- Aspirina 80 mg po diario a partir de las 20 semanas a embarazadas con factores de riesgo para Pre eclampsia.
- **Calcio 2 g. Po diario a partir de las 20 semanas** a embarazadas con factores de riesgo para Pre eclampsia.
- Consejos, preguntas, respuestas y programación de la próxima atención.
- Orientar sobre la aparición de signos y síntomas de alarma: contracciones uterinas, salida de sangre-líquido-tapón mucoso transvaginal y movimientos

fetales anormales que pueden significar amenaza o trabajo de parto, dar consejos sobre las medidas a tomar.

- Orientaciones sobre Parto Psicoprofiláctico y Plan de Parto.
- Brindar recomendaciones sobre lactancia materna, anticoncepción y la importancia de la atención post parto.
- En el caso de los y las adolescentes hablar de Maternidad y Paternidad responsable, continuidad de proyectos de vida después del parto.

Preguntar por algunos signos y síntomas que pueden presentarse en este trimestre y orientar según sea el caso: además de los mencionados en la primer y segunda atención, se pueden presentar:

o Dispepsia, orientar que mastique lentamente los alimentos, y si son intensos los gases carbón vegetal 1 tableta cada 6 horas.

o Convulsiones, proteger a la embarazada, iniciar tratamiento como eclampsia y referir de inmediato a mayor nivel de resolución.

### **Cuarta atención prenatal.**

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

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

### **Interrogatorio**

Preguntar sobre signos, síntomas o situaciones particulares que se han presentado desde la última atención prenatal hasta la actual estén o no relacionados con la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB), por ejemplo: salida de

líquido amniótico, dolor abdominal o lumbar, contracciones uterinas, sangrado, movimientos fetales.

Indagar acerca del cumplimiento de todas las indicaciones realizadas en su atención prenatal anterior, la ingesta de otros medicamentos, diferentes al hierro, ácido fólico, calcio y aspirina.

### **Examen Físico.**

- Determinar la presentación (cefálica-pélvica), posición (derecha o izquierda) y situación (longitudinal, transversa, oblicua) del feto según maniobras de Leopold.
- Auscultar latidos fetales.
- Considerar el examen vaginal (utilizando un espéculo) únicamente si no fue realizado en la primera visita. Si la embarazada está sangrando, no realizarlo y referirla. Si el/la proveedor(a) es especialista lo puede efectuar y realizar intervenciones según Protocolo de Emergencias Obstétricas.
- Relación feto-pélvica a través de examen pélvico en unidades de salud donde se encuentre recurso con esta calificación o especialista para evaluar posibilidades de Desproporción Feto-pélvica Relación Feto – Pélvica.

### **Exámenes de Laboratorio**

Sangre: Hemoglobina cuando se detecte signos de anemia severa en el examen físico o control de tratamiento.

Indicar nuevamente el resto de exámenes (VIH/SIDA, RPR, Tipo y Rh, Glucemia) si no se los ha realizado aún y orientarle que los lleve en cuanto tenga los resultados de los mismos.

### **Identifique factores de riesgo del embarazo actual**

Explicar a las embarazadas que, si no han tenido su parto para el final de la semana 41 (41 semanas completas o 290 días), si completada la fecha anterior no hay pródromos de trabajo de parto, indicar que acudan nuevamente a la atención prenatal para realizar referencia hacia nivel de mayor resolución según sea el caso.

**Preguntar por algunos signos y síntomas** que pueden presentarse en este trimestre y orientar según sea el caso: además de los mencionados en la primera, segunda y tercera atención, se puede presentar:

- Embarazo prolongado, rotura espontáneas de la bolsa de líquido amniótico, por lo que oriente y refiera.
- Si hay signos y síntomas de Inicio de Trabajo de Parto.
- Muerte fetal intrauterina.

### **Implementar las siguientes intervenciones**

- Reforzar las orientaciones sobre Parto Sin Temor (Psicoprofiláctico).
- Estrategias para Plan de Parto: 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.
- Consejos, preguntas, respuestas.
  1. Enfatizar en el inicio del cumplimiento de las medidas a tomar en caso de trabajo de parto (o amenaza de parto prematuro).
  2. Orientar sobre la importancia de llevar el carné perinatal para la atención del parto institucional.
  3. Preparación para el momento del parto y amamantamiento.
  4. Higiene y cuidados del puerperio y del recién nacido.
  5. Importancia de la asistencia de los controles del niño-a.
  6. Espaciamiento del periodo intergenésico.

Durante la Atención Prenatal se pueden presentar situaciones en las que se hace necesario la hospitalización o traslado de la embarazada. Ante esta situación hay que tener en cuenta “las acciones para referir a hospitalización a embarazadas”.

### **Acciones para referir a Hospitalización a embarazada.**

Enfatizar en garantizar:

**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 unidad de salud adonde será enviada, informar a familiar o acompañante sobre la condición de la embarazada, llenar adecuadamente hoja de referencia.

**Condiciones del traslado.** Embarazada canalizada con bránula 16 o de mayor calibre si se trata de hemorragia asegure 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.

**Condiciones especiales.** En hemorragia por sospecha de placenta previa conservar posición de Trendelenburg; en el caso de convulsiones protegerla de golpes o de mordedura de su lengua. (“Normas y Protocolos para la Atención Prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de Bajo Riesgo”, 2008)

## Capítulo II - Diseño Metodológico

### 2.1 Tipo de estudio

Es observacional, descriptivo de corte transversal.

Área de estudio:

El presente estudio fue realizado en el Centro de Salud "Francisco Buitrago" Ubicado en el Barrio San Luis, del distrito IV, Managua, Nicaragua, en el periodo comprendido del año 2013.

Unidad de análisis:

Pacientes embarazadas de bajo riesgo atendidas.

### 2.2 Determinación del universo

El universo fue constituido por las mujeres embarazadas de bajo riesgo que acudieron a sus controles prenatales en el Centro de Salud "Francisco Buitrago" las cuales fueron 531 para su debido estudio.

### 2.3 Marco Muestral

Se solicitó al departamento de estadística del Centro de Salud "Francisco Buitrago", los expedientes clínicos de las mujeres con diagnóstico de embarazo de bajo riesgo en el periodo del año 2013.



Selección de la muestra:

La muestra la conformaron 267 Mujeres embarazadas de bajo riesgo en el Centro de Salud "Francisco Buitrago" en el tiempo estudiado.

Para definir el tamaño de la muestra se realizó la selección de los expedientes por medio de la siguiente fórmula, para una población finita (10,000 o menos):

Para calcular el tamaño de la muestra suele utilizarse la siguiente fórmula:

$$n = \frac{z\sigma^2 Npq}{i^2 N - 1 + z\sigma^2 pq}$$

Dónde:

- n: Muestra.
- N: Población.
- p: proporción (en este caso 5% = 0.05).
- i: error previsto (0.1).
- Z σ: distribución de gauss (Zα= 1.96) (la seguridad es del 95% de confianza).
- q: 1 – p (en este caso 1- 0.05 = 0.95).

Técnica de la muestra:

En lo concerniente a la selección de la muestra, el muestreo fue de tipo probabilístico. El muestreo fue Muestreo Aleatorio simple.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión

- ✓ Embarazadas de bajo riesgo obstétrico.
- ✓ Haber asistido por lo menos a cuatro controles prenatales en los trimestres (I,II,III) captadas en el periodo en estudio.
- ✓ HCP completas.

Criterios de exclusión

- ✓ Embarazadas de alto riesgo obstétrico.
- ✓ HCP incompletas.

## 2.4 Técnicas y procedimientos

Para obtener la información se procedió a solicitar la autorización a la directora del Centro de Salud "Francisco Buitrago", donde se le explico el objetivo de la investigación y la metodología propuesta para recolectar la información. Una vez aprobado el permiso por la Dirección, se solicitó al Departamento de Estadística del Centro de Salud, los expedientes clínicos de las embarazadas de bajo riesgo. La información se recopiló por medio de una ficha de recolección de datos que fue previamente elaborada y validada que contempla las variables de acuerdo a los objetivos del estudio, con el cual luego de una exhaustiva revisión de los expedientes completos de las embarazadas de bajo riesgo que acudieron en el Centro de Salud "Francisco Buitrago" en el tiempo estipulado del estudio y se procedió al llenado de las fichas antes mencionadas.

## 2.5 Plan de tabulación

Para el debido procesamiento de la información se digito lo recopilado en una base de datos estadísticos previamente diseñada en el programa SPSS PASW Statistics versión 18. Cuando se concluyó la digitación se analizó la información con cuadros de frecuencias simples y cruces de variables, haciendo la descripción en frecuencias absolutas y porcentuales en el programa de Microsoft Excel 2013 para cada variable en estudio y se introdujo la información final al programa de Word 2013 para su entrega final.

Para el análisis de la información se utilizaron las frecuencias y porcentajes del estudio.

## 2.6 Aspectos éticos

En esta investigación se consideraron las normas éticas en relación a investigación en seres humanos (según la declaración de Helsinki); donde se garantizó la total confidencialidad de los datos de los expedientes clínicos revisados. Al igual que el uso adecuado de los datos con carácter académico para el Centro de Salud "Francisco Buitrago"

## 2.7 Plan de análisis (cruce de variables)

- Características demográficas.
- Abordaje diagnóstico.
- Abordaje terapéutico.

## 2.8 Enunciado de variables del estudio

Las variables fueron definidas en relación a cada uno de los objetivos específicos del presente estudio.

Objetivo 1:

- Caracterizar demográficamente a las embarazadas en estudio.
  - ✓ Edad.
  - ✓ Procedencia.
  - ✓ Estado Civil.
  - ✓ Religión.
  - ✓ Escolaridad.

Objetivo 2:

- Describir el abordaje diagnóstico de las embarazadas en estudio.
  - ✓ Atenciones Prenatales.

Objetivo 3:

- Identificar el abordaje terapéutico utilizado en las embarazadas en estudio.
  - ✓ Fármacos.

## 2.9 Operacionalización de las variables

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Indicador</b>	<b>Valor</b>
<b>Edad</b>	Años cumplidos de la paciente.	Años	Menos de 20 años 20-34 años. Mayor de 35 años
<b>Procedencia</b>	Lugar territorial de donde proviene la paciente.	Área geográfica	Urbano Rural
<b>Estado Civil</b>	Condición conyugal que tiene la paciente durante el presente estudio.	Condición de pareja.	Soltera Casada
<b>Religión</b>	Creencia religiosa que tiene la paciente durante el estudio.	Creencia.	Católico Evangélico Otros
<b>Escolaridad</b>	Es el grado de aprendizaje que puede adquirir una persona a lo largo de su formación en una Institución educativa formal.	Último grado aprobado.	Analfabeta Alfabeto P. incompleta P. completa S. incompleta S. completa Técnico Universitaria

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala / valor</b>
<b>Atenciones Prenatales.</b>	Acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Actividades básicas.</li> <li>✓ Interrogatorio.</li> <li>✓ Examen físico.</li> <li>✓ Tipos de Exámenes de laboratorios realizados.</li> </ul>	Cumplimiento	Si / No

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala / Valor</b>
<b>Fármacos</b>	Sustancias que producen efectos medibles o sensibles en los organismos vivos y que se absorbe, puede transformarse, almacenarse o eliminarse.		Indicados	<p>Sulfato ferroso más ácido fólico.</p> <p>Aplicación de vacuna antitetánica</p> <p>Albendazol.</p> <p>Calcio.</p> <p>Aspirina.</p>



## Capítulo III – Desarrollo

### 3.1 Resultados

Se estudió un total de 267 pacientes en el centro de Salud “Francisco Buitrago” durante el período Managua, 2013.

#### **PRIMERA ATENCIÓN PRENATAL.**

En relación a las características demográficas de la población estudiada:

Se encontró que en un 100% (267 totales de casos) las pacientes embarazadas que fueron atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago estaban entre los 20 a 34 años, por lo que se consideraron de bajo riesgo obstétrico en lo concerniente a la edad, el 100% de las pacientes gestantes (267 totales de casos) eran de procedencia urbana, el 55.43% de las gestantes eran solteras (148 casos) y el restante (119 casos) corresponde al 44.57% las cuales eran pacientes casadas, el 39.7% de las pacientes en estudio practicaban la religión católica (106 casos), 37.8% eran evangélicas (101 casos) y (60 casos) 22.5% de las gestantes profesaban otras religiones, el 22.8% de las gestantes (61 casos) completaron su secundaria, el 21.0 % (56 casos) cursaron secundaria incompleta, el 16.9% (45 casos) cursaron una carrera técnica, el 16.5% (44 casos) completaron su primaria, el 13.5% (36 casos) eran universitarias, el 7.5 % (20 casos) no completaron su primaria y el 1.9% (5 casos) eran alfabetas. (Ver tabla número 1).

En relación a las actividades básicas de las pacientes en estudio:

El 100% de las gestantes (267 casos) el personal de salud llenó y analizó los formularios de atención prenatal, el 100% de las pacientes que acudieron a su control prenatal (267 casos) se clasificó el embarazo de bajo riesgo, el 75.3% de las gestantes (201 casos) el personal de salud se indagó sobre violencia doméstica, el 100% de las gestantes (267 casos) se les procedió a la medición de signos vitales, el 100% de las gestantes que acudieron a su control prenatal (267 casos) el personal de salud realizó la medición de peso e incremento de peso materno, se les realizó un examen físico completo al 46.44% (124 casos), el 100% que acudieron a su control prenatal (267 casos) se les realizó un examen obstétrico (AFU, llenado y evaluación de curva de crecimiento fetal), al 100% (267 casos) se les realizó la prueba rápida de bacteriuria y proteinuria, el 100% de las pacientes (267 casos) recibieron consejería en su atención prenatal, el 100% (267 casos)

recibieron orientación básica sobre cada uno de sus atenciones prenatales, al 100% se les indicó su próxima cita sobre su atención prenatal, al 100% de las pacientes se captó antes de las 12 semanas, se entregó el carne perinatal al 100%, se indagó de situaciones especiales (abuso sexual) al 46.4 % (124 casos), se indagó del trabajo actual de las pacientes al 71.9% (192 casos). (Ver tabla número 2).

En cuanto a la atención e interrogatorio de las pacientes:

El 70.4% de las embarazadas (188 casos) se les preguntó si estuvieron expuestas a un agente teratógeno, a metales pesados, químicos tóxicos y radiación ionizante, al 100% de las pacientes (267 casos) se indagó sobre partos distócicos anteriores, desprendimiento de placenta en embarazo anterior, retardo del crecimiento uterino, portadora del VIH/SIDA, ITS, infecciones vaginales recurrentes, y sospecha de diabetes gestacional, al 79.0% (211 casos) se indagó sobre hepatitis en la paciente, y al 80.5 % (215 casos) se les pregunto sobre alergias, el uso actual de medicamentos y si sufre de trombosis o embolia. (Ver tabla número 3).

Al 67.4% (180 casos) el personal de salud se indagó sobre el tipo de vivienda, tamaño y número de ocupantes, si tenían agua potable, inodoro, luz eléctrica, letrina. (ver tabla número 4).

Al 100% de las pacientes (267 casos) se les pregunto e indagó sobre náuseas y vómitos frecuentes, presencia de varices en miembros inferiores, dolor de cabeza, acidez estomacal, disuria, sangrado vaginal, y calambres. (Ver tabla número 5).

El 100% de las embarazadas (267 casos) el personal de salud realizó la medición de talla a la gestante, la medición de peso, medición de IMC, la altura de fondo uterino y el 99.3% (265 casos) indagó sobre evidencia de sangrado transvaginal. (Ver tabla número 6).

Los signos clínicos de anemia con respecto a la palidez en piel, uñas, y conjuntivas el 56.55% (151 casos) de las embarazadas se les realizó examen clínico y en mucosa oral y sobre falta de aire el 56.1% (150 casos) se les indagó. (Ver tabla número 7).

El 100% (267 casos) el personal de salud indicó examen general de orina a las embarazadas, la prueba de VIH/SIDA, glicemia, hemoglobina, Tipo y Rh, el 8.2% (22 casos) el personal de salud indicó prueba de RPR a las embarazadas y al 28.5 (76 casos) se les indico toxotest. (Ver tabla número 8).

Al 50.6% (135 casos) de las gestantes el personal de salud indicó ultrasonido obstétrico, el 85.4% (228 casos) de las gestantes el personal de salud realizo examen de mamas, el 40.82% (109 casos) si se les realizó examen odontológico, el 60.3% (161 casos) de las gestantes que acudieron a su control prenatal el personal de salud indico exudado y PAP, el 82.8% (221 casos) de las gestantes que acudieron a su control prenatal el personal de salud realizo especuloscopia. (Ver tabla número 9).

## **SEGUNDA ATENCIÓN PRENATAL.**

En relación a la atención e interrogatorio de las pacientes:

El 100% (267 totales de casos) de las pacientes en estudio se les realizó la medición de signos vitales, en un 100% (267 totales de casos) se les programó su segunda atención prenatal cerca de la semana 26, en el 100% (267 totales de casos) se interpretaron los exámenes realizados en la primera atención prenatal, en el 100% (267 totales de casos) de las pacientes atendidas se les pregunto si hubo reconocimiento de movimientos fetales, se encontró que en un 100% (267 totales de casos) se les realizo el interrogatorio con respecto a la sintomatología de dolor de cabeza, y en un 76.4% (204 casos) se interrogo sobre ingesta de otros medicamentos diferentes al hierro y ácido fólico. (Ver tabla número 10).

Un 100% (267 totales de casos) de las pacientes del estudio el personal de salud se indago si presentaban sangrado vaginal, sobre flujo vaginal, salida de líquido amniótico en las pacientes, la medición del peso materno, frecuencia cardíaca fetal, realización de maniobras de Leopold, la altura de fondo uterino, en un 61.0% (163 casos) sobre presencia de edema generalizado en las pacientes, y 8.2% (22 casos) se les realizo especuloscopia. (Ver tabla número 11).

Los signos clínicos de anemia con respecto a la palidez en piel y en uñas en un 56.18% (150 casos) se les realizó el examen clínico, la palidez en conjuntiva en un 56.55% (151 casos) se les hizo el examen clínico, en relación a la palidez en mucosa oral y sobre falta de aire en un 56.93% (152 casos) de las pacientes se les hizo el examen clínico. (Ver tabla número 12).

### **TERCERA ATENCIÓN PRENATAL.**

En lo que refiere este trimestre en la atención e interrogatorio de las pacientes:

El 100% (267 casos) de las pacientes en estudio se procedió a la medición de signos vitales y se programó la tercera atención prenatal a las 32 semanas de gestación, el 92.1% (246 casos) de las pacientes el personal médico les interrogó sobre la ingesta de otros medicamentos diferentes al Hierro y ácido fólico, al 56.5% (151 casos) se les brindó consejería de lactancia materna y parto, el 86.9% (232 casos) de las pacientes se les preguntó sobre reconocimiento de movimiento fetal, el 38.6% (103 casos) se indagó sobre dolor abdominal y lumbar, y al 36.7% (98 casos) sobre dolor en la parte alta abdominal, al 69.3% (185 casos) sobre convulsiones, y el 54.6% (146 casos) sobre ITS. (Ver tabla número 13).

En el 100% (267 totales de casos) de las pacientes del estudio se realizó la medición de peso materno, maniobras de Leopold, altura de fondo uterino, en un 99.6% (266 casos) se midió la frecuencia cardíaca fetal, el 33.3% (89 casos) se indagó sobre contracciones uterinas, el 34.5% (92 casos) se indagó sobre sangrado vaginal, el 35.2% (94 casos) sobre flujo vaginal, el 41.95% (112 casos) se indagó sobre salida de líquido amniótico, el 32.6% (87 casos) sobre la presencia de edema generalizado y la especuloscopia en un 3.7% (10 casos) se realizó. (Ver tabla número 14).

En relación al examen de reagin rápida de plasmina (RPR) se indicó el 1.9% (5 casos) de las pacientes. (Ver tabla número 15).

### **CUARTA ATENCIÓN PRENATAL.**

En lo concerniente de este trimestre en la atención e interrogatorio de las pacientes:

El 83.5% (223 casos) de los médicos se indagó si habían presentado convulsiones las pacientes, al 100% (267 casos) de las pacientes se les realizó la medición de signos vitales, y la programación de la cuarta atención prenatal a las 36 ó 38 semanas, el 73.4% (196 casos) se indagó sobre ITS, al 91.4% (244 casos) se brindó consejería de lactancia materna y parto, el 73.8% (197 casos) sobre ingesta de otros medicamentos diferentes al hierro y ácido fólico, el 86.1 % (230 casos) se indagó del reconocimiento de los movimientos fetales, y el 82.0% (219 casos) del dolor de cabeza. (Ver tabla número 16).

Un 79.4% (212 casos) el personal de salud se indagó sobre presencia de edema generalizado, el 100% (267 casos) de las pacientes se les midió el peso materno,

frecuencia cardíaca fetal, la altura de fondo uterino y maniobras de Leopold, el 5.2% (14 casos) se les realizó la especuloscopia en este trimestre, el 83.9% (224 casos) el personal médico hizo interrogatorio sobre el dolor abdominal o lumbar, en el 75.3% (201 casos) se interrogó sobre el dolor en la parte alta del abdomen, en el 81.3% (217 casos) se indagó sobre Contracciones uterinas de las pacientes, el 82.8% (221 casos) del sangrado vaginal en las pacientes, el 77.9% (208 casos) sobre flujo vaginal en las pacientes en estudio, el 92.1% (246 casos) se indagó sobre salida de líquido amniótico, y al 47.5% (127 casos) el personal médico indicó realización de examen pélvico para evaluar desproporción feto pélvica por un especialista. (Ver tabla número 17).

### **INDICACIÓN DE FÁRMACOS POR TRIMESTRE.**

En relación a la indicación de fármacos se analizó lo siguiente:

El 100% (267 casos) de las gestantes que acudieron a su control prenatal en el I trimestre el personal de salud prescribió sulfato ferroso más ácido fólico, al 59.9% de gestantes (160 casos) se les aplicó la primera dosis de la vacuna antitetánica y en el II trimestre la segunda dosis de la vacuna antitetánica fue aplicada al mismo porcentaje 59.9%; el 99.6% (266 casos) durante el II Trimestre se prescribió sulfato ferroso más ácido fólico, el 65.9% (176 casos) en el II Trimestre se prescribió Albendazol, el 100% (267 casos) que acudieron a su control prenatal durante el II Trimestre se prescribió calcio y aspirina; al 100% (267 casos) se les prescribió en el III trimestre calcio y aspirina, el 98,9% (264 casos) se les prescribió en el III Trimestre sulfato ferroso más ácido fólico, y al 14,6% (39 casos) en el III Trimestre se prescribió Albendazol. (Ver tabla número 18).

### 3.2 Discusión

En lo que se refiere a la captación temprana de las mujeres embarazadas que asistieron a sus primeros controles prenatales el 100% de las gestantes se captaron precozmente, en cambio en un estudio realizado por Stanziola Ramos Linette, en “La calidad de la aplicación de las normas de atención prenatal brindada por el personal de salud a las madres de los niños menores de un año fallecidos en el centro de Coto Brus, Costa Rica en el año 2009” no fueron captadas adecuadamente durante su embarazo, ya que un 36% se captó en forma tardía y un 14% ni siquiera se captó y que no se refirieron los casos que lo ameritaban al nivel correspondiente de complejidad, sin embargo el estudio titulado “Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia” realizado en el servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia Lima, Perú por Claudia Arispe, Mary Salgado, Giuliana Tang, Carmen González, José Luis Rojas, arrojó un resultado de captación temprana antes de las 12 semanas de Ciento cuarenta y cinco puérperas (37.8%) que tuvieron su primer Control Prenatal y 63% lo hizo antes del cuarto mes de gestación y el estudio realizado en el Hospital Rossell de Montevideo, Uruguay en el que se encontró que el 38% de las mujeres acudieron a su control prenatal precozmente y el 62% tuvieron una captación tardía, esto hace que el tema de la cobertura de los controles prenatales siga siendo un problema de magnitud, por su condición de mayor riesgo de alteración en la salud del binomio, en cambio el estudio realizado por Astrid Milena Noguera se obtuvo una captación temprana del 61.25% en lo cual difiere de nuestro estudio, en lo que refiere el estudio realizado por Suellen A. Díaz O, titulado “Control Prenatal como antecedente de importancia en la morbimortalidad neonatal en el Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti” – Barcelona, octubre – diciembre del 2008” en el cual se concluyó que se captó tempranamente a 91 (33.96%) madres pertenecientes del estudio en contraposición del 66.04% que tuvieron un inadecuado o nulo control.

En relación al rango de edad de las embarazadas fue de 20 – 34 años de edad en un 100% en nuestro estudio, considerando que el resultado obtenido en esta investigación concuerda con un estudio descriptivo transversal titulado “Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia” realizado entre agosto 2010 y enero 2011, en el servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia Lima, Perú en donde la edad promedio fue de 26,4 años y 60 pacientes (15,6%) mayores de 35 años, mientras que en otro estudio realizado en el Hospital Rossell de Montevideo,

Uruguay se concluyó que la edad promedio fue de 17 años y en el estudio realizado por Astrid Milena resultó que de 200 gestantes, el grupo etareo predominante fue el de 15 a 18 años con un porcentaje de 28% (56 pacientes), seguido del grupo de 19 a 21 años con un porcentaje de 18% (36 pacientes), y 12 gestantes mayores de 37 años que corresponden al 12%.

En relación al estado civil que predominó en nuestro estudio fueron las solteras con un 55.43% (148 casos) y el restante (119 casos) corresponden al 44.57% de las pacientes eran casadas en relación con el estudio del Hospital Cayetano el 71,6% era conviviente (acompañados), en el estudio realizado en el Hospital Rossell de Montevideo, Uruguay, en donde la mayoría de las pacientes presentaron un estado civil de solteras con un 73% e igual en el estudio en el servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia Lima, Perú el 71,6% eran solteras (convivientes) y en el estudio por Astrid Milena se registró que en el estado civil que predominaba entre las usuarias fue el de Unión libre 62%, seguido de soltera 32%, casada 5,5%, y viuda 0,5%.

En relación a la escolaridad el 22.8% de las gestantes (61 casos) completaron su secundaria, el 21.0 % (56 casos) cursaron secundaria incompleta, el 16.9% (45 casos) cursaron una carrera técnica, el 16.5% (44 casos) completaron su primaria, el 13.5% (36 casos) eran universitarias, el 7.5 % (20 casos) no completaron su primaria y el 1.9% (5 casos) eran alfabetas y en el estudio del Hospital Cayetano predominó el 50% con la secundaria completa, analfabetas 1.3%, primaria completa 30.5%, estudios superiores 5.5% y en el estudio realizado en el Hospital de Rossell de Montevideo, Uruguay en donde las mujeres tenían su secundaria completa con un 58% por lo cual se relaciona con los estudios anteriores donde la mayoría de las pacientes tienen su secundaria completada en comparación también con el estudio de Astrid Milena que en la escolaridad prevaleció el grupo de mujeres que han cursado secundaria completa con un 60%.

En lo relacionado a la procedencia demográficamente de las pacientes del estudio por Astrid Milena se encuentran que en la mayoría de las gestantes son de la cabecera municipal urbana en un 82,5% (165 pacientes) seguidas de muy poco porcentaje de la zona rural 35 pacientes (17,5%) y en nuestro estudio resultó que el 100% se encuentran o conviven en el área urbana.

En lo referente al llenado y análisis de los formularios de atención prenatal el 100% de las gestantes (267 casos) se llenó y analizó los formularios de atención prenatal en nuestro estudio y esto se asemeja en su totalidad al estudio realizado en Bogotá, Colombia por Katerinne Castaño que en un 100% se cumplió en su cabalidad el llenado y análisis de los formularios de atención.

En relación a la clasificación del embarazo al 100% de las pacientes que acudieron a su control prenatal (267 casos) se clasificó el embarazo de bajo riesgo en nuestro estudio y en la investigación por Milena Noguera se clasificó el embarazo de las pacientes en un 94%.

Con respecto al interrogatorio en cuanto a la ocupación de las pacientes en el estudio realizado en Lima, Perú el 23.4% del personal de salud que atendía a las pacientes se indago, en nuestro estudio fue del 71.9% de las gestantes (192 casos) se les preguntó si trabajaban, en comparación con el 28.1% (75 casos) a las cuales no se les pregunto si trabajaban y en el estudio de Astrid Milena en un 100% se les realizo el interrogatorio por el personal médico de salud.

En lo que corresponde a la orientación básica sobre cada uno de sus atenciones prenatales de las pacientes en nuestro estudio al 100% de las gestantes (267 casos) la recibieron la orientación en cambio en el estudio hecho por Astrid Milena Noguera el 97.5% recibo esa orientación básica y el 2.5 % no recibió ninguna orientación básica.

Con respecto al examen físico completo de nuestro estudio al 53.56% de gestantes (143 casos) no se les realizó un examen físico completo, en comparación con el 46.44% (124 casos) en los cuales si se les realizo un examen físico completo a las gestantes y en comparación al trabajo titulado "Evaluación de la calidad de la Atención del programa de Control Prenatal a partir de la Atención brindada a las usuarias en el Centro de Salud Suroccidente de la ESE Popayán Enero de 2011 – Junio de 2011 por la autora Astrid Milena Noguera Ramírez, se concluyó que al 62% se les realizo su debido examen físico completo y al 38% no se les realizo su examen físico completo.

En lo que se refiere a la talla materna de las pacientes de nuestro estudio en un 100% se les realizo esa actividad en su captación, en cambio al estudio por Astrid Milena Noguera solo al 63% se les realizo la medición de talla materna; la toma del peso materno se



realizó en un 100% en su captación en nuestro estudio por lo cual coincide en el estudio de Milena Noguera que también fue en un 100% la toma del peso materno.

En nuestro estudio el llenado de las gráficas del incremento del peso materno se realizó en un 100% por lo consiguiente en el estudio de Astrid Milena se realizó el llenado en un 46% esa variable en estudio.

A lo tocante a la medición de signos vitales en el estudio realizado por Astrid Milena Noguera Ramírez en el 100% no se les realizó la medición de los signos vitales completos y en nuestro estudio en comparación con el de Milena, resultó que al 100% (267 totales de casos) se les realizó la medición de los signos vitales.

En lo relacionado a los exámenes auxiliares complementarios en los controles prenatales como son el (VIH/SIDA, HEMOGLOBINA, GLICEMIA, TIPO Y RH) en el estudio realizado en Lima, Perú al 62,0% se les indicó su realización en su captación y en nuestro estudio se indicó su realización en un 100% y en el estudio de Bogotá, Colombia por Katerinne Castaño se realizaron los exámenes en un 100% en el primer trimestre, las ecografías se realizaron en un 100% en las pacientes, el Papanicolaou en el 100% y en nuestro estudio al 50.6% de las gestantes el personal de salud indicó ultrasonido obstétrico, el Papanicolaou en un 60.3% de las pacientes y en relación al estudio realizado por Astrid Milena Noguera refiere que al 95.5% les enviaron los exámenes auxiliares complementarios.

En lo que refiere a la interpretación de exámenes realizados en la primera atención prenatal al 100% (267 totales de casos) se les interpretó los exámenes en nuestro estudio y en la investigación por Astrid Milena Noguera se interpretaron los exámenes solo al 38% de las pacientes del estudio.

En el estudio de Milena Noguera se realizó el examen de mamas solo al 32%, el examen obstétrico al 93.5% se les hizo y el examen odontológico en un 84% y en nuestro estudio el examen de mamas se realizó en un 85.4%, y el examen odontológico al 40.82% se les realizó su respectivo examen odontológico.

Con respecto al tercer trimestre, en la cuarta atención prenatal en el estudio de Milena Noguera resultó que al 88% de las mujeres del estudio se les realizó la altura de fondo

uterino, en el 94% no se realizó las maniobras de Leopold, la frecuencia cardíaca fetal no se realizó en un 90% y en nuestro estudio al 100% se les realizó la altura del fondo uterino, al 100% se les realizaron las maniobras de Leopold y la frecuencia cardíaca fetal se les tomó a las pacientes en un 100%.

En cuanto a los factores de riesgo del embarazo, en el estudio de Lima, Perú se indagó en un 15.1% sobre los factores de riesgo, en nuestro estudio en el primer trimestre resultó su interrogatorio el 100% (267 casos) que el personal de salud se indagó si las pacientes poseían factores de riesgo en su embarazo actual de las gestantes y esto se compara con el estudio de Bogotá, Colombia que en un 100% se indagó en los factores de riesgo de las pacientes del estudio en la institución prestadora de servicios en Bogotá y en el estudio por Astrid Milena se indagó el personal médico en un 100% y también en la variable de signos y síntomas de peligro en un 100% al igual que en el estudio que realizamos en el Centro de Salud Francisco Buitrago en un 100% se indagó sobre signos y síntomas de peligro.

En lo que refiere a la charla materna sobre lactancia y parto en el estudio por Astrid Milena Noguera en un 86% no se realizó esta actividad a las pacientes por el personal médico en el tercer trimestre y en comparación con nuestro estudio se analizó que al 56.55% de las pacientes se les brindó consejería en el tercer trimestre mientras que en un 43.45% no se les brindó consejería sobre lactancia materna y parto.

En lo que conlleva al abordaje terapéutico en el estudio resultó que en un 100% de las gestantes que acudieron a su control prenatal en el I trimestre el personal de salud prescribió sulfato ferroso más ácido fólico; el 99.6% de las gestantes que acudieron a su control prenatal durante el II Trimestre el personal de salud prescribió sulfato ferroso más ácido fólico, el 65.9% prescribió Albendazol, el 100% (267 casos) de las gestantes que acudieron a su control prenatal indicó calcio, el 100% el personal de salud prescribió aspirina y en el III trimestre el 98,9% de las gestantes que acudieron a su control prenatal el personal de salud prescribió sulfato ferroso más ácido fólico, el 100% de las gestantes el personal de salud prescribió calcio, el 100% el personal de salud prescribió aspirina y en el estudio realizado en Bogotá, Colombia en un 100% de las pacientes en estudio se les indicó su tratamiento oportuno según protocolo y en el estudio por Astrid Milena Noguera al 94.5% se les brindó su tratamiento a las pacientes incluidas en el estudio.

En lo concerniente a la vacunación de la Toxoide Tetánica en nuestro estudio se aplicó en sus dos respectivas dosis a las pacientes embarazadas al 59.9% de gestantes (160 casos), a diferencia del 40.07% (107 casos) en los cuales no se realizó la aplicación de vacuna antitetánica y en el estudio realizado por Astrid Milena Noguera Ramírez se determinó que a un 68% se les administro dicha vacuna.

### 3.3 Conclusiones

- ✚ Todas las pacientes en relación a la edad comprendían el grupo etareo de 20 – 34 años, procedentes del área urbana; el 55.43% eran solteras, el 39.7% eran de religión católica, el 22.8% completaron su secundaria.
- ✚ En relación al abordaje diagnóstico de las mujeres en estudio en la primera atención prenatal en lo más relevante, se logró captar a las pacientes en un 100% antes de las 12 semanas de gestación, se indicó en un 100% las pruebas de VIH/SIDA, Tipo y RH, Hemoglobina, Glicemia, Examen General de Orina, al 8.2% se indicó la prueba de RPR, al 71,5% no se indicó la realización de toxotest, al 50.6% se les indicó ultrasonido obstétrico, al 85.4% se les realizo examen de mamas, al 82.8% se les realizo especuloscopía.
- ✚ En lo que refiere el segundo control prenatal en el 100% se interpretaron los exámenes realizados en la primera atención prenatal.
- ✚ En lo relevante de la tercera atención prenatal, al 100% de las pacientes no se les indico la prueba de VIH/SIDA, y en el 98.1% no se indicó la prueba de Reagina Rápida de Plasmina (RPR).
- ✚ En la cuarta atención prenatal al 91.4% se realizó consejería sobre lactancia materna y parto, en un 100% se realizó las maniobras de Leopold.
- ✚ Con respecto al abordaje terapéutico utilizado en las embarazadas en estudio, en el primer trimestre se prescribió en un 100% sulfato ferroso más ácido fólico; en el segundo trimestre el 99.6% se prescribió sulfato ferroso más ácido fólico, el 65.9% se prescribió Albendazol, el calcio y la aspirina se indicó en un 100%; En el tercer trimestre al 98.9% se prescribió sulfato ferroso más ácido fólico, al 14.6% se les prescribió Albendazol y al 100% de las pacientes (267 casos totales del estudio) se les indico calcio y aspirina.

### 3.4 Recomendaciones

- ✚ Se insta a los médicos la importancia del envío de todos los exámenes de laboratorios y clínicos en tiempo y forma a las pacientes en cada uno de sus controles prenatales, como lo pueden ser el examen odontológico, el toxotest, la reagina rápida de plasmina (RPR) en el primer trimestre.
- ✚ Concientizar al personal de salud a la indicación nuevamente de los exámenes en el tercer trimestre como lo son el VIH/SIDA y la reagina rápida de plasmina (RPR) a las mujeres gestantes que acuden a sus controles prenatales.

## Capítulo IV – Referencias Bibliográficas

### 4.1 Bibliografía Básica

Claudia Arispe, M. S. (diciembre de 2011). *Sci Flo Perú*. Recuperado el 20 de octubre de 2014, de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2011000400004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2011000400004&script=sci_arttext)

Cardenas., C. R. (Julio - Diciembre de 2011). "Causas por las cuáles las gestantes acuden tardíamente al control prenatal, reciben un número bajo de controles o no reciben ninguna atención de salud durante la gestación". Obtenido de <http://www.bdigital.unal.edu.co/20614/1/16776-52565-1-PB.pdf>

Díaz, S. (2008). "Control prenatal como antecedente en la morbimortalidad neonatal en el Hospital Universitario DR. Luis Razetti en Barcelona, de octubre a Diciembre del 2008". Barcelona.

Espinoza, O. (2010). "Mejoramiento en la calidad de atención de enfermería en la mujer embarazada y recién nacido del centro Obstétrico del Hospital Homero Castañier Crespo Azogues- Cañar 2010" .

García, O. M. (2009). *La calidad del control prenatal en el establecimiento de salud del primer nivel de atención de Lima*. Lima, PERÚ.

Castaño, K. L. (2009). *Calidad de la atención del control prenatal en una Institución prestadora de servicios*. Bogotá, Colombia.

Hicks, B. (2013). *Enciclopedia Médica en español*. España: Elsevier.

Instituto Nacional de Información de Desarrollo. (Junio de 2013). *ENCUESTA NICARAGÜENSE DE DEMOGRAFIA Y SALUD 2011/12 ENDESA 2011/12*. Obtenido de [http://www.inide.gob.ni/endesa/Endesa11\\_12/HTML/endesa11/assets/common/downloads/InformePreliminar.pdf](http://www.inide.gob.ni/endesa/Endesa11_12/HTML/endesa11/assets/common/downloads/InformePreliminar.pdf)

Maigl, L. (15 de Febrero de 2013). *Vanguardia.com*. Recuperado el 20 de 10 de 2014, de <http://www.vanguardia.com/actualidad/colombia/196270-estudio-revela-causas-de-inasistencia-a-controles-prenatales>

Margarita Gurdíán López. (Mayo de 2013). *Salud Materna e Infantil en Nicaragua*. Obtenido de [http://www.bvsde.org.ni/Web\\_textos/OPS/OPS0010/saludMaterna.pdf](http://www.bvsde.org.ni/Web_textos/OPS/OPS0010/saludMaterna.pdf)

Ministerio de salud,. (Agosto de 2008). "Normas y Protocolos para la Atención Prenatal, Parto, Recién nacido y puerperio de bajo riesgo". Managua, Nicaragua.

- Oswaldo Tipiani, C. T. (2006). *EL CONTROL PRENATAL Y EL DESENLACE MATERNOPERINATAL*.  
*Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia.*, 248 - 149.
- Villar J, C. G. (Noviembre de 2004). *Base de datos cochrane de revisiones sistemáticas. Obtenido de Base de datos cochrane de revisiones sistemáticas.: Villar J, Carroli G, Khan Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M. Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo . Base de Datos*
- Noguera, M. (2011). *Evaluación de la calidad de la atención del programa de control prenatal a partir de la atención brindada a las usuarias en el centro de Salud Suroccidente de la ESE Popayán en Enero 2011-Junio 2011. Bogotá, Colombia.*
- Ferreira., L. e. (21 de Febrero de 2012). Obtenido de <http://www.monografias.com/trabajos26/embarazo-adolescente/embarazo-adolescente.shtml#analisis#ixzz3OCov0hgl>
- Rodríguez, M. (2012). *“Cumplimiento y aplicación de las normas de atención del puerperio por el personal de enfermería en el Hospital Dr. Rafael Serrano López, 2011-2012”*. La libertad, Ecuador.
- Stanziola., R. L. (2009). *“La calidad de la aplicación de las normas de atención prenatal brindada por el personal de salud a las madres de los niños menores de un año fallecidos en el centro de Coto Brus, Costa Rica en el año 2009”* . Costa Rica.
- Wong Blandón, Y. C. (2002). *“Percepción de la Calidad de la atención prenatal de los Servicios de Salud: perspectivas de los usuarios en Matagalpa durante Noviembre 2002”*. Matagalpa, Nicaragua.

## Capítulo V – Anexos



## 5.1 Cuadros y gráficos

**Tabla número 1.**

Características demográficas de las pacientes embarazadas de bajo riesgo atendidas en el Centro de Salud “Francisco Buitrago” Managua, 2013.

n: 267

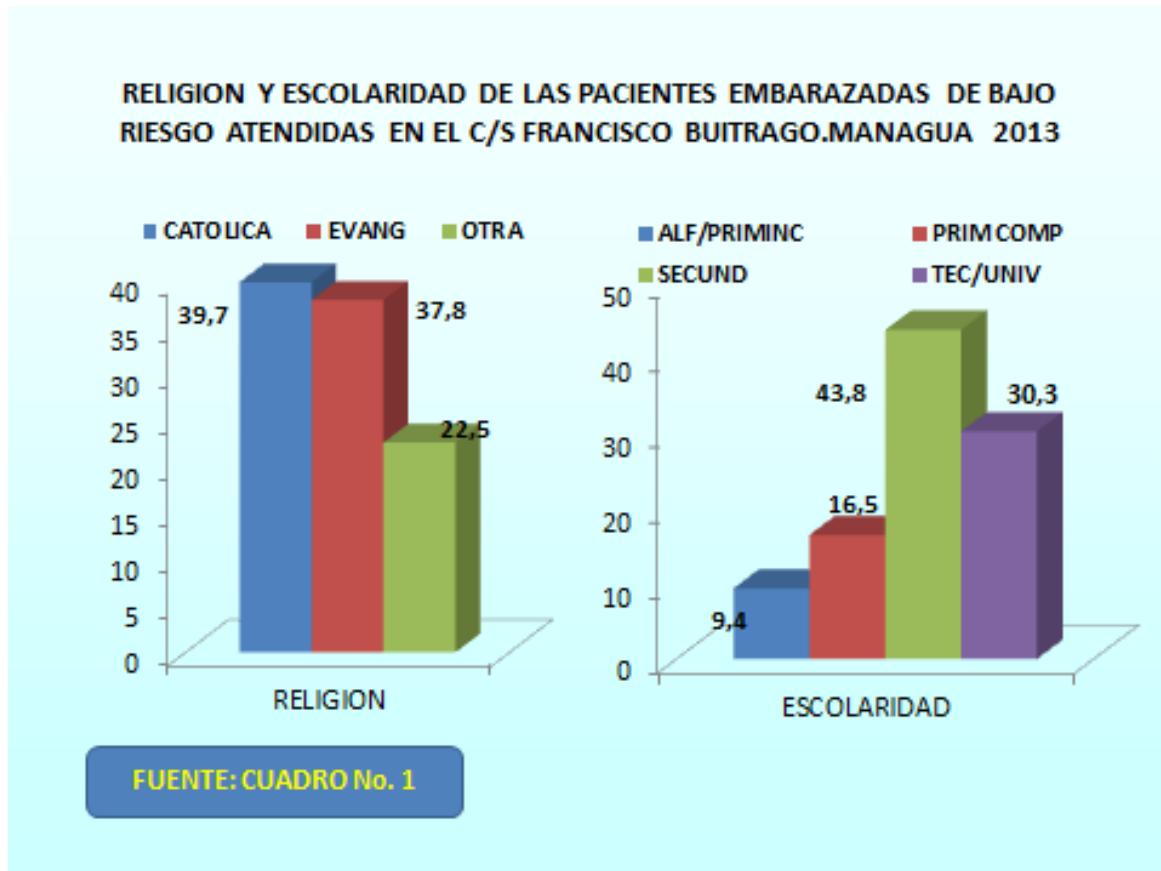
Características demográficas de las pacientes en estudio.	Frecuencia	Porcentaje
<b>Estado civil:</b>		
Casada	119	44.5
Soltera	148	55.4
<b>Religión:</b>		
Católico	106	39.7
Evangélico	101	37.8
Otros	60	22.5
<b>Escolaridad:</b>		
Alfabetas	5	1.9
P. incompleta	20	7.5
P. completa	44	16.5
S. incompleta	56	21.0
S. completa	61	22.8
Técnico	45	16.9
Universitarias	36	13.5

Fuente: Expediente clínico de las pacientes embarazadas de bajo riesgo atendidas en el Centro de Salud “Francisco Buitrago” Managua, 2013.

### Gráfico número 1.

Características demográficas de las pacientes embarazadas de bajo riesgo atendidas en el Centro de Salud "Francisco Buitrago" Managua, 2013.

n: 267



**Tabla número 2.**

Cumplimiento de las actividades básicas en el primer control prenatal de las pacientes embarazadas de bajo riesgo atendidas en el Centro de Salud “Francisco Buitrago” Managua, 2013. n: 267

Actividades básicas de las pacientes en estudio.	Cumplimiento	
	Frecuencia	Porcentaje
<b>llenado y análisis de formularios de Atención prenatal</b>	267	100.0
<b>Clasificación de embarazo de bajo riesgo</b>	267	100.0
<b>Medición de signos vitales</b>	267	100.0
<b>Medición de peso e Incremento de peso materno</b>	267	100.0
<b>Examen obstétrico (Altura de fondo uterino, llenado y evaluación de curva de crecimiento fetal)</b>	267	100.0
<b>Prueba rápida de bacteriuria y proteinuria</b>	267	100.0
<b>Se brindó consejería</b>	267	100.0
<b>Orientaciones básicas de cada APN</b>	267	100.0
<b>Indicación de próxima cita de Atención prenatal</b>	267	100.0
<b>Captación antes de las 12 semanas</b>	267	100.0
<b>Entrega del carnet perinatal</b>	267	100.0
<b>Situaciones especiales (abuso sexual)</b>	124	46.4
<b>Examen físico general completo</b>	124	46.4
<b>Trabaja en la actualidad</b>	192	71.9
<b>Se indaga sobre violencia doméstica</b>	201	75.3

Fuente: Expediente clínico de las pacientes embarazadas de bajo riesgo atendidas en el Centro de Salud “Francisco Buitrago” Managua, 2013.

### Tabla número 3.

Interrogatorio de antecedentes personales patológicos en el primer control prenatal de las pacientes embarazadas de bajo riesgo atendidas en el Centro de Salud “Francisco Buitrago” Managua, 2013.

n: 267

Interrogatorio de antecedentes personales patológicos de las pacientes en estudio	Cumplimiento	
	Frecuencia	Porcentaje
<b>Alergias</b>	215	80.5
<b>Uso actual de medicamentos</b>	215	80.5
<b>Trombosis o embolia</b>	215	80.5
<b>Exposición a agentes teratógenos</b>	188	70.4
<b>Metales pesados</b>	188	70.4
<b>Químicos tóxicos</b>	188	70.4
<b>Radiación Ionizante</b>	188	70.4
<b>Hepatitis en la actualidad</b>	211	79.0
<b>Partos distócicos anteriores</b>	267	100.0
<b>Desprendimiento de placenta en embarazo anterior</b>	267	100.0
<b>Retardo del crecimiento uterino</b>	267	100.0
<b>Portadora del VIH/SIDA</b>	267	100.0
<b>ITS</b>	267	100.0
<b>Infecciones vaginales recurrentes</b>	267	100.0
<b>Sospecha de diabetes gestacional</b>	267	100.0

Fuente: Expediente clínico de las pacientes embarazadas de bajo riesgo atendidas en el Centro de Salud “Francisco Buitrago” Managua, 2013.

#### Tabla número 4.

Servicios básicos en el primer control prenatal de las pacientes embarazadas de bajo riesgo atendidas en el Centro de Salud "Francisco Buitrago" Managua, 2013.

n: 267

Servicios básicos de pacientes en estudio	Cumplimiento	
	Frecuencia	Porcentaje
<b>Tipo de vivienda, tamaño, número de ocupantes</b>	180	67.4
<b>Agua potable</b>	180	67.4
<b>Inodoro</b>	180	67.4
<b>Letrina</b>	180	67.4
<b>Luz eléctrica</b>	180	67.4

Fuente: Expediente clínico de las pacientes embarazadas de bajo riesgo atendidas en el Centro de Salud "Francisco Buitrago" Managua, 2013.

### Tabla número 5.

Signos y síntomas en el primer control prenatal de pacientes embarazadas de bajo riesgo atendidas en el Centro de Salud "Francisco Buitrago" Managua, 2013.

n: 267

Signos y síntomas de pacientes en estudio	Cumplimiento	
	Frecuencia	Porcentaje
<b>Náuseas y vómitos frecuentes</b>	267	100.0
<b>Presencia de varices en miembros inferiores</b>	267	100.0
<b>Dolor de cabeza</b>	267	100.0
<b>Acidez estomacal</b>	267	100.0
<b>Disuria</b>	267	100.0
<b>Sangrado vaginal</b>	267	100.0
<b>Calambres</b>	267	100.0

Fuente: Expediente clínico de las pacientes embarazadas de bajo riesgo atendidas en el Centro de Salud "Francisco Buitrago" Managua, 2013.

### Tabla número 6.

Examen físico en el primer control prenatal de las pacientes embarazadas de bajo riesgo atendidas en el Centro de Salud "Francisco Buitrago" Managua, 2013.

n: 267

Examen físico de las pacientes en estudio	Cumplimiento	
	Frecuencia	Porcentaje
<b>Altura de fondo uterino</b>	267	100.0
<b>IMC</b>	267	100.0
<b>Medición de talla materna</b>	267	100.0
<b>Medición de peso materno</b>	267	100.0
<b>Evidencia de sangrado transvaginal</b>	265	99.3

Fuente: Expediente clínico de las pacientes embarazadas de bajo riesgo atendidas en el Centro de Salud "Francisco Buitrago" Managua, 2013.

### Tabla número 7.

Evidencia de anemia en el primer control prenatal de las pacientes embarazadas de bajo riesgo atendidas en el Centro de Salud "Francisco Buitrago" Managua, 2013.

n: 267

Evidencia de anemia de pacientes en estudio	Cumplimiento	
	Frecuencia	Porcentaje
<b>Palidez en piel</b>	151	56.5
<b>Palidez en uñas</b>	151	56.5
<b>Palidez en conjuntiva</b>	151	56.5
<b>Palidez en mucosa oral</b>	150	56.1
<b>Falta de aire</b>	150	56.1

Fuente: Expediente clínico de las pacientes embarazadas de bajo riesgo atendidas en el Centro de Salud "Francisco Buitrago" Managua, 2013.



### Tabla número 8.

Exámenes de laboratorio en el primer control prenatal de las pacientes embarazadas de bajo riesgo atendidas en el Centro de Salud “Francisco Buitrago” Managua, 2013.

n: 267

Exámenes de laboratorio de las pacientes en estudio	Cumplimiento	
	Frecuencia	Porcentaje
<b>EGO</b>	267	100.0
<b>Prueba de VIH- SIDA</b>	267	100.0
<b>Glucemia</b>	267	100.0
<b>Hemoglobina</b>	267	100.0
<b>Tipo y Rh</b>	267	100.0
<b>Reagina rápida de plasmina (RPR)</b>	22	8.2
<b>toxotest</b>	76	28.5

Fuente: Expediente clínico de las pacientes embarazadas de bajo riesgo atendidas en el Centro de Salud “Francisco Buitrago” Managua, 2013.

### Tabla número 9.

Exámenes complementarios en el primer control prenatal en las pacientes embarazadas de bajo riesgo atendidas en el Centro de Salud "Francisco Buitrago" Managua, 2013.

n: 267

Exámenes complementarios en las pacientes en estudio	Cumplimiento	
	Frecuencia	Porcentaje
<b>Ultrasonido Obstétrico si está indicado</b>	135	50.6
<b>Examen de mamas</b>	228	85.4
<b>Examen odontológico</b>	109	40.8
<b>Exudado vaginal</b>	161	60.3
<b>Papanicolaou (PAP)</b>	161	60.3
<b>Especuloscopia</b>	221	82.8

Fuente: Expediente clínico de las pacientes embarazadas de bajo riesgo atendidas en el Centro de Salud "Francisco Buitrago" Managua, 2013.

### Tabla número 10.

Abordaje clínico en el segundo control prenatal de las pacientes embarazadas de bajo riesgo atendidas en el Centro de Salud "Francisco Buitrago" Managua, 2013.

n: 267

Abordaje clínico de las pacientes en estudio	Cumplimiento	
	Frecuencia	Porcentaje
<b>Medición de signos vitales</b>	267	100.0
<b>Se programó la 2da atención prenatal cerca de la semana 26</b>	267	100.0
<b>Interpretación de exámenes realizados en la 1ra atención prenatal</b>	267	100.0
<b>Reconocimiento de los movimientos fetales</b>	267	100.0
<b>Dolor de cabeza</b>	267	100.0
<b>Ingesta de otros medicamentos diferentes al hierro y Acido fólico</b>	204	76.4

Fuente: Expediente clínico de las paciente embarazadas de bajo riesgo atendidas en el Centro de Salud "Francisco Buitrago" Managua, 2013.

### Tabla número 11.

Examen físico del segundo control prenatal en pacientes embarazadas de bajo riesgo atendidas en el Centro de Salud "Francisco Buitrago" Managua, 2013.

n: 267

Examen físico de las pacientes en estudio	Cumplimiento	
	Frecuencia	Porcentaje
Sangrado vaginal	267	100.0
Flujo vaginal	267	100.0
Salida de líquido amniótico	267	100.0
Maniobras de Leopold	267	100.0
Medición de peso materno	267	100.0
Frecuencia cardíaca fetal	267	100.0
Altura de fondo uterino	267	100.0
Presencia de edema generalizado	163	61.0
Especuloscopía	22	8.2

Fuente: Expediente clínico de las pacientes embarazadas de bajo riesgo atendidas en el Centro de Salud "Francisco Buitrago" Managua, 2013.

### Tabla número 12.

Signos y síntomas de anemia en el segundo control prenatal en pacientes embarazadas de bajo riesgo atendidas en el Centro de Salud “Francisco Buitrago” Managua, 2013.

n: 267

Signos y síntomas de anemia en pacientes en estudio	Cumplimiento	
	Frecuencia	Porcentaje
Palidez en piel	150	56.1
Palidez en uñas	150	56.1
Palidez en conjuntiva	151	56.5
Palidez en mucosa oral	152	56.9
Falta de aire	152	56.9

Fuente: Expediente clínico de las pacientes embarazadas de bajo riesgo atendidas en el Centro de Salud “Francisco Buitrago” Managua, 2013.

### Tabla número 13.

Atención clínica en el tercer control prenatal de las pacientes embarazadas de bajo riesgo atendidas en el Centro de Salud "Francisco Buitrago" Managua, 2013.

n: 267

Atención clínica de las pacientes en estudio	Cumplimiento	
	Frecuencia	Porcentaje
<b>Medición de signos vitales</b>	267	100.0
<b>Se programó la 3ra atención prenatal a las 32 semanas</b>	267	100.0
<b>Consejería de lactancia materna y parto</b>	151	56.5
<b>Reconocimiento de los movimientos fetales</b>	232	86.9
<b>Dolor abdominal o lumbar</b>	103	38.6
<b>Dolor en la parte alta del abdomen</b>	98	36.7
<b>Ingesta de otros medicamentos diferentes al hierro y Acido fólico</b>	246	92.1
<b>Convulsiones</b>	185	69.3
<b>Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)</b>	146	54.6

Fuente: Expediente clínico de las pacientes embarazadas de bajo riesgo atendidas en el Centro de Salud "Francisco Buitrago" Managua, 2013.

#### Tabla número 14.

Examen físico del tercer control prenatal de las pacientes embarazadas de bajo riesgo atendidas en el Centro de Salud "Francisco Buitrago" Managua, 2013.

n: 267

Examen físico de las pacientes en estudio	Cumplimiento	
	Frecuencia	Porcentaje
<b>Contracciones uterinas</b>	89	33.3
<b>Especuloscopía</b>	10	3.7
<b>Sangrado vaginal</b>	92	34.5
<b>Flujo vaginal</b>	94	35.2
<b>Salida de líquido amniótico</b>	112	41.9
<b>Medición de peso materno</b>	267	100.0
<b>Frecuencia cardíaca fetal</b>	266	99.6
<b>Altura de fondo uterino</b>	267	100.0
<b>Maniobras de Leopold</b>	267	100.0
<b>Presencia de edema generalizado</b>	87	32.6

Fuente: Expediente clínico de las pacientes embarazadas de bajo riesgo atendidas en el Centro de Salud "Francisco Buitrago" Managua, 2013.

### Tabla número 15.

Exámenes de laboratorio del tercer control prenatal de las pacientes embarazadas de bajo riesgo atendidas en el Centro de Salud "Francisco Buitrago" Managua, 2013.

n: 267

Exámenes de laboratorio en las pacientes en estudio	Cumplimiento	
	Frecuencia	Porcentaje
<b>Reagina Rápida de Plasmina (RPR)</b>	5	1.9

Fuente: Expediente clínico de las pacientes embarazadas de bajo riesgo atendidas en el Centro de Salud "Francisco Buitrago" Managua, 2013.



### Tabla número 16.

Abordaje clínico en la cuarta atención prenatal en pacientes embarazadas de bajo riesgo atendidas en el Centro de Salud "Francisco Buitrago" Managua, 2013.

n: 267

Abordaje clínico de las pacientes en estudio	Cumplimiento	
	Frecuencia	Porcentaje
<b>Medición de signos vitales</b>	267	100.0
<b>Convulsión</b>	223	83.5
<b>Se programó la 4ta atención prenatal a las 36 ó 38 semanas</b>	267	100.0
<b>Infecciones de transmisión sexual (ITS)</b>	196	73.4
<b>Consejería de lactancia materna y parto</b>	244	91.4
<b>Ingesta de otros medicamentos diferentes al hierro y ácido fólico</b>	197	73.8
<b>Reconocimiento de los movimientos fetales</b>	230	86.1
<b>Dolor de cabeza</b>	219	82.0

Fuente: Expediente clínico de las pacientes embarazadas de bajo riesgo atendidas en el Centro de Salud "Francisco Buitrago" Managua, 2013.

### Tabla número 17.

Exámen físico en la cuarta atención prenatal de las pacientes embarazadas de bajo riesgo atendidas en el Centro de Salud “Francisco Buitrago” Managua, 2013.

n: 267

Examen físico de las pacientes en estudio	Cumplimiento	
	Frecuencia	Porcentaje
<b>Dolor abdominal o lumbar</b>	224	83.9
<b>Dolor en la parte alta del abdomen</b>	201	75.3
<b>Contracciones uterinas</b>	217	81.3
<b>Sangrado vaginal</b>	221	82.8
<b>Flujo vaginal</b>	208	77.9
<b>Salida de líquido amniótico</b>	246	92.1
<b>Medición de peso materno</b>	267	100.0
<b>Frecuencia cardíaca fetal</b>	267	100.0
<b>Altura de fondo uterino</b>	267	100.0
<b>Maniobras de Leopold</b>	267	100.0
<b>Presencia de edema generalizado</b>	212	79.4
<b>Examen pélvico para evaluar desproporción feto pélvica por un especialista</b>	127	47.5
<b>Especuloscopia</b>	14	5.2

Fuente: Expediente clínico de las pacientes embarazadas de bajo riesgo atendidas en el Centro de Salud “Francisco Buitrago” Managua, 2013.

**Tabla número 18.**

Abordaje terapéutico de las pacientes embarazadas de bajo riesgo atendidas en el Centro de Salud “Francisco Buitrago” Managua, 2013.

n: 267

Abordaje terapéutico	Cumplimiento	
	Frecuencia	Porcentaje
<b>(I Trimestre)</b>		
Sulfato Ferroso más Ácido Fólico	267	100.0
Aplicación de vacuna antitetánica primera dosis	160	59.9
<b>(II Trimestre)</b>		
Aplicación de vacuna antitetánica segunda dosis	160	59.9
Sulfato Ferroso más Ácido Fólico	266	99.6
Albendazol	176	65.9
Calcio	267	100.0
Aspirina	267	100.0
<b>(III Trimestre)</b>		
Sulfato Ferroso más Ácido Fólico	264	98.9
Albendazol	39	14.6
Calcio	267	100.0
Aspirina	267	100.0

Fuente: Expediente clínico de las pacientes embarazadas de bajo riesgo atendidas en el Centro de Salud “Francisco Buitrago” Managua, 2013.

## 5.2 Instrumento de recolección de la información

### Hoja de ficha de revisión del expediente clínico.

“Cumplimiento del protocolo del control prenatal en embarazadas de bajo riesgo atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago, Managua 2013.”

Objetivo 1: Características demográficas de las embarazadas en estudio.

Edad:

- ✓ Menos de 20 años\_\_\_\_\_
- ✓ De 20 a 34 años\_\_\_\_\_
- ✓ Mayor de 35 años\_\_\_\_\_

Procedencia:

- ✓ Urbano:\_\_\_\_\_
- ✓ Rural:\_\_\_\_\_

Estado civil:

- ✓ Casada:\_\_\_\_\_
- ✓ Soltera:\_\_\_\_\_

Religión

- ✓ Católico:\_\_\_\_\_
- ✓ Evangélico:\_\_\_\_\_
- ✓ Otros:\_\_\_\_\_

Escolaridad

- ✓ Analfabeta:\_\_\_\_\_
- ✓ Alfabeto:\_\_\_\_\_
- ✓ P. incompleta:\_\_\_\_\_
- ✓ P. completa: \_\_\_\_\_
- ✓ S. incompleta: \_\_\_\_\_
- ✓ S. completa:\_\_\_\_\_
- ✓ Técnico: \_\_\_\_\_
- ✓ Universitaria:\_\_\_\_\_

## Objetivo 2: Describir el abordaje diagnóstico de las embarazadas en estudio.

Cumplimiento:

IAPN- IIAPN- IIIAPN- IVAPN

Si/No Si/No Si/No Si/No

### 1. Actividades básicas.

- ✓ Llenado y análisis de formularios de atención prenatal
- ✓ Clasificación de embarazo de bajo riesgo
- ✓ Se indaga sobre violencia doméstica
- ✓ Medición de signos vitales (p/a, f/r, t°, f/c, pulso)
- ✓ Medición de peso e Incremento de peso materno
- ✓ Examen físico general completo
- ✓ Examen obstétrico (Altura de fondo uterino, evaluación de curva de crecimiento fetal)
- ✓ Prueba rápida de bacteriuria y proteinuria
- ✓ Se brindó consejería
- ✓ Orientaciones básicas de cada Atención prenatal
- ✓ Indicación de próxima cita de Atención prenatal

### 2. Interrogatorio.

- ✓ Entrega del carné perinatal
- ✓ Trabaja en la actualidad
- ✓ Exposición a agentes teratógenos:
- ✓ Metales pesados
- ✓ Químicos tóxicos
- ✓ Radiación Ionizante
- ✓ Tipo de vivienda, tamaño, número de ocupantes

---

### ✓ Servicios básicos:

---

- ✓ Agua potable
- ✓ Luz eléctrica
- ✓ Letrina
- ✓ Inodoro
- ✓ Ha tenido malaria o hepatitis en la actualidad
- ✓ Alergias
- ✓ Uso actual de medicamentos
- ✓ Trombosis o embolia
- ✓ Desprendimiento de placenta en embarazo anterior
- ✓ Partos distócicos anteriores
- ✓ Retardo del crecimiento uterino
- ✓ Portadora de VIH y sida
- ✓ Factores de riesgo del embarazo actual:
- ✓ Infecciones vaginales recurrentes:
- ✓ Candidiasis
- ✓ Vaginitis
- ✓ Sospecha de Diabetes gestacional
- ✓ Captación antes de las 12 semanas
- ✓ Se programó la 2da atención prenatal cerca de la semana 26
- ✓ Interpretación de exámenes realizados en la 1ra atención prenatal
- ✓ Se programó la 3ra atención prenatal a las 32 semanas
- ✓ Se programó la 4ta atención prenatal a las 36 ó 38 semanas
- ✓ Consejería de lactancia materna y parto
- ✓ Reconocimiento de los movimientos fetales
- ✓ Ingesta de otros medicamentos diferentes al hierro y ácido fólico
- ✓ Síntomas y signos presentes o situación particular:
- ✓ Náuseas y vómitos frecuentes
- ✓ Presencia de varices en miembros inferiores
- ✓ Dolor de cabeza
- ✓ Dolor abdominal o lumbar

---

Cumplimiento:

IAPN- IIAPN- IIIAPN- IVAPN  
Si/No Si/No Si/No Si/No

- ✓ Dolor en la parte alta del abdomen
- ✓ Acidez estomacal
- ✓ Cistitis
- ✓ Contracciones uterinas
- ✓ Sangrado vaginal
- ✓ Flujo vaginal
- ✓ Salida de líquido amniótico
- ✓ Infección de Transmisión Sexual
- ✓ Calambres
- ✓ Convulsiones
- ✓ Situaciones especiales (Abuso sexual)

---

**3. Examen físico.**

- ✓ **Medición de talla materna**
- ✓ **Medición de peso materno**
- ✓ **Índice de Masa Corporal**
- ✓ **Signos clínicos de anemia:**
- ✓ **Palidez en piel**
- ✓ **Palidez en uñas**
- ✓ **Palidez en conjuntiva**
- ✓ **Palidez en mucosa oral**
- ✓ **Falta de aire**
- ✓ **Frecuencia Cardíaca Fetal**
- ✓ **Altura de Fondo Uterino**
- ✓ **Maniobras de Leopold**
- ✓ **Examen de mamas**
- ✓ **Examen odontológico**
- ✓ **Examen vaginal de rutina, si no se realizó el control anual (Especuloscopia)**
- ✓ **Exudado**
- ✓ **Papanicolaou**
- ✓ **Evidencia de sangrado transvaginal**
- ✓ **Presencia de edema generalizado**
- ✓ **Examen pélvico para evaluar desproporción feto-pélvica por un especialista**

**4. Tipos de Exámenes de laboratorios realizados.**

- ✓ **Examen General de Orina**
  - ✓ **Prueba de VIH - SIDA**
  - ✓ **Reagina Rápida de Plasmina (RPR)**
  - ✓ **Hemoglobina**
  - ✓ **Tipo y Rh**
  - ✓ **Glicemia**
  - ✓ **Toxotest**
  - ✓ **Ultrasonido Obstétrico si está indicado**
-

### Objetivo 3: Abordaje terapéutico utilizado en las embarazadas en estudio.

	Indicados	
I trimestre		
• Sulfato ferroso más ácido fólico	Si	No
• Aplicación de vacuna antitetánica 1 dosis	Si	No
II Trimestre		
• Sulfato ferroso más ácido fólico	Si	No
• Albendazol	Si	No
• Calcio	Si	No
• Aspirina		
• Aplicación de Vacuna antitetánica 2 dosis	Si	No
III trimestre		
• Sulfato ferroso más ácido fólico	Si	No
• Albendazol	Si	No
• Calcio	Si	No
• Aspirina	Si	No