



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA DE
MATAGALPA**

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

Tema:

Destreza del personal de salud en el Manejo del Censo Gerencial en la atención prenatal, parto, puerperio y postnatal, en las áreas de atención primaria del Departamento de Matagalpa, Año 2017.

Subtema:

Destreza del personal de salud en el Manejo del Censo Gerencial en Atención Prenatal, parto, puerperio y postnatal, en el puesto de salud Lacayo Farfán en el Municipio de Matagalpa, Año 2017.

Autoras:

Br. Massiel Morales González

Br. Janett Parrales Rodríguez

Tutor:

Msc: Miguel Ángel Estopiñan



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA DE
MATAGALPA**

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

Tema:

Destreza del personal de salud en el Manejo del Censo Gerencial en la atención prenatal, parto, puerperio y postnatal, en las áreas de atención primaria del Departamento de Matagalpa, Año 2017.

Subtema:

Destreza del personal de salud en el Manejo del Censo Gerencial en Atención Prenatal, parto, puerperio y postnatal, en el puesto de salud Lacayo Farfán en el Municipio de Matagalpa, Año 2017.

Autoras:

Br. Massiel Morales González

Br. Janett PARRALES RODRÍGUEZ

Tutor:

Msc: Miguel Ángel Estopiñan

INDICE

CONTENIDO

i DEDICATORIA	i
ii. AGRADECIMIENTO.....	iii
iii. VALORACIÓN DEL DOCENTE.....	iv
iv. RESUMEN	v
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. JUSTIFICACIÓN.....	4
III. OBJETIVOS.....	5
Objetivo General:.....	5
Objetivos Específicos:	5
IV. DESARROLLO.....	6
4.1 Caracterización sociodemográfica del centro de salud Lacayo Farfán.	6
4.2 Conocimiento del personal de salud de la normativa Censo Gerencial en la atención prenatal, en el parto, en el puerperio y posnatal.....	7
4.3 Censo Gerencial.	12
4.4 Llenado y actualización de la Boleta del censo gerencial.	13
4.5 Inasistentes, prevención y búsqueda.....	28
4.6 Control semanal de las embarazadas próximas a parir.....	30
4.7 Reporte mensual de las embarazadas Inasistentes.....	33
4.8 Retroalimentación Comunitaria e Inter-Institucional	40
4.9 Monitoreo y evaluación.....	43
4.10 Actualización de Croquis.....	48
4.11 Atenciones Prenatales	49
V. CONCLUSIONES.....	91
VI. BIBLIOGRAFIA.....	92

ANEXOS

Anexo 1. Preguntas y respuestas del personal de salud.

Anexo 2. Guía de observación.

Anexo 3. Reporte semanal.

Anexo 4. Reporte mensual.

Anexo 5. Clasificación de riesgo.

Anexo 6. Historia Clínica Perinatal.

Anexo 7. Actividades Básicas de las Atención Prenatales.

Anexo 8. Boleta del Censo Gerencial.

Tablas

Tabla 1. Preguntas y respuestas del personal de salud.	8
Tabla 2. Llenado correcto de la boleta del censo gerencial.	24
Tabla 3. Acciones de prevención y búsqueda de Inasistentes.	26
Tabla 4. Control semanal de las embarazadas próximas a parir.	29
Tabla 5. Reporte mensual de inasistentes.	36
Tabla 6. Retroalimentación comunitaria e inter-institucional.	39
Tabla 7. Primer Control Prenatal.....	63
Tabla 8. Segundo Control Prenatal.....	70
Tabla 9. Tercer Control Prenatal.....	75
Tabla10. Cuarto Control Prenatal	80

DEDICATORIA 1

Dedico este seminario primeramente a Dios por ser el autor de la vida, por ayudarme a crecer día a día y darme la sabiduría para salir adelante en mis estudios.

A mi madre **María Isabel González Gadea** y mis hermanas **Izayana y Reyna** por darme su apoyo incondicional y estar conmigo en las buenas y malas sin esperar nada a cambio.

A mis hijos **Jasser y Reynaldo** por ser un pilar fundamental en mi vida y por quienes lucho día a día.

A mi esposo **Noel Membreño** que con su amor, comprensión, apoyo emocional y Económico me ha motivado en los momentos más difíciles de mi carrera.

A mis maestros que me han guiado en toda la trayectoria de mi carrera y que me han compartido sus conocimientos y experiencias en especial a mi tutor **Msc Miguel Ángel Estopiñan** quien me ha encaminado a culminar mi estudio y realizar una de mis metas.

A mis compañeras de estudio ya que mediante ellas obtuve conocimientos, compartimos buenos y malos momentos como estudiantes, por darme ánimos, consejos y sonrisas en todo momento, y sobre todo a los que por circunstancias de la vida no pudieron culminar sus estudios.

Br: Massiel Morales González.

Dedicatoria 2

Culminar esta carrera de servicio y vocación cómo es enfermería ha sido uno de más grandes logros propuestos, dedico este seminario a dios el creador de todas las cosas, que me dio la vida, salud, inteligencia, tolerancia y sabiduría; por permitirme crecer en conocimientos, lograr forjarme y finalizar mis estudios.

A mi madre **María Teresa Rodríguez** por ser un pilar fundamental en mi vida, que con su dedicación, amor y paciencia, me brido su apoyo, amor, cariño incondicional sin esperar nada a cambio, acompañándome en tiempos difíciles inspirándome a seguir a delante y llegar a culminar esta carrera.

A mi esposo **Denis Castillo Mcconell** por brindarme cariño, paciencia, apoyo emocional y económico que siempre estuvo pendiente de mi bienestar e inspirándome a seguir adelante.

A mis hijas **Elizabeth y Vanessa** que son la razón de mi vida, por brindarme amor, cariño, paciencia y apoyo en el crecimiento académico; acompañándome en todo el trayecto de esta carrera.

A mis maestros de toda mi carrera que compartieron sus conocimientos, experiencias tiempo y paciencia en especial a mi tutor **Msc Miguel Ángel Estopiñan** quien me ha encaminado a culminar mi estudio y realizar una de mis metas.

Br:Jeanett Parrales Rodríguez

AGRADECIMIENTO

A: DIOS, por habernos regalado la vida, la salud y la sabiduría en este camino a la formación profesional; así mismo, por cuidarnos todos los días con su santo manto.

A: nuestros Familia, en especial a nuestros padres por hacer de nosotras personas de bien, por darnos tiempo, paciencia y ánimo durante nuestra preparación profesional.

A: nuestros pacientes, por permitirnos el aprendizaje, ya que sin ellas no fuese posible obtener una formación como la que hoy estamos finalizando, gracias mujeres de la zona rural y urbana por su paciencia y comprensión.

A: nuestros maestros y maestras, quien desinteresadamente nos dan cada día el pan de la enseñanza su experiencia y los buenos consejos para el ejercicio de la profesión.

Al: personal de salud, por su comprensión, por sus consejos y apoyo durante las prácticas realizadas en los sectores primario y secundario de las unidades de salud, en especial a la **Lic. Luisa Amanda Rodríguez** por su cooperación en la realización de este trabajo.

Br. Massiel Morales González

Br. Jeanett PARRALES Rodríguez



VALORACION DOCENTE

Por este medio se informa, que el Seminario de Graduación para optar al Título de **Licenciatura en Enfermería Materno Infantil**, que lleva por Tema general: *DESTREZA DEL PERSONAL DE SALUD EN EL MANEJO DEL CENSO GERENCIAL EN LA ATENCION PRENATAL, PARTO, PUERPERIO Y POSTNATAL, EN LAS AREAS DE ATENCION PRIMARIA DEL DEPARTAMENTO DE MATAGALPA, AÑO 2017* y con Sub tema, **Destrezas del personal de salud en el manejo del Censo gerencial en la atención prenatal, parto, puerperio y postnatal, en el Puesto de Salud Lacayo Farfan, Matagalpa año 2017.**

Reúne los requisitos científicos y metodológicos para ser presentada y defendida ante un tribunal examinador.

Autoras: Br. Massiel Morales González

Br. Jeanett Parrales Rodríguez

MSC. Miguel Ángel Estopiñan Estopiñan

Tutor de Seminario de Graduación

RESUMEN

El Censo Gerencial debe ser una preocupación del Ministerio de Salud y de los recursos Humanos que trabajan en los Puestos de salud ya que significa el control de las mujeres embarazadas, durante su proceso de embarazo, parto, puerperio y postnatal. Por ello nuestro principal objetivo es Evaluar la destreza del personal en el Manejo del Censo Gerencial constatando el conocimiento con la normativa, Verificando las acciones de prevención y búsquedas, Valorando los momentos de registros.

En los resultados encontramos que el personal de salud no tiene conocimiento sobre el uso y manejo de dicho formato, existiendo debilidades en el llenado de algunos ítems de la boleta, constatando que en las acciones de prevención y búsqueda de inasistentes, no se realiza la identificación sistemática de pacientes, sin embargo existe evidencia del uso de los medios de comunicación. reconociendo que el control semanal no está en un lugar accesible.

Obteniendo las conclusiones de manera satisfactoria, mediante la retroalimentación en conjunto se están mejorando las debilidades, cabe destacar que el reporte mensual de las inasistentes se está trabajando correctamente porque implica obligatoriedad en los puestos de salud; Las Atenciones Prenatales se están ejecutando correctamente sin embargo no se prescriben los exámenes de laboratorio según protocolo.

I. INTRODUCCIÓN

A nivel global, las Organizaciones Mundial y Panamericana de Salud, están preocupadas por el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, donde se trazan como metas la reducción de la mortalidad materno-infantil en las áreas vulnerables.

Partiendo del problema que surge con los embarazos y que provocan complicaciones obstétricas, surgió el tema de investigación Destrezas del personal de salud en el Manejo del Censo Gerencial en la atención prenatal, en el parto, el puerperio y posnatal, en las áreas de atención del departamento de Matagalpa, año 2017, conociendo que este documento es la herramienta completa para atender y seguir el embarazo en cualquiera de sus dimensiones, que propicia informaciones epidemiológicas y estadísticas para mejorar la actuación del personal de salud ante advenimientos positivos o negativos.

Puede ser importante mencionar que se realizan estudios de niveles universitarios en regiones de las Américas, en ciudad Guatemala, el Ministerio de Salud, en el 2010, preocupados por el manejo de las embarazadas investigo la Vigilancia de las embarazadas y de la muerte de mujeres en edad fértil para identificar ese problema, con el objetivo de caracterizar epidemiológicamente a todas las embarazadas y las condiciones de riesgo que ameriten vigilancia o referencia oportuna.

Ese estudio proporcionó herramientas de trabajo y capacitación actualizada sobre el trabajo con mujeres embarazadas.

En el ambiente nacional, en el año 2010, el Dr. Osmani Ricardo Puig, realizo una investigación sobre el Censo gerencial de Embarazadas y los cambios de indicadores obstétricos después de una intervención capacitante con médicos en servicio social en Siuna. Su objetivo fue evaluar los cambios en indicadores

obstétricos, la identificación de problemas y resolución de los mismos, obteniendo buenos resultados y mejoro la utilización del Censo Gerencial como herramienta eficaz.

El Ministerio de Salud en Nicaragua, como ente rector, continúa trabajando arduamente junto a los recursos humanos de salud en la disminución de la mortalidad Materna e infantil, impulsando en cada departamento y municipio, estrategias y normativas que favorezcan el desempeño del personal de enfermería y medicina.

Matagalpa como departamento tenían anualmente alto índice de muertes maternas, lo que se redujo con la activación y capacitación sobre herramientas de atención como son las Normas para atención a la Embarazada, parto y puerperio de bajos riesgos, complementándose con el Censo Gerencial de embarazadas, el que mantiene los datos reales de cada mujer en ese periodo de gestación.

Para cumplir con objetivos como:

Es aplicado el método científico con enfoque mixto, utilizando instrumentos avalados por el ente rector que permitieron encontrar dificultades y compartir ideas con los recursos humanos en el momento de su aplicación, por eso se convierte en un estudio prospectivo de corte trasversal, fue realizado durante el año 2017 en el momento de las asignaturas prácticas que eran las propicias para el intercambio.

El estudio fue realizado en base a las 8 comunidades lo cual equivale a 21 cohortes; ya que tres de las comunidades no tenían los cohortes completos; en las Atenciones Prenatales el universo lo constituyeron 49 embarazadas de las cuales 3 se atienden en el sector privado siendo la muestra 26 gestantes que acudieron a su APN en el mes correspondiente.

Todo previamente autorizado con el permiso del MINSA y su representante en la dirección docente, también con la venia de los responsables de puestos y centros de salud en el departamento de Matagalpa.

Hay que mencionar que en el tiempo de realización de la investigación, las áreas de salud, eran visitadas en motivo de monitorización y supervisión del manejo del Censo gerencial de embarazadas, haciendo coherencias con el desarrollo de los Controles Prenatales y las escrituras de datos en las hojas de HCPV.

II. JUSTIFICACIÓN

Revisar, monitorear los cohorte de Censos Gerenciales de embarazada, fue de mucho aprendizaje, permitió retroalimentar el conocimiento adquirido en la etapa de clases, sirvió de actualización y comprensión de los datos que aborda la normativa como tal, por eso el propósito era conocer las destrezas del personal de salud en el manejo del Censo Gerencial en el atención prenatal, parto, puerperio y post natal en las áreas de atención Primarias del Departamento de Matagalpa durante el año 2017.

Como estudiantes de la más hermosa de las profesiones, la Licenciatura en Enfermería Materno Infantil, estar preparados científica y técnicamente para el futuro es el reto más grande, todo personal de salud tiene la obligación de reforzar sus conocimientos periódicamente.

La investigación tiene gran relevancia, se realizó en un periodo crucial evaluativo del MINSA departamental, por tal motivo servirá de complemento en la corroboración de resultados, servirán de referencias para trabajos relacionados al tema y estarán de acervos bibliográficos en la biblioteca Rubén Darío de la Facultad Regional Multidisciplinaria Matagalpa.

Favoreció a los investigadores en la práctica del llenado correcto de la Hoja de Control de Embarazadas (HCPV) el manejo del Censo Gerencial de embarazadas que son variables importantes en el trabajo de los recursos de enfermería para el día a día. Permitted en intercambio de experiencias y la capacitación con los recursos humanos de salud en cada área visitada, pudiendo reflexionar y contribuir al mejoramiento de los documentos en cada cede de atención.

III. OBJETIVOS

Objetivo General:

Evaluar la destreza del personal de salud en el Manejo del Censo Gerencial en Atención Prenatal, parto, puerperio y postnatal, en el puesto de salud Lacayo Farfán en el municipio de Matagalpa, Año 2017.

Objetivos Específicos:

Constatar el conocimiento del personal de salud con la normativa Censo Gerencial en la atención prenatal, parto, puerperio y posnatal.

Verificar las acciones del personal de salud de prevención y búsquedas en la atención prenatal, parto, puerperio y posnatal.

Valorar el registro de la atención prenatal, parto, puerperio, y postnatal haciendo uso de la aplicación de la normativa de censo gerencial.

IV. DESARROLLO

4.1 Caracterización sociodemográfica del centro de salud Lacayo Farfán.

Concepto de Sociodemográfico: La demografía es una palabra compuesta, demos significa pueblo y grafía significa trazo o descripción; estudio de la población; es una ciencia que estudia las poblaciones humanas su dimensión y características generales (Alvarez, Jordi, 2014)

El centro de salud lacayo farfán fue fundado en el año 1961, es un cede de sector de cuatro puestos de salud: las Marías, Santa Emilia, San José, 28 de Agosto (Guanuca), que surgieron por la demanda de la población.

Está situado en la colonia Rubén Darío con la siguiente ubicación geográfica, al norte con la urbanización Arancaria, al sur con el barrio Guanuca, al este con el barrio las Marías, y al oeste con el rio Molino Norte, con la urbanización la Mairena; con una población de 3,024 habitantes, atiende a 549 familias, cuenta con un personal calificado, una licenciada en enfermería, salud pública sexual reproductiva, un médico general, médico interno y una conserje.

Está compuesta por dos barrios la Colonia Rubén Darío y el Residencial Molino Norte etapa uno, ambos al noroeste de la ciudad de Matagalpa, dicho sector cuenta con un colegio público, servicios básicos completos, tiene servicios de farmacia, sala de curación, cuarto de procedimiento, cocina, estadística, PAI, y tres áreas de consulta; actualmente atiende a ocho comunidades la Estrellita, Tepeyac, la Flor, san Jorge, San Pablo y San Francisco, las nubes y fuera de sector.

Atiende un total de cuarenta y nueve embarazadas, (3 monitoreadas en la clínica privada) postnatales 39 y 3 puérperas, 958 planificaciones familiares, 441 VPCD, programa PAMOR atendiendo a 77 niños/as, y Lleva los programas de Dispenzarizados, y MOSAF.



Elaboración Propia

4.2 Conocimiento del personal de salud de la normativa Censo Gerencial en la atención prenatal, parto, puerperio y posnatal

Concepto de conocimiento

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

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

.

Tipos de conocimientos

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

Características del conocimiento

- El conocimiento es personal, en el sentido de que origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia y lo incorporan a su acervo personal estando convencidas de su significado e implicaciones, articulándolo como un todo organizado que da estructura y significado a sus distintas piezas.
- Su utilización que puede repetirse sin que el conocimiento se consuma, permite entender los fenómenos que las personas perciben, y también evaluarlos en el sentido de juzgar conveniencia de los mismos
- Sirve de guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo. (Andreu & Sieber, 2000)

Entrevista: Reunión de dos o más personas para tratar algún asunto, generalmente profesional o de negocios.

Origen. Calco, del francés, entrevé, derivado de entreoír. De la familia etimológicamente ver.

Edad: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.

Profesión: Actividad habitual de una persona, generalmente, para la que se ha preparado, que, al ejercerla, tiene derecho a recibir una remuneración o salario.

Años de servicio: Tiempo que emplea una persona en un trabajo determinado.

Tiempo de laborar: Periodo determinado durante el que se realiza una acción de desarrollo en un trabajo.

Censo gerencial: Conjunto de herramientas útiles, dinámicas y ágiles, dirigidas al personal de salud, que permite identificar el universo de mujeres embarazadas, para realizar el seguimiento reconociendo las que tienen factores de riesgo y facilitando la

toma de decisiones oportunas, desde su embarazo hasta un año posterior al parto. (MINSAs, 2012)

Herramienta importante: Instrumento que se utiliza para desempeñar un oficio o un trabajo determinado que posee mucha relevancia para su labor, influencia u otras características.

Jornada laboral: del latín diurnus que significa propio del día, tiempo de duración de trabajo diario perteneciente o relativo al trabajo en su aspecto económico, jurídico y social.

Tipo de reportes: Informe representativo de un trabajo realiza.

Control: Comprobación, inspección, finalización y registre.

Factores de Riesgo: Es toda característica asociada a una probabilidad mayor de sufrir un daño. (Real Academia Española., 2017)

Evaluó: valorar conocimientos actitudes o rendimiento de una persona o de un servicio.

Capacitado: Que está habilitado para una tarea determinada.

Tabla 1. Preguntas y respuestas del personal de salud.

PREGUNTAS	Lic. Enfermera salud publica	Médico interno	Medico social	Observación
¿Cuál es su concepto de Censo Gerencial?	Es una Herramienta que facilita los factores de riesgos actualizándolos y refiriéndoles oportunamente	Es una herramienta del ministerio de salud con el fin de monitorear a las pacientes gestantes a fin de contribuir la morbilidad materno fetal.	No sabe	Uno de los tres recursos conocen el concepto de censo gerencial

¿Considera que es una herramienta importante?	Si, por que se pueden detectar a tiempo los factores de riesgo, y buscar a las inasistentes.	Es importante ya que nos ayuda a llevar registro de las pacientes embarazadas, aquellas con factores de riesgo o no, a fin de llevar control del embarazo.	Sí, pero no sabe la importancia	Es una herramienta que facilita para detectar factores de riesgo, actualizando y refiriendo oportunamente.
¿En qué momento de su jornada laboral realiza el llenado de la boleta?	Lo ideal es realizarlo diario, cuando hay tiempo, si no cuando se da el informe.	No lo realiza	No la realiza	Se realiza cuando existe tiempo de realizarlo.
¿Por qué hacen dos tipos de reportes semanal y mensual?	El mensual: para saber las emb, próximas a parir, ARO, cumplir metas establecidas por la comunidad más embarazadas por edad, grupo etario, mujeres puérperas detalladamente. El semanal: este me da el total de embarazadas	Para llevar un monitoreo y registrar aquellas pacientes inasistentes a su APN.	No sabe	

	próximamente a parir.			
¿Quién lleva el control del Censo Gerencial? ¿Está capacitado?	Solo la enfermera	No está capacitada. Lo lleva la enfermera.	La enfermera del puesto de salud, ella si está capacitada.	Solo un recurso está capacitado.
¿Tiempo que se demora en realizar el llenado? ¿Cómo clasificar los factores de riesgo?	Una hora	No lo realiza.	No lo realiza	Una hora
¿El MINSA evaluó la boleta del censo Gerencial? ¿Cómo salió?	Si muy mal, el 64 %	No sabe, como salieron.	Si. Muy mal	Solo un recurso sabe que salieron con el 64%.

Fuente: Entrevista Realizada al Personal de Salud del Lacayo Farfán.

Los recursos humanos de salud, no acertaron en las respuestas de la entrevista en un 100%

De lo antes mencionado el personal de salud No tienen conocimiento del concepto de Censo Gerencial acorde con las normativas, por lo que no respondieron adecuadamente. Existe desconocimientos sobre llenado correcto, uso y manejo, así como la actualización del formato semanal y mensual del documento

Es importante que todos los recursos de salud tengan conocimiento del uso y manejo de Censo Gerencial para llevar un control detallado del número de mujeres

embarazadas, factores de riesgos, ARO, mujeres inasistentes, próximas a parir y referir de manera oportuna, y evitar complicaciones; y ser capaz en determinado momento desempeñar sus funciones con mayor eficiencia y contribuir con la comunidad.

Es importante recordar que el censo gerencial es responsabilidad del equipo de salud familiar y comunitario y este debe ser manejado y de dominio de todo el ESAFC esto incluye médicos generales, médicos en servicio social, personal de enfermería, u otro perfil que este conformado por el ESAFC y no es responsabilidad de un recurso. (MINSA, 2012)

Solo enfermería es la encargada de realizar esta actividad la cual tiene debilidades en la utilización de los colores y abreviaturas correspondiente en la atención puerperal y posnatal, los nuevos ingresos y los de seguimiento no se realiza el llenado del formato en tiempo y forma, sino un día antes de entregar el reporte.

Por el cual durante el tiempo de práctica se logró señalar, la teoría aprendida según normativas, las destrezas del personal de salud y de los estudiantes; en búsqueda de una retroalimentación en conjunto para empezar a llenar en tiempo y forma todos los censos y juntos hacer correcciones donde habían debilidades tanto en el personal de salud como a nosotros como estudiantes y que todos los censo estén actualizados para una mejor atención y control de las embarazadas ,puérperas y postnatales..

De tal forma buscamos todos los expedientes con anticipación de las mujeres citadas del día siguiente, para evitar pérdida de tiempo en búsqueda del mismo y estimular a las usuarias a asistir en tiempo y forma a sus citas previniendo mujeres inasistentes a su control.

4.3 Censo Gerencial.

El Censo Gerencial es un conjunto de herramientas útiles, dinámicas y ágiles, dirigidas al personal de salud, que permite identificar el universo de mujeres

embarazadas, para realizar el seguimiento y reconociendo las que tienen factores de riesgo obstétrico y reproductivo, facilitando la toma de decisiones oportunas, desde su embarazo hasta un año posterior al parto. (MINSA, 2012)

El Censo Gerencial cuenta con cinco acciones que son:

4.4 Llenado y actualización de la Boleta del censo gerencial.

Llenado: ocupar con alguna cosa un espacio vacío de cualquier especie. (Alvarez, Jordi, 2014)

Actualización: mantenimiento de una información registrada en dispositivo de almacenamiento en tiempo presente. (Alvarez, Jordi, 2014)

Este instrumento está constituido, además del encabezado, por 40 columnas y 20 filas, que se agrupan en 8 secciones; y servirá como fuente de información primaria para alimentar el Sistema de Vigilancia de las Embarazadas (SIVIEMB). Su llenado correcto permitirá la actualización sistemática del croquis de la comunidad o sector. (MINSA, 2012)

Encabezado

El Encabezado es una palabra formada a partir del latín, son los enunciados que expresa la información fundamental mediante una tipografía específica. Lo ideal es que sean claros, breves y concretos. (Real Academia Española., 2017)

Llenar con los datos correspondientes al SILAIS, Municipio, nombre de la comunidad, barrio, Empresa Beneficiaria, Establecimiento de salud, Sector (según Modelo de Salud Familiar y Comunitario MOSAFC) y área (Rural o Urbano). También se anotarán aquí los datos de:

Año: Periodo entre fechas que determina un año según el calendario gregoriano, del primero de enero al 31 de diciembre.

Es el año en que se está captando a las mujeres en el registro.

Cohorte: Período de un año calendario en el que está previsto que suceda el parto; Es una serie o un conjunto de número. (Alvarez, Jordi, 2014)

Este término se utiliza para identificar el año en que las embarazadas registradas tienen programada su fecha probable de parto. Corresponde al año en que parirán todas las mujeres que se registran de acuerdo a su fecha probable de parto. Considerando lo anterior, para una comunidad debe existir un fólter que contenga un censo gerencial donde se anotan mujeres captadas o reportadas por líderes comunitarios en un año determinado y que parirán en ese mismo año, por ejemplo: se utiliza una hoja para las mujeres captadas en el año 2012 y que parirán en el mismo 2012 (Cohorte); y otra hoja para las mujeres captadas en el mismo 2012 y que parirán en el 2013 (Cohorte), a mediados del 2013 habrá mujeres que parirán en el 2014 (cohorte). Por tal razón, para cada comunidad, deberán existir 3 censos activos con cohortes diferentes: El año anterior, el año presente y el siguiente año, para poder garantizar el seguimiento a las de APN, parto, puerperio y las post natales. (Ejemplo: evaluando cuantas boletas por comunidad se encuentran en el 2013, deberán existir: 2012 cohorte 2013, 2013 cohorte 2013 y 2013 cohorte 2014). Las mujeres puérperas o postnatales que no fueron captadas en el embarazo, serán anotadas en el año y cohorte en que fueron captadas, por ejemplo: en marzo 2013 se capta una postnatal que tuvo su parto en diciembre 2012, se registrará en la boleta de censo con año 2013 y cohorte 2013.

Meta anual: Debe entenderse por el número de embarazos esperados en el año según estimaciones INIDE y que serán atendidas por los ESAFC del establecimiento de salud, ambiente o clínica correspondiente.

La casilla “meta anual” se llena con el número de embarazos esperados para esa comunidad o barrio durante todo el año en base a estimaciones de población de INIDE. Además, esta estimación se puede formular dividiendo el número de

nacidos/as vivos/as registrados/as en esa comunidad el año anterior entre 0.85. Por ejemplo, si los nacidos/as vivos/as de una localidad fueron 28, los embarazos esperados serían: $28/0.85 = 33$.

Meta mensual: Se obtiene dividiendo la Meta Anual entre 12, lo cual nos dará como resultado un promedio del número de embarazadas que deberíamos captar cada mes.

Datos de Filiación

Es aquel que se utiliza para hacer referencia a un conjunto de datos, de informaciones que son agrupadas y mantenidas en un mismo soporte a modo de facilitar su acceso. Cuando hablamos de datos de filiación estamos señalando que esa información está clasificada y ordenada de acuerdo a diferentes parámetros ya que la misma puede ser solicitada muy a menudo con diversos fines. (Gallegos, Nidia del Carmen, 2006)

Numero: m. (latín nomerus) Relación entre una cantidad determinada y otra considerada como unidad. (Garcia-Pelayo, Ramón, 1995)

Anotar el número de orden ascendente en que cada mujer se va captando.

Nombre y apellidos de la Mujer: Nombre del latín nomen palabra que sirve para designar las personas o cosas y sus cualidades. (Garcia-Pelayo, 1995)

Apellido, apelativo o denominación sobre nombre. (Garcia-Pelayo, 1995)

Anotar los dos nombres y dos apellidos de la mujer captada.

(Embarazada, puérpera, o madre en el período postnatal). De acuerdo a la cédula de identidad si tuviese.

Número de Cédula: de latín schedula escrito o documento personal que sirve para identificar a una persona (documento de identidad). (Garcia-Pelayo, Ramón, 1995)

Anotar el número de la cedula de identidad cuando corresponda, en caso de no tenerla, asignar un guion en la casilla.

Teléfono: del griego tele-lejos phone-voz instrumento que permite reproducir a lo lejos la palabra o sonido. (Garcia-Pelayo, Ramón, 1995)

Número de teléfono ya sea celular o convencional de la paciente, algún familiar, vecino o líderes comunitarios. En el que sea más fácil localizarla en cualquier momento.

Número de Casa: Es extraído del croquis de la comunidad y es la vivienda donde habita la mujer. Esto debe coincidir con la información recolectada en la dispensarización del MOSAFC.

Expediente: Conjunto de todos los papeles correspondientes a un asunto o negocio. (Alvarez, Jordi, 2014)

Anotar con tinta azul o negra el número de expediente (o cédula si tiene) de la mujer registrada.

Edad: Tiempo que una persona ha vivido desde que nació. (Garcia-Pelayo, Ramón, 1995)

Se anota con tinta Roja si es igual o menor de 20 ó mayor de 35 años y con tinta azul o negra si la edad de la embarazada está entre los 20 a 34 años.

Riesgos

Es toda característica asociada a una probabilidad mayor de sufrir un daño. (MINSA, 2015)

Se llena la primera vez que es atendida la paciente y se anotarán con tinta ROJA, las siglas o iniciales de los antecedentes de riesgo obstétricos y los factores de riesgo reproductivo identificados en la embarazada. Ej. Multiparidad, Adolescentes o mayores de 35 años, Enfermedades crónicas, Antecedentes de Abortos, etc. Seleccione el antecedente o factor de Riesgo más importante cuando exista más de uno. Ejemplo: mujer diabética con antecedentes de aborto, seleccionar diabetes

como mayor riesgo. Si no se identifican riesgos, colocar un guion en tinta azul o negro. (MINSa, 2012)

Fechas importantes

Especificación de un día dentro de un calendario, típicamente una fecha determina el año, el mes, el día dentro del mes. (Real Academia Española., 2017)

Captación: Es toda mujer que recibe una atención de primera vez en los establecimientos de salud, considerada como captación. (MINSa, 2012)

Anote la fecha de captación con tinta azul o negro si la mujer es captada en el primer trimestre y con tinta roja las captadas en el segundo y tercer trimestre. Si la captación se realiza en el puerperio o en la etapa postnatal, registre “P” o “EPN” en color rojo. Recordar que esta fecha de captación debe corresponder con el año que está en el encabezado de registro “Año”.

FUM: (Fecha de última Menstruación) Es la fecha en que la mujer tuvo su último sangrado menstrual normal, antes de quedar en estado de gravidez, se obtiene por interrogatorio, preguntando a la gestante cuando fue el primer día de su último sangrado menstrual. Para fines de estas disposiciones se puede obtener copiándola de la Historia Clínica Perinatal (HCP). (MINSa, 2015)

Se anota con tinta azul o negra el primer día, mes y año de la última regla referida por la mujer; si el dato se desconoce colocar un guion con tinta roja.

FPP: (fecha probable de parto) Es la fecha de referencia para esperar el parto de la embarazada. Se puede calcular tomando como referencia la FUM que nos refiere la embarazada y para lo cual a los días se le sumará 7 días, a los meses se le restarán 3 meses y al año se le sumará un año. (MINSa, 2012)

Registre con tinta azul o negra, la fecha obtenida del cálculo en base al FUM, es decir sumar 7 días a los días, restar 3 meses a los meses y sumar 1 año al año o a la fecha obtenida con el uso del gesto grama. Se anotará con tinta roja cuando no hay FUM y la FPP se obtenga por otro método: siempre deberá llenar esta casilla con una fecha. (MINSA, 2012)

Atenciones prenatales

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 recién nacido/a. La atención debe ser precoz, periódica, continua, completa, de amplia cobertura, con calidad y equidad. (MINSA, 2015)

En la casilla número 1 anotar “N” si es normal con tinta azul o negra, si se detectara una enfermedad anotando las siglas establecidas en la tabla No. 1 (Descrito anteriormente) en tinta roja. Ej. Si tiene Infección de Vías Urinarias reflejaríamos “IVU” y en la casilla número 2 reflejaremos con grafito la fecha de su próxima cita. Si presentara más de una patología, seleccionar la principal y anotar las siglas de los diagnósticos y su abordaje integral en el expediente clínico de la embarazada.

Para las consultas subsecuentes, se remplazará la fecha de cita (que estaba en lápiz de grafito) con lapicero de tinta en la casilla que corresponda. Colocando en la casilla subsecuente la fecha de la próxima cita nuevamente en lápiz de grafito. En la revisión diaria identifique las embarazadas próximas a ser atendidas para contactarlas vía celular, correo electrónico, mensajes de texto, mensajeros de la comunidad u otra alternativa disponible a fin de prevenir la inasistencia.

Coloque un asterisco con color rojo en la parte superior izquierda de la casilla que le corresponde, cuando la embarazada no acudió a su cita programada. Identificándose como inasistentes; por lo cual deberá realizar acciones para la búsqueda o contacto de la paciente (vía celular, correo electrónico, mensajes de texto, mensajeros de la

comunidad u otra alternativa). Cuando la embarazada acude registre según lo descrito anteriormente conservando el asterisco para tener un historial o considerar acciones para prevenir nuevas inasistencias. Si la embarazada acude a su cita de APN y se detecta una complicación que amerite referencia a cualquier nivel, anotar con tinta roja las siglas por la cual fue referida, y en la siguiente casilla anotar en grafito las siglas del establecimiento de salud donde se hace la referencia.

Para las embarazadas que cambiaron de domicilio, consignar que se gestionó el seguimiento al establecimiento de salud donde se trasladó, utilizando el resto de la fila que corresponde a su registro. Cuando se realice el último APN y es un embarazo a término se refiere a Casa Materna, entonces se anotará “N” si es normal en la casilla que corresponde y en la casilla siguiente las iniciales “CM” o del establecimiento de salud según corresponda. Si la paciente es referida al hospital, anotar “H” en la misma casilla donde se está anotando el APN, y dibujar un círculo alrededor de la “H” para indicar que la paciente acudió a esa unidad. (MINSa, 2012)

Plan de parto

Es una estrategia comunitaria, donde la mujer, su pareja y familia preparan las condiciones para el cuidado del embarazo, parto, puerperio y recién nacido/a, apoyados por el personal de salud, organizaciones y comunidad organizada. (MINSa, 2012)

El plan parto ayuda a mejorar la salud de la madre e hijo, evitando así complicaciones en el embarazo, parto o puerperio, tomando en cuenta el apoyo de la familia y comunidad.

En el caso de que la comunidad o sector no está implementando esta estrategia, se deberá anotar un guión (-) en la casilla correspondiente, aun cuando el personal de salud negocie con la embarazada estos aspectos. Sin embargo, se escribirá “NO” cuando en la comunidad se implementa el Plan de Parto y el personal de salud no está negociando los procesos para ingresar a esta mujer al Plan de Parto. Durante

las visitas de monitoreo del Censo Gerencial, el Personal técnico dará especial atención a estos casos, buscando como mejorar la implementación de la estrategia y asegurando que todas las mujeres tengan negociado su plan de parto. (MINSAs, 2012)

Parto

Es el acto de dar a luz un niño/a o un feto vivo/a o muerto/a y sus anexos, por vía vaginal.; Es el procedimiento para asistir el nacimiento de un niño/a vivo/a, de un feto muerto (incluyendo placenta) por medios manuales, instrumentales o Quirúrgicos. (MINSAs, 2012)

Esta sección cuenta con cuatro columnas:

Fecha (del Parto): en esta casilla se anota la fecha de término del embarazo, si este es “a término “se registra en tinta azul o negro y cuando sucede “antes o después” del periodo de término, se anota en tinta roja (Abortos, Inmaduros, Prematuros o Pos términos).

RN: (Recién Nacido): colocar “V” en azul si nació Vivo, y en rojo; AB aborto, MF Muerte Fetal (lo que antes era conocido como óbito), MNP (muerte neonatal precoz) si falleció en los primeros 7días de nacido y MNT (muerte neonatal tardía) si falleció después de los 7 días y antes de los 28días de nacidos.

Vía: Colocar “V” vaginal (en azul) y “C” si fue cesárea (en rojo).

Lugar de ocurrencia del parto: Se anota H” si aconteció en el Hospital. “CS” si fue en el Centro de Salud. “PS” puesto de salud, “D” Domicilio, “O” en otro lugar, como vehículo, vía Pública, etc. Se anotará “OI” en los casos en que el nacimiento haya ocurrido en otra institución diferente al MINSAs (CMP, IPSS, Hospitales Privados), cuyo personal esté debidamente calificado para la atención de parto. Los Partos atendidos en las instituciones (H, CS, PS, OI) se anotan en Azul.

El parto domiciliario y “otros” en tinta roja.

Atención Puerperal

Es la atención que se realiza posterior al alta hospitalaria para efectuar control de la evolución del puerperio. Debe ser indicada a todas las mujeres cuyo puerperio fue normal. Indagar sobre cambios en las mamas, la involución uterina, existencia de entuertos, características de loquios. (MINSA, 2012)

La casilla “Captación” está reservada para las atenciones realizadas en los primeros 10 días postparto institucional y en los primeros 3 días a las que tuvieron partos domiciliarios. Anote la fecha y si es normal, anote “N” en azul o negro y si se detectó una enfermedad se anota con tinta roja las siglas respectivas de la enfermedad detectada, Ej. Hemorragia: “Hg”, Infección: “Inf”, etc. Si la captación es después de los 10 días, marque con un asterisco de color rojo y queda como inasistentes. Una segunda atención se programará antes de cumplir los 42 días post parto, siempre y cuando no existan complicaciones en este período que obliguen más atenciones. (MINSA, 2012)

Se anotará en la casilla “Subsecuente” la fecha de la próxima cita en grafito y las siglas del lugar donde fue referida, si fuese necesario. Cuando regrese a la cita programada anotar “N” u otra sigla según corresponda en la atención subsecuente. En el caso que la captación a la atención puerperal sea realizada después de los 10 días y no pudiera realizarse la atención subsecuente, se deberá anotar la fecha de próxima cita en la primera casilla de Atención Postnatal. (MINSA, 2012)

Nota: Toda puérpera debe recibir 2 atenciones puerperales (AP), la primera en los primeros siete días Manual Metodológico para el Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales cuando es parto institucional o primeros tres días cuando es parto domiciliario y la segunda entre los 30 y los 42 días postparto. En el caso que quede hospitalizada después del parto y acude al establecimiento de salud sin

ninguna patología, se anota N en captación en color rojo, lo que indica que llegó después de los días normados. (MINSA, 2012)

Vitamina A: Es una vitamina liposoluble que interviene en la regeneración de la rodopsina (pigmento visual), favorece la multiplicación celular, protege los epitelios, ejerce una acción anti infecciosa e interviene en la elaboración de hormonas sexuales. (MINSA, 2014)

Se marcará con una “X” la casilla correspondiente, cuando se le administra a la puérpera la dosis de Vitamina A correspondiente. Dosis: 4 perlas de Vitamina A equivalente a 200,000 UI u 8 gotas en su presentación en frasco. (MINSA, 2012)

Atención postnatal

Es el periodo comprendido desde el día 43 posterior al parto hasta 1 año.

El censo presenta 6 casillas para el registro de las atenciones postnatales, en donde se evaluarán dos aspectos:

LM (Lactancia Materna):

Es la Alimentación natural del recién nacido que le proporciona los nutrientes necesarios que garantizan su crecimiento y desarrollo. Además, proporciona protección contra enfermedades víricas o bacterianas por medio del traspaso de anticuerpos maternos. (MINSA, 2010)

En los primeros seis meses, anotar en azul “LME” si la mujer está dando Lactancia Materna Exclusiva y en tinta roja “LM” si da el pecho, pero no de forma exclusiva o “NLM” si no da el pecho. Después de los seis meses, anotar en tinta azul “LM” si da el pecho más alimentación complementaria y en tinta roja “NLM” si la mujer no practica la lactancia materna, en este caso fortalezca la consejería para la alimentación adecuada del lactante. Se recomienda realizar una atención mensual para evaluar la lactancia materna y brindar consejería necesaria para mejorar esta práctica. (MINSA, 2012)

MAC (Métodos Anticonceptivos): Es la protección necesaria contra los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual, al momento de tener relaciones sexuales. (MINSA, 2015)

Colocar con tinta azul las siglas del método anticonceptivo que la pareja esté utilizando para dispositivo intrauterino (T de cobre) (“DIU”) El dispositivo gintrauterino es un método anticonceptivo reversible, seguro y efectivo, hechos de metal y plástico que introducidos en la cavidad uterina impiden el embarazo mediante una combinación de mecanismos, Al liberar cobre actúa interfiriendo el proceso reproductivo antes de que ocurra la fertilización.

Anticonceptivos orales (“ACO”). Su eficacia es alrededor del 97 al 99% cuando se utilizan en forma correcta y consistente (0.1 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso, 1 en cada 1000).

Si es el anticonceptivo parenteral trimestral, (“INY3”) Este anticonceptivo inyectable contiene una sustancia esteroidea de progestágenos sola, que administrada por vía intramuscular, evita el embarazo durante tres o dos meses, con gran efectividad, de depósito, son reversibles y de uso privado, Actúa a nivel del moco cervical, endometrio y trompas de Falopio.

Para el anticonceptivo parenteral mensual (“INY1”), este método Actúa inhibiendo la ovulación y espesando el moco cervical, lo vuelve inadecuado para la penetración de los espermatozoides.

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

Si practica el método lactancia – amenorrea (“MELA”), este método consiste en Ausencia de la menstruación por más de 90 días, Es una condición natural de la mujer en el puerperio, durante el cual el riesgo de embarazo es menor Si da LME.

Si la mujer ha sido esterilizada(“EQV”), Este método anticonceptivo es quirúrgico, es para suprimir en forma permanente la capacidad reproductiva de la mujer, es un método muy eficaz, que consiste en la oclusión bilateral de las trompas de Falopio con el fin de evitar que el óvulo y el espermatozoide puedan unirse, impidiendo así la fecundación.

Si el hombre ha sido esterilizado (“VAS”) Este método anticonceptivo interrumpe la fertilidad en forma quirúrgica, voluntaria y permanente para el hombre. Se trata de una operación simple que puede realizarse como un procedimiento ambulatorio que pone fin a su capacidad reproductiva.

Si utiliza el método del collar o método de días fijos(“MDF”) El método del Collar del Ciclo o Días fijos permite a las parejas espaciar sus embarazos en forma natural a través de conocer el ciclo menstrual, su período fértil y tener abstinencia periódica de relaciones sexuales o evitar las relaciones desprotegidas durante esos días.

Si utiliza otros métodos naturales (“Nat”) Este método reconoce los cambios cíclicos del moco cervical en los períodos pre y post ovulatorios por medio de la observación e interpretación de las sensaciones vaginales y vulvares que producen los cambios en la calidad y cantidad del moco cervical en respuesta a los niveles cambiantes de los estrógenos. (Recordando que los métodos naturales son menos efectivos).

Escriba en tinta roja si la paciente no está utilizando ningún método anticonceptivo (“No AC”) y bríndele la consejería en PF. (MINSa, 2012)

En las casillas a la derecha de la atención postnatal realizado, se deberá anotar con grafito la fecha de la próxima cita, las que deben programarse de acuerdo a las normas de planificación familiar según el método elegido, como mínimo toda mujer

deberá recibir 4 atenciones en este período. Cuando la paciente ha decidido no utilizar un método, (“No AC”) ofrezca citas mensuales para brindar mayor número de sesiones de consejería. Una vez que la mujer cumple. (MINSA, 2012)

Utilización de los colores.

Observar el llenado y descripción correcta de los ítems con los colores negro, rojo, azul o lápiz de grafito.

Negro o Azul: Se escribe los datos de afiliación en azul número de forma ascendente, nombre y apellidos, número de cedula, teléfono; Fechas importantes: Captación. Anote la fecha de captación con tinta azul o negro si la mujer es captada en el primer trimestre ; **FUM:** (Fecha de última Menstruación, el primer día, mes y año de la última regla referida por la mujer; **FPP:** (fecha probable de parto).en las atenciones prenatales “N” si es normal, fecha del parto Fecha de término del embarazo, si este es a término; si el (Recién Nacido): “V” si nació Vivo, **Vía:** Colocar “V” vaginal. Los Partos atendidos en las instituciones (H, CS, PS, OI), ” en la atención prenatal Anote “N y Si es normal, si la mujer da L/M en los primeros seis meses, “LME” si está dando Lactancia Materna Exclusiva . Y anotar en tinta azul “LM” si da el pecho más Alimentación complementaria; Después de los seis meses, “NLM” si la mujer no practica la lactancia materna. Colocar con tinta azul las siglas del método anticonceptivo que la pareja esté utilizando: “DIU” para dispositivo intrauterino (T de cobre). “ACO” anticonceptivos orales. “INY3” si es el anticonceptivo parenteral trimestral, “INY1” para el anticonceptivo parenteral mensual, “C” para los condones, “MELA” si practica el método lactancia – amenorrea, “EQV” si la mujer ha sido esterilizada, “VAS” si el hombre ha sido esterilizado, “MDF” si utiliza el método del collar o método de días fijos y “Nat” si utiliza otros métodos naturales (RECORDANDO QUELOS METODOS NATURALES SON MENOS EFECTIVOS; En las casillas a la derecha de la atención postnatal realizado, se deberá anotar con grafito la fecha dela próxima cita, las que deben programarse de acuerdo a las normas de planificación familiar según el método elegido, como mínimo toda mujer deberá recibir 4 atenciones en este período.).

Rojo: cuando hay abortos inmaduros, prematuros o pos-termino. Se anotarán con tinta ROJA, las siglas o iniciales de los antecedentes de riesgo obstétricos y los factores de riesgo reproductivo identificados en la embarazada Ej. Multiparidad, Adolescentes o mayores de 40 años, Enfermedades crónicas, Antecedentes de Abortos, etc. Las captadas en el segundo y tercer trimestre; Si la captación se realiza en el puerperio o en la etapa postnatal, registre “P” o “EPN” en color rojo. Colocar un guion con tinta roja Cuando se desconozca la FUM; Y Se anotará con tinta roja cuando no hay FUM y la FPP se obtenga por otro método: Coloque un asterisco con color rojo en la parte superior izquierda de la casilla que le corresponde, cuando la embarazada no acudió a su cita programada. Identificándose como inasistente; se detecta una complicación que amerite referencia a cualquier nivel, anotar con tinta roja las siglas por la cual fue referida, así como se escribirá en rojo; AB aborto, MF Muerte Fetal (lo que antes era conocido como óbito), MNP (muerte neonatal precoz) si falleció en los primeros 7 días de nacido y MNT (muerte neonatal tardía) si falleció después de los 7 días y antes de los 28 días de nacidos.) En la vía de nacimiento “C si fue cesárea y El parto domiciliar y otro lugar; “si se detectó una enfermedad en el puerperio se anota con tinta roja las siglas respectivas de la enfermedad detectada, Ej. Hemorragia: “Hg”, Infección: “Inf”, etc. Si la captación es después de los 10 días, marque con un asterisco de color rojo y queda como inasistente. En el caso que quede hospitalizada después del parto y acude al establecimiento de salud sin ninguna patología, se anota N en captación en color rojo, lo que indica que llegó después de los días normados. En tinta roja “LM” si da el pecho pero no de forma exclusiva o “NLM” si no da el pecho. Escriba en tinta roja “No AC” si la paciente no está utilizando ningún método anticonceptivo y bríndele la consejería en PF. Anotar el número de expediente (o cédula si tiene) de la mujer registrada. Si la edad de la embarazada está entre los 20 a 40 años.

Cuando se identifica una embarazada con Alto Riesgo Obstétrico se trazará el “cuadrado en color rojo”. Indicando en el croquis; esta o cualquier otra simbología.

Grafito: Se anotará en la casilla la fecha de la próxima cita a su control prenatal y la fecha de la próxima cita “Subsecuente” en puerperio. En las casillas a la derecha de

la atención postnatal realizado, se deberá anotar con grafito la fecha de la próxima cita, las que deben programarse de acuerdo a las normas de planificación familiar según el método elegido, como mínimo toda mujer deberá recibir 4 atenciones en este período.

Tabla 2. Llenado correcto de la boleta del censo gerencial.

Ítems a Evaluar.						
Llenado Correcto de la Boleta del Censo Gerencial		SI	%	NO	%	Observación
1	Encabezado	18	85.7%	3	0%	
2	Datos de Afiliación	3	14.2%	18	85.7%	
3	Riesgo	18	85.7%	3	14.2%	
4	Fechas Importante	18	85.7%	3	14.2%	
5	Atención Prenatal	20	95.2%	1	4.8%	
6	Plan Parto	21	100%	-	0%	
7	Parto	21	100%	-	0%	
8	Atención Puerperal	1	4.8%	20	95.2%	
9	Atención Postnatal	1	4.8%	20	95.2%	
10	Utilización de colores	21	100%	-	0%	

Fuente: Elaboración propia, basado en guía para monitoreo y evaluación del censo gerencial, MINSA 2012

Al interpretar la tabla del llenado correcto de la boleta del censo gerencial , de los 10 ítems evaluados logramos apreciar que están trabajando correctamente ya que 3 parámetros corresponden a un 100%, uno a un 95.2% y tres a un 85.7%, los otros 3 corresponden a mal llenado.

De acuerdo a lo evaluado identificamos que en su mayoría son trabajados correctamente según indica la normativa 101, pero en Datos de Filiación; Atención puerperal y Atención Posnatal es donde hay más deficiencia en todas las comunidades ya que existen casillas que no están llenadas correctamente o están incompletas, en algunas no se utilizan los colores correspondientes y hay abreviaturas erróneas, no están actualizadas las casillas no coincidiendo datos del censo con los expedientes clínicos; durante el proceso de recolección de datos se brindó orientaciones sobre el llenado correcto de los ítems, y se logró actualizar los 8 censos con sus respectivos cohortes según los expedientes y confirmar con el que se presenta de manera semanal al Policlínico Trinidad Guevara Narváez.

Logramos identificar que 3 de las 8 comunidades no tienen cohorte 2016-2017 siendo estas Las nubes, La Estrellita y Fuera de sector.

4.5 Inasistentes, prevención y búsqueda.

Inasistentes: no asistencia de una persona a un lugar o a un acto a donde debía ir o donde era esperado. (Real Academia Española., 2017)

Prevención y búsqueda: acción y resultado de prevenir e indagar para encontrar a una persona. (Real Academia Española., 2017)

Identificación sistematizada de las pacientes próximas a parir.

Con el Sistema de Vigilancia de las Embarazadas (SIVIEMB), se pueden generar los informes del “Control Semanal para Embarazadas Próximas a Parir” y “Reporte Mensual de Inasistentes de las Embarazadas, Puérperas y Postnatales”, además pueden anotarse todos los factores de riesgo que se identifiquen en las atenciones prenatales. (MINSA, 2012)

Evidencia del uso de medios de tecnología y computación (tics).

Evidencia: sust. Fem. Certeza clara e indudable en un determinado proceso (Alvarez, Jordi, 2014)

Según MINSA, (2012) la disponibilidad de computadores conectados a internet, el personal de salud deberá ingresar la información contenida en la Boleta del Censo Gerencial en el Sistema de Vigilancia de las Embarazadas (SIVIEMB), de la plataforma electrónica del MINSA. Para los establecimientos privados deberán solicitar por escrito a la Dirección de Sistema de Información del MINSA Central un “usuario” y contraseña para ingresar y gestionar los datos.

Tabla 3. Acciones de prevención y búsqueda de Inasistentes.

	Acciones de Prevención y Búsqueda de Inasistentes	SI	%	NO	%	Observación
11	Identifica Sistemática la Paciente Con Próxima Cita	-	0%	21	100%	
12	Evidencia de Uso de medios de comunicación y Tecnología	21	100%	-	0%	

Fuente: Elaboración propia, basado en guía para monitoreo y evaluación del censo gerencial, MINSA 2012

Al interpretar datos de la tabla sobre acciones de prevención y búsquedas de inasistentes encontramos un desbalance numérico, el primero es negativo en el 100% de los cohortes y el segundo es positivo en su totalidad.

Los resultados antes descritos indican que hay evidencia de que se llama a las embarazadas inasistentes por vía celular, ya sea que se contactan con ella directamente o con el brigadista de la comunidad para que les dé información sobre la mujer inasistentes; hay falla en la identificación de las pacientes con próxima citas; ya que según la normativa deben quedar listos todos los expedientes de las embarazadas con cita al día siguiente para así saber cuántas mujeres van a llegar durante la jornada laboral y cuáles fueron las inasistentes de esa fecha para darle un seguimiento oportuno en tiempo y forma para actualizar censos posteriormente; en el puesto de salud no se tiene este habito ,se busca el expediente hasta que la

paciente llega y se llama por teléfono o se va a buscar a la inasistentes hasta que se va a entregar el reporte semanal de lo contrario no se sabe cuántas mujeres no han llegado a su APN.

4.6 Control semanal de las embarazadas próximas a parir.

Llenado correcto del formato

Anotar el nombre SILAIS, Municipio y el nombre de la comunidad, barrio, Empresa Beneficiaria (CMP, IPSS) o establecimiento de salud correspondiente, así como el mes y año. El control se realizará de forma semanal para dar un mejor seguimiento a estas pacientes.

Actualización

Se designa con el término actualizar a aquella tarea o actividad que supone la puesta al día de algo que por alguna razón se atrasó. (Real Academia Española., 2017)

Según MINSA- Normativa 101 (2012) Las variables a registrar son:

Semana del XXXXX al XXXX.: anotar el periodo que corresponde a la semana del control. Esta semana bien puede coincidir con la Semana Epidemiológica correspondiente.

Número:

Se registrará el número que le corresponde a la paciente en la boleta del censo gerencial

Número Teléfono:

Se anotará el número de teléfono convencional o celular de la paciente, familia, vecino o red comunitaria. En el que sea más fácil localizarla en cualquier momento.

Comunidad/Barrio:

Se anotará el nombre de la comunidad o barrio donde habita.

Fecha Probable de Parto (FPP):

Registrar la fecha probable de parto anotada en la boleta del censo gerencial.

Número APN: Anotar el número de atenciones prenatales que la mujer recibió.

Riesgos: Anotar los riesgos identificados en la boleta del censo gerencial, o el riesgo actual, en el caso que no se haya identificado ningún riesgo a la captación.

Plan de Parto: Anote “Si” cuando la mujer tiene negociadas las principales actividades de su plan de parto (quien la acompañará al establecimiento de salud, quien la acompañará durante el parto, quien cuidará su casa, enseres e hijos, tener disponible dinero en caso de emergencia, identificado como salir de su comunidad en caso de emergencia, que nombre tendrá el bebé, que método anticonceptivo utilizará después del parto).

Observaciones: cualquier dato relevante para el seguimiento.

Ubicación al lugar accesible al prestador de servicio.

Ubicación: Es un lugar un sitio o una localización donde está ubicado algo o alguien.

Lugar accesible: Que tiene un buen acceso, que puede ser alcanzado al que se puede llegar.

Del análisis diario de la información contenida en la Boleta del Censo Gerencial, el personal de salud deberá elaborar un listado de mujeres que serán atendidas en el siguiente periodo: próxima semana para las áreas urbanas y periurbanas; dos semanas para comunidades que tengan distancias medianas (dos horas de camino hacia el establecimiento de salud, en medios de transporte convencionales) y un mes para comunidades de difícil acceso (mayores de dos horas a pie). En cada Salida Integral el personal de salud deberá actualizar la Boleta de Censo. El resultado del llenado correcto de los instrumentos y el análisis de la información permitirán el alcance de los siguientes aspectos: (MINSA, 2012)

- Cumplimiento de las metas mensuales y lo que se va acumulando al año.

- Identificar los riesgos obstétricos y reproductivos que presenta cada mujer en sus diferentes etapas reproductivas, para su seguimiento.
- Proximidad y cumplimiento a las citas programadas (cita a APN, Parto Institucional, Puerperio y Postnatal).
- Prevención de Inasistentes a las atenciones prenatales, parto institucional, puerperio y postnatal.
- Identificar Inasistentes para la búsqueda activa, embarazadas que han sido referidas a otro servicio o institución (casa materna, hospital) y/o que han emigrado del barrio o la comunidad, a fin de proporcionarle seguimiento a través de la red de servicios.

Evidencia del seguimiento de las mujeres.

Para garantizar el seguimiento de las mujeres del territorio del MINSA, es primordial que exista una buena articulación con la red comunitaria del sector (brigadistas, colaboradores voluntarios, CPC, parteras, promotoría solidaria), así como contar con el apoyo de la gerencia del establecimiento de salud. (MINSA, 2012)

Tabla 4. Control semanal de las embarazadas próximas a parir.

	Control Semanal de las Embarazadas Próxima A Parir	SI	%	NO	%	Observación
13	Esta Llenado Correctamente	21	100%	-	0%	
14	Esta Actualizado	19	90.5%	2	9.5%	
15	Está Ubicado en Lugar Accesible Al Prestador de Servicio	16	76.2%	5	23.8%	
16	Hay Evidencia que se Utiliza Para el Seguimiento de las Mujeres	18	85.7%	3	14.3%	

Fuente: Elaboración propia, basado en guía para monitoreo y evaluación del censo gerencial, MINSA 2012

Sobre los controles semanales de las embarazadas próximas a parir, se observó que hay alguna dificultad en tres de los ítems: el llenado correcto en las 21 comunidades en un 100%; la actualización solo se ejecutó en 19, manifestando un 90.5%; las evidencias para el seguimiento de las mujeres indica un 85.7%, mientras la ubicación al prestador de servicio solo refleja un 76.2%

Tal como se observa, se está trabajando correctamente el control semanal de las embarazadas próximas a parir, se está actualizando en tiempo y forma y se está utilizando para el seguimiento oportuno de las mujeres; aunque suele suceder que no está en un lugar accesible para el personal de salud, ya que la única que lo ejecuta es el recurso de enfermería y es la que tiene acceso y conocimiento del lugar en donde se encuentra de no estar ella en la unidad de salud un determinado día no sería posible acceder a estos formatos.

4.7 Reporte mensual de las embarazadas Inasistentes.

Para el Reporte Mensual de Inasistentes embarazadas, puérperas y postnatales, el personal de salud deberá utilizar un formato donde reflejará solo los datos correspondientes a la red MINSA y si en el Sector existen otros establecimientos de salud que no son de la Red MINSA, utilizar otro formato del Reporte Mensual de Inasistentes, en donde reflejarán exclusivamente a las embarazadas atendidas en cada establecimiento privado.

En el formato de Reporte Mensual de Inasistentes Embarazadas, Puérperas y Postnatales, si son sectores cubiertos por establecimientos del MINSA, se colocará en cada columna el nombre del barrio o comunidad atendido y si son embarazadas atendidas por otros establecimientos de salud colocar en cada columna el nombre del establecimiento de salud.

Los municipios donde hay establecimientos de salud que no son del MINSA deben enviar al SILAIS dos formatos del Reporte Mensual de Inasistentes cada mes, uno con información MINSA y otro solo con estos otros establecimientos.

El municipio al cual le sean reportadas embarazadas, puérperas y postnatales que están siendo atendidas en establecimientos de otros municipios las deberán registrar en una Boleta del Censo Gerencial aparte y en un formato independiente del Reporte Mensual de Inasistentes, puede sumarlas a las captaciones totales para obtener su cobertura real como municipio. Para el informe mensual de SILAIS a MINSA Central, se reflejará en incluir en el reporte mensual, el número de embarazadas, puérperas y postnatales captadas y escribir una nota aclaratoria al pie de este, que número de estas fueron captadas por el propio SILAIS, cuantas por otros establecimientos de salud (IPSS y CMP) y cuantas fueron reportadas por otros SILAIS.

Durante los Consejos Técnicos o Jornadas de Análisis y Balance (JABA) por Nivel, Municipios y SILAIS, el/la director/a del SILAIS/Municipal deberá garantizar el análisis del reporte mensual y control semanal de embarazadas próximas a parir, (quincenal o mensual según la distancia entre la vivienda de la paciente y el Establecimiento de Salud) a fin de identificar limitantes y proponer alternativas de solución en la retroalimentación entre los establecimientos de salud.

Le corresponderá a la dirección municipal, orientar y facilitar la utilización de la Boleta del Censo Gerencial, como herramienta por parte de los establecimientos de salud (públicos y privados) y solicitar el reporte mensual para integrarlo en el análisis de la cobertura de servicios municipal, retroalimentando a las unidades de salud correspondientes. En el caso que los establecimientos de salud atiendan mujeres de otros municipios, estas no serán incorporadas en sus coberturas y deberá notificarse al municipio correspondiente.

El reporte mensual debe ser elaborado con la información disponible en el establecimiento de salud hasta el día 25 de cada mes y entregarlo al municipio a más

tardar el día 28. Luego los municipios deberán enviar esta información al SILAIS a más tardar el 4 del mes siguiente y estos remitirlo al nivel Central el día 5. Los municipios deberán elaborar un reporte adicional de los establecimientos de salud privados y en el nivel SILAIS consolidarse de manera independiente para remitir ambos reportes (institucional y alternativo) al Nivel Central.

En anexo 4 se presenta el reporte mensual de inasistentes con su instructivo para ser llenado.

Llenado correcto.

Primera fila: Anotar el nombre de la comunidad, barrio, Empresa Beneficiaria (CMP, IPSS) correspondientes para los establecimientos de salud.

En esta misma fila se anotarán nombres de los establecimientos de salud del municipio. Se anotarán nombres de los municipios para el reporte que elabora el SILAIS para el Nivel de salud del municipio. Se anotarán nombres de los municipios para el reporte que elabora el SILAIS para el Nivel central y de nombre de los SILAIS para el nivel Central. Dejando la última columna para un "Total". Si la unidad que está realizando el reporte tiene más comunidades o barrios bajo la última columna para un "Total" Si la unidad que está realizando el reporte tiene más comunidades o barrios bajo su responsabilidad deberá utilizar un formato más para poder reflejar todas sus comunidades o barrios. (MINSa, 2012)

Indicadores: Los indicadores de esta herramienta son: porcentaje de embarazadas captadas en el registro y porcentaje de mujeres inasistentes el resto, son variables que son utilizadas para la construcción de los mismos.

- **Número de Embarazos Esperados al año (Meta Anual):**

Anotar los embarazos esperados según estimación para cada comunidad o barrio, establecimiento de salud, municipio y SILAIS según corresponda.

- Número de embarazadas captadas y acumuladas al período:

Anotaremos el número de embarazadas captadas desde enero hasta el mes reportado.

Por ej. Si en enero fueron captadas 5 embarazadas, se reportan este mismo número. Si en febrero son captadas 4, entonces se reflejan 9 (porque se suman las 5 captadas en enero más las captadas en febrero) y así se irá realizando el acumulado en el transcurso del año.

- Porcentaje de embarazadas captadas al periodo en el registro:

Resulta de la formula; Embarazadas captadas (fila No. 2) entre el número de embarazos esperados del año (fila No. 1) por 100. Este porcentaje le dará una idea del cumplimiento de metas, que en promedio es de 8.3% por mes. Este porcentaje le dará una idea del cumplimiento de la meta mensual. Ej. Si en el mes de enero el porcentaje de embarazadas captadas al periodo es de 4%, esto nos indica que pueden haber embarazadas que no estamos captando y hay que buscarlas. Si el porcentaje es mayor de 8.3%, esto nos indicará un sobrecumplimiento de nuestra meta programada, podríamos preguntarnos ¿Está funcionando nuestro programa de planificación familiar? También podrán establecerse metas mensuales de acuerdo al histórico de captaciones en el primer trimestre, considerando que no todos los meses hay un mismo número de nuevos embarazos.

- Total, de mujeres mayores de 19 años embarazadas, puérperas y postnatales existentes en el territorio:

Es la suma de las mujeres mayores de 19 años embarazadas, puérperas y postnatales captadas, más las que han sido reportadas por la red comunitaria y que aún no han sido captadas por el personal de salud e indica el total de mujeres del censo gerencial a quienes se les brinda seguimiento. Se debe considerar los registros del año anterior del censo gerencial, es decir, se incluirán las que aún no han cumplido un año desde el parto, más las registradas en la cohorte actual.

- Embarazadas mayores de 19 años Inasistentes: Anotar el número de embarazadas mayores de 19 años, que no asistieron a su cita programada.
- Puérperas mayores de 19 años Inasistentes: anotar el número de puérperas mayores de 19 años que no han asistido a sus atenciones puerperales según el lugar del parto.
- Numero de postnatales mayores de 19 años Inasistentes: se anotará el número de postnatales mayores de 19 años, que no han acudido a sus citas programadas según método anticonceptivo elegido hasta un año de seguimiento posterior a su parto o aquellas que sabemos su fecha de parto pero que no han acudido a su atención postnatal en el periodo correspondiente.
- Total de mujeres mayores de 19 años Inasistentes: anotar el número que resulte de la sumatoria de todas las inasistentes (indicadores No. 5 + 6 +7).
- Porcentaje de mujeres mayores de 19 años Inasistentes: anotar el número que resulte de la división del número de mujeres mayores de 19 años Inasistentes (indicador 8) entre el Total de mujeres mayores de 19 años, embarazadas puérperas y postnatales existentes en el territorio (fila no. 4) multiplicado por 100. Este valor revela el grado de seguimiento brindado a las mujeres mayores de 19 años registradas en el censo gerencial. Es decir; entre menor sea el porcentaje demostrará un mayor o mejor seguimiento a las pacientes. Seleccionar la comunidad, barrio o empresa beneficiaria (CMP o IPSS) que presenta el mayor número de inasistentes para priorizar su visita o identificar cual comunidad tiene el mayor número de mujeres con factores de riesgo para priorizar su visita.

- Total, de adolescentes embarazadas, puérperas y postnatales existentes en el territorio (Captadas + No Captadas, pero reportadas): Es la suma de las embarazadas, puérperas y postnatales captadas, más las que han sido reportadas por la red comunitaria y que aún no han sido captadas por el personal de salud e indica el total de las mujeres del censo gerencial a quienes se les brinda seguimiento. Se debe considerar los registros del año anterior del censo gerencial, es decir, se incluirán las que aún no han cumplido un año desde el parto, más las registradas en la cohorte actual.
- Número de adolescentes embarazadas Inasistentes: anotar el número de adolescentes embarazadas, que no asistieron a su cita programada.
- Número de adolescentes puérperas Inasistentes: anotar el número de adolescentes puérperas, que no han asistido a sus atenciones puerperales según el lugar del parto.
- Número de adolescentes postnatales Inasistentes: se anotará el número de adolescentes postnatales, que no han acudido a sus citas programadas según método anticonceptivo elegido hasta un año de seguimiento posterior a su parto o aquellas que sabemos su fecha de parto pero que no han acudido a su atención postnatal en el periodo correspondiente.
- Total, de adolescentes Inasistentes: anotar el número que resulte de la sumatoria de todas las inasistentes (indicadores No.11+ 12 + 13).
- Porcentaje de adolescentes Inasistentes: se registrará el porcentaje que resulte de dividir la Diferencia entre el Total de Inasistentes (fila No. 14) entre el Total de embarazadas, puérperas y postnatales adolescentes existentes en el territorio (fila

No. 10) multiplicado por 100. Este valor revela el grado de seguimiento brindado a las adolescentes registradas en el censo gerencial.

- **Porcentaje Total de Inasistentes:** se registrará el porcentaje que resulte de dividir la suma de las celdas total de mujeres mayores de 19 años inasistentes más total de adolescentes inasistentes (fila No. 8 más 14) entre la sumatoria de las celdas de Total de mujeres mayores de 19 años y adolescente puérperas y postnatales existentes en el territorio (fila No. 4 más fila No. 10) multiplicado por 100 $(8 + 14) / (4 + 10) \times 100$. Este valor revela el grado de seguimiento brindado al total de mujeres anotadas en el censo gerencial.

Evidencia: sustantivo Fem. Certeza clara e indudable en un determinado proceso (Alvarez, Jordi, 2014)

Nivel correspondiente: Posición lograda ya sea por una persona o cosa después de realizar determinado procedimiento y que requiera ser enviado a un nivel de resolución mayor. (Real Academia Española., 2017)

Plan de mejora: Es un esquema diseñado para lograr un fin, organizando un conjunto de tareas y recursos para lograr un objetivo con acción y efecto de mejorar. (Garcia-Pelayo, Ramón, 1995)

Tabla 5. Reporte Mensual de Inasistentes.

Reporte Mensual de Inasistentes		SI	%	NO	%	Observación
17	Llenado Correcto	21	100%	-	%	
18	Evidencia del Nivel Correspondiente	21	100%	-	%	
19	Evidencia que Existe un Plan de Mejora y Se ha Implementado en un 80%	21	100%	-	%	

Fuente: Elaboración propia, basado en guía para monitoreo y evaluación del censo gerencial, MINSA 2012.

En referencia a los resultados antes descritos, cabe mencionar que se está elaborando de manera correcta el reporte mensual de las inasistentes en un 100% de su totalidad.

En base a lo anterior se está realizando el llenado correcto del formato, existe evidencia que se está enviando al nivel que corresponde ya que semanalmente se actualiza el formato y se entrega al PTGN, para el final del mes se hace el consolidado de los informes semanales; se pudo constatar que elaboran un plan de mejora para las embarazadas inasistentes, pero no se sabe si se está implementando en su totalidad o no se realiza cabe destacar que se está variable se está ejecutando bien porque es algo obligatorio que tienen que realizar en todos los puestos de salud por lo tanto son evaluados y es por ello que le toman más importancia al momento de realizarlo.

4.8 Retroalimentación Comunitaria e Inter-Institucional

Evidencia de reuniones mensuales

La retroalimentación es el acto de validación de los datos registrados en el censo gerencial con los datos disponibles en la comunidad. Para realizarla, se aprovecha la reunión mensual del establecimiento de salud con su red comunitaria o con los establecimientos privados, utilizando la Boleta del Censo Gerencial, el control semanal y el reporte mensual de las inasistentes embarazadas, puérperas y postnatales por parte del establecimiento de salud y el Registro de Plan de Parto por parte de los voluntarios (en lugares que aplique). El propósito de esta reunión es verificar y asegurar que las embarazadas, puérperas y postnatales registradas en la estrategia de Plan de Parto, correspondan a las anotadas en la Boleta del Censo Gerencial y viceversa.

Identificar las embarazadas próximas a parir y las de próximas citas, para realizar acciones de promoción y aseguramiento del parto institucional mediante la utilización

de las Casas Maternas y la prevención de la inasistencia a las atenciones, mediante el uso de medios de comunicación disponibles, contactos o búsqueda activa. El personal de salud deberá entregar una lista de las mujeres inasistentes de la comunidad/ barrio para ser contactada por los líderes comunitarios.

Se recomienda que se programen reuniones mensuales o bimensuales con la red comunitaria y con los establecimientos de salud privados, para intercambiar y homogenizar información de los instrumentos del censo gerencial a fin de brindar un seguimiento sistemático a las mujeres, así mismo se aprovechará las visitas por brigadas médicas móviles a las comunidades para realizar esta tarea.

Reuniones mensuales: Se entiende por reunión a la agrupación de varias personas en un momento y espacio dados voluntaria o accidentalmente. La reunión es una de las expresiones más características de todo ser vivo que se considere gregario y esto es especialmente importante en el caso del ser humano. La reunión de diferentes individuos en un lugar y momento específico puede llevarse a cabo de manera planificada, con un objetivo delimitado y con un tiempo de duración planeado, pero también puede darse de manera espontánea, por razones casuales y sin mayores propósitos. En ambos casos se habla del encuentro de dos o más personas que por lo general se conocen previamente, aunque no siempre sucede esto. (Real Academia Española., 2017)

Evidencia de actualización de formato de registro.

Deberá quedar registrado en el libro de actas de reuniones con la red comunitaria del establecimiento de salud, las acciones tomadas y acuerdos asumidos con la red comunitaria, a fin de darle seguimiento al cumplimiento de los mismos, en las próximas reuniones mensuales. El cumplimiento de acuerdos con la comunidad, serán asumidos como prioridad para garantizar su colaboración y participación.

Con los establecimientos de salud privados se deberá capacitar al personal de salud e implementar el software del SIVIEMB, que facilite el seguimiento de las

embarazadas, puérperas y postnatales, que son atendidas en dichos establecimientos.

Dejar registrada dichas reuniones en libros de actas.

De carácter mensual, los responsables de analizar el software del SIVIEMB deberán enviar un reporte mensual de Inasistentes embarazadas, puérperas y postnatales a los responsables de analizar la información en los SILAIS; así como las acciones que están realizando para la prevención de las inasistentes en sus establecimientos de salud.

Acuerdos asumidos en las reuniones comunitarias e interinstitucional.

Durante los Consejos Técnicos o Jornadas de Análisis y Balance (JABA) por Nivel, Municipios y SILAIS, el/la director/a del SILAIS/Municipal deberá garantizar el análisis del reporte mensual y control semanal de embarazadas próximas a parir, (quincenal o mensual según la distancia entre la vivienda de la paciente y el Establecimiento de Salud) a fin de identificar limitantes y proponer alternativas de solución en la retroalimentación entre los establecimientos de salud. (MINSA, 2012)

Acuerdos asumidos: Es un convenio entre dos o ambas partes o una resolución Premeditada de una o más personas. (Real Academia Española., 2017)

Tabla 6 . Retroalimentación comunitaria e inter-institucional.

Retroalimentación Comunitaria e Inter-institucional		Realizado	%	No Realizado	%
20	Evidencia de Reuniones Mensuales	20	95.2 %	1	4.8%
21	Evidencia de Actualización de Formato	1	4.8 %	20	95.2%

	de Registro				
22	Acuerdos asumidos en las reuniones comunitaria e inter- institucional	21	100 %	-	0 %

Fuente: Elaboración propia, basado en guía para monitoreo y evaluación del censo gerencial, MINSA 2012

Revisando lo relacionado con la retroalimentación comunitaria e interinstitucional se observa que solo uno es llenado con el 100%, uno con el 95.2 % y el de las evidencias de actualización de formato de riesgo es negativo en un 95.2%

En relación a lo anterior si existe evidencia de reuniones mensuales con la red comunitaria, ya que están reflejadas en libro de actas las charlas que se imparten en donde se manifiestan los acuerdos asumidos al final del acta; pero no se pudo constatar que se esté cumpliendo dichos compromisos; cabe destacar que durante esas reuniones no se actualiza la boleta del censo con los plan partos a como lo estipula la normativa 101; es por ende que el puesto de salud tiene dificultades en la actualización de los formatos por comunidades.

4.9 Monitoreo y evaluación

Monitoreo: Es la vigilancia continua y periódica de los objetivos, procesos y actividades pre-establecidas, que permiten detectar oportunamente los factores facilitadores y obstaculizadores para la toma de las decisiones inmediatas. (MINSA, 2012)

La evaluación: es un proceso que tiene por objeto determinar en qué medida se han logrado los objetivos previamente establecidos, que supone un juicio de valor sobre la programación establecida, y que se emite al contrastar esa información con dichos objetivos. (Alvarez, Jordi, 2014)

Según Gardey (2012) los tipos de evaluación son:

- 1. La evaluación formativa:** Es una actividad sistemática y continua, que tiene por objeto proporcionar la información necesaria sobre el proceso educativo.
- 2. La evaluación de impacto:** es un instrumento que contribuye a la toma de decisiones y a la rendición de cuentas, es decir aporta información tanto para actores a nivel gerencial, como para los ciudadanos sobre la efectividad de los programas a los cuales se destina un presupuesto público.
- 3. La evaluación de proceso:** es la que se enfoca en los resultados obtenidos, en base a los métodos empleados y a la curva de progresión donde dificultades, decisiones y objetivos se unifican.
- 4. La evaluación de resultados:** permite obtener informaciones y analizar el cumplimiento de las propuestas para cada uno de los objetivos específicos del programa en términos de su actividad, su eficacia y su eficiencia para obtener conclusiones que permitan retroalimentar la gestión del programa, además identificar, planificar y gestionar otros programas y proyectos.

El Ministerio de Salud realizará monitoreo al desarrollo del Censo Gerencial en los diferentes niveles:

MINSA Central a SILAIS; SILAIS a Municipios; Municipios a los ESAFC y/o Puestos de Salud Familiar y Comunitario y establecimientos de salud privados utilizando la “Guía para el monitoreo y evaluación”, dicha guía tiene cuatro columnas para igual número de visitas. Para la realización del monitoreo se hará uso del entrenamiento en servicio o supervisión capacitante, esta consiste en aprovechar el monitoreo y evaluación para reforzar el conocimiento y las habilidades del personal que emplea el censo, haciendo uso de la guía de monitoreo y evaluación.

Reporte semanal

solicitar al responsable del establecimiento de salud que le muestre los últimos 2 Controles Semanales, a fin de verificar el Manual Metodológico para el Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales llenado correcto, actualización del mismo, si está accesible al proveedor de servicios y si ha sido utilizado para contactar y referir a las embarazadas.

Reporte mensual

Se debe revisar el último reporte y verificar que haya sido enviado al nivel superior que le corresponde, revise la existencia de un Plan de Mejora y la evidencia de su implementación.

Instructivo del llenado de la guía de monitoreo y evaluación del censo gerencial de las embarazadas puérperas y posnatales. (Anexo # 2)

Para el llenado de este instrumento, se deberá seleccionar un ESAFC del establecimiento de salud o tres establecimientos de salud o ESAFC para el nivel municipal, del cual se extraerán al azar tres Boletas del Censo Gerencial de tres comunidades o sectores. Son cinco aspectos a evaluar y cada uno tiene un valor de 20 puntos. Este instrumento se aplicará por cada visita realizada al mismo establecimiento, para un total de 4 visitas al año (Una visita por trimestre), esto con el fin de dar secuencia a las limitantes encontradas en cada visita. Se evaluará cada aspecto de forma integral, colocando en la columna correspondiente a cada visita; el valor del consolidado de las tres comunidades, es decir con una comunidad que no cumpla el llenado correcto de la Boleta del Censo Gerencial, pierde el puntaje para ese ítem.

Encabezado: Anotar el nombre SILAIS, municipio, comunidad, barrio, Empresa Beneficiaria o establecimiento de salud correspondiente, así como el ESAFC que está monitoreando (omitido en caso de establecimientos de salud privados). La fecha en que se realiza el monitoreo se establece en la columna de recomendaciones/acuerdos.

1. **Llenado Correcto de la Boleta del Censo Gerencial (20 puntos):** Seleccione al azar el censo de tres comunidades o barrios. Verifique el llenado correcto según el instructivo y califique con 2 puntos cuando las 3 boletas del censo estén llenadas correctamente, de lo contrario asigne 0.

Criterios de Puntuación:

Cumple los 20 puntos cuando están llenos en las Boletas del Censo Gerencial. Es decir, de la siguiente manera:

- Llenado completo del encabezado: SILAIS, Municipio, Establecimiento de Salud, Sector, Comunidad/Barrio, área, año, Cohorte, Meta anual y Meta mensual.
- Datos de Filiación: Nombre y Apellidos, Teléfono, No. de casa, No. de expediente y Edad. o Riesgos: en caso de no tener se dejará un guion. o Fechas importantes: Captación, FUM y FPP.
- Atenciones Prenatales: hasta un total de 9 APN. o Plan de parto: en caso de no tener se dejará un guion. o Parto: fecha, RN, Vía del parto y Lugar.
- Atención Puerperal: Captación, Subsecuente y Vitamina A. o Atención Postnatal: seis atenciones postnatales, valorando LM y uso del MAC.
- Utilización de los Colores: observar el llenado y descripción correcta de los ítems con los colores negro, rojo, azul o lápiz de grafito.

2. Acciones de Prevención y Búsqueda de Inasistentes (20 puntos):

Si se identifican sistemáticamente las pacientes con sus próximas citas y hay evidencia del uso de medios de comunicación y tecnología (TIC) para la prevención de la inasistencia. Medio de verificación: Libro de actas cuando se tenga, caso contrario, un cuaderno de registro destinado para tal fin.

Criterios de Puntuación:

- Califique con 10 puntos cuando cumpla con los requisitos, de lo contrario asigne 0 puntos. o Identifica sistemáticamente las pacientes con próximas citas.

- Evidencia de Uso de medios de comunicación y tecnología (TIC).

3. Control Semanal de las Embarazadas Próximas a Parir (20 puntos):

Solicite al responsable del establecimiento de salud que le muestre los últimos 2 “Controles Semanales”, a fin de verificar el llenado correcto, actualización del mismo, si está accesible al proveedor de servicios y si ha sido utilizado para contactar y referir a las embarazadas. Calificará con 5 puntos para cada Ítem cuando es Si de lo contrario calificar con 0. Relacionar datos con el libro de actas o cuaderno de registro destinado para tal fin.

Criterios de Puntuación:

- Esta llenado correctamente (llenado de los 10 ítems).
- Esta actualizado (ver Control Semanal de las Embarazadas próximas a parir de las últimas 2 semanas (si aplica).
- Está ubicado en un lugar accesible al prestador de servicios.
- ¿Hay evidencia que se utilizó para el seguimiento de las mujeres?

4. Reporte Mensual de las Inasistentes embarazadas, puérperas y postnatales (20 puntos):

Revisar el último reporte y verificar el llenado calificando con 5 puntos cuando sea correcto de acuerdo al instructivo y de lo contrario asignar 0 puntos. Verifique que haya sido enviado al nivel superior que le corresponde, calificando con 5 puntos, de lo contrario asigne 0 puntos. Revise la existencia de un Plan de Mejora y la evidencia de su implementación. Califique con 10 puntos cuando se haya implementado en al menos un 80%, con 5 puntos si hay un plan, pero no implementado y 0 puntos cuando no haya plan. (MINSa, 2012)

Criterios de Puntuación:

- Llenado correcto (Cálculo adecuado de los indicadores).
- Enviado al nivel correspondiente (firma de recibido). o Evidencia que existe un Plan de Mejora y se ha implementado en un 80% (libro de actas).

5. Retroalimentación comunitaria e inter-institucional (20 puntos):

Verifique en libro de actas, la realización de reuniones mensuales, retroalimentación de la boleta del censo con los registros de plan de parto y calificar con 5 puntos cuando existe evidencia y de lo contrario asigne 0 puntos. Se valorará la evidencia de Acuerdos asumidos en las Reuniones (Comunitarias e Institucionales) asignado 10 puntos cuando se verifique el cumplimiento de al menos un 80%, con 5 puntos si hay acuerdos, pero no cumplidos y 0 puntos si no hay evidencia de acuerdos asumidos. En caso de que no aplique lo de plan de parto, adicionar ese puntaje a la evaluación de los otros ítems.

Criterios de Puntuación:

- Evidencia de reuniones mensuales con la red comunitaria (Número de reuniones). o Evidencia de actualización de la Boleta del Censo Gerencial, con los datos de Plan de Parto y viceversa. (en caso de que aplique). o Evidencia de acuerdos asumidos en las reuniones (comunitarias e Institucionales) y cumplidos en un 80%.

4.10 Actualización de Croquis

Croquis: Es una ilustración, un esquema o grafico que se confecciona a simple vista sin apelar a elementos de precisión geométrica. (Garcia-Pelayo, 1995)

Es una representación gráfica aproximada del sector, es un dibujo donde se identifican fácilmente las viviendas, instituciones públicas, privadas, pulperías, iglesias, personal comunitario, fuentes de agua, vías de acceso, caminos, cementerios, campos deportivos, centros deportivos, centros productivos. Y se Define actualizado, cuando se incorporan periódicamente, las casas nuevas o se

borran las casas que hubiesen sido desmanteladas o destruidas, por esta razón el croquis debe estar elaborado en lápiz de grafito. (MINSA, 2012)

No es necesario elaborar un croquis específico para el censo gerencial, en el establecimiento de salud debe existir al menos un croquis por cada comunidad o barrio; ya sea del PNI, ECMAC, PROCOSAN, AIEPI Comunitario, Plan de Parto o ETV. Este croquis debe ser actualizado periódicamente, al menos una vez al año con la red comunitaria y será utilizado para ubicar a las pacientes embarazadas, puérperas y postnatales.

Se escogerán códigos o claves para plasmar los datos relevantes del censo gerencial, por ejemplo: en la casa hay una embarazada se dibujará un “Cuadrado” y en la casa donde haya una MEF planificando se coloca un “Círculo”, donde haya MEF sin planificar, se pone un “Triángulo”. Cuando se identifica una embarazada con Alto Riesgo Obstétrico se trazará el “cuadrado en color rojo”. Indicando en el croquis; esta o cualquier otra simbología.

Esto le servirá al personal de salud para coordinar con la red comunitaria el seguimiento y prevención de la inasistencia de las embarazadas, puérperas y postnatales. (MINSA, 2012)

4.11 Atenciones Prenatales

Valorar momentos de registros del personal de salud y la aplicación en el sistema epidemiológico del centro en estudio.

Llenado de y análisis de formulario de atención prenatal los que se utilizan historia clínica perinatal, carnet perinatal y los relacionados con el expediente clínico, se realizara llenado de HCPB (**Ver anexo 6**) La información se obtiene a través del interrogatorio que realiza el o la proveedor con la embarazada.

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. (MINSA, 2015)

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.

1. Interrogatorio

Es importante preguntar a la embarazada sobre ciertos factores de Riesgo: tener empleo o no, el tipo de trabajo o la exposición a agentes teratogénicos (metales pesado, químicostóxicos, 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. (MINSA, 2015)

2. 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 cuadrados se expresa en Kg/m². 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.

3. 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, Glicemia.

Estos estudios quedaran consignados en las Normativa y solo se realizarán en aquellos lugares donde se disponga de personal calificado y entrenado y equipo de ultrasonido adecuado.

El Ultrasonido de I trimestre se enviará para realizar tamizaje de Arterias uterinas y Medición de Longitud de cuello para predicción de proceso hipertensivo gestacional y parto pre término.

1. USG I trimestre y marcadores bioquímicos.
2. Identificación de mujeres con riesgo (Historia materna: 30%)

3. Diagnostico precoz.
4. Acceso oportuno al tratamiento preventivo.
5. Estimación de riesgo individual.

- ✓ Doppler Arterias uterinas I y II Trimestre
- ✓ Para diagnostico preventivo del síndrome hipertensivo gestacional

ARTERIAS UTERINAS EN SEGUNDO TRIMESTRE

Excelente utilidad diagnóstica aunque no existen estrategias de prevención en esta etapa, por lo que el momento ideal de realización es en el primer trimestre.

UTILIDAD CLINICA DE MEDICION DE LONGITUD CERVICAL

- Longitud Cervical es inversamente proporcional al Riesgo de Parto pretermino
- Exponencial <15 mm en aprox. 1% de las mujeres (30% mujeres PP antes 34 SDG)
- En Gemelares y triples el corte para aumento exponencial en el riesgo es de 25 mm.

USO DE PROGESTERONA MICRONIZADA EN PACIENTES CON RIESGO DE PARTO PRETERMINO.

Estudios clínicos aleatorizados indican que, en mujeres con embarazos únicos, sin parto pre término previo y longitud cervical menor a 20 mm a la semana 24 de gestación, el uso de progesterona vaginal ya sea en gel 90 miligramos o en óvulos de 200 miligramos se asocia a una reducción de parto pre término y morbilidad - mortalidad perinatal.

NO USAR PROGESTERONA, MIENTRAS NO SE CUENTE CON MEDICION DE LONGITUD DE CERVIX.

El ultrasonido de I trimestre 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 HCP referir a médico especialista quien la valorará y decidirá su ABORDAJE CLÍNICO.

Actividades de Atención Prenatal. (Ver anexo 7)

Expediente Clínico: Conjunto de hojas y documentos escritos, gráficos, imágenes lógicas o de cualquier tipo de almacenamiento de datos, ordenados sistemáticamente, en los cuales el personal de salud autorizado anota, registra y certifica sus intervenciones, correspondientes a los servicios de atención en salud suministrados a las personas en los establecimientos proveedores de estos servicios, de acuerdo con las regulaciones sanitarias vigentes en Nicaragua. (MINSa, 2015)

El HCP

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

La **Historia Clínica Perinatal**, forma parte de los componentes del Sistema Informático Perinatal (SIP), el cual junto con el Carné Perinatal son instrumentos diseñados para fortalecer la calidad de la atención materno-infantil, mediante la organización de los servicios.

Objetivo

Proporcionar al personal de salud un documento orientado al llenado e interpretación correcta de la HCP y la estandarización de la información, para incidir en la reducción de la mortalidad materna y perinatal en el marco del MOSAFC.

Factores sociales: es una serie de elementos vinculados que pueden afectar negativa o positivamente en la vida social.

Violencia: Es toda acción que tiene dirección e intención de una persona, realizada contra otra, con la intención de causarle daño, infringirle dolor físico, psicológico o ambos.

Tipos de violencia: Violencia Física, Violencia sexual, Violencia Psicológica o Emocional, Violencia Patrimonial o Económica, Violencia de Pareja.

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

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

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

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

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

Pobreza: se refiere la situación o condición económica de un determinado individuo.

Antecedentes familiares y personales y antecedentes obstétricos.

Antecedente.

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

Familiares: Registro de las relaciones entre los miembros de una familia conjunto con sus antecedentes médicos. Los antecedentes familiares pueden mostrar las características de ciertas enfermedades de una familia también se llama antecedente médicos familiares.

Personales: se refiere antecedentes de diferentes patologías, modo de vida y características del mismo paciente que puede tener antecedentes de nacimientos infancia y pubertad, así como antecedentes quirúrgicos, antecedentes sistemática por aparato. Laborales y antecedentes de medio.

Medición de la talla.

Talla: Es la serie de maniobra para cuantificar la distancia entre las plantas de los pies y el cráneo. Es importante su toma en el comienzo del embarazo ya que debido a la lordosis o curvatura de la columna vertebral hacia adelante lleva a obtener una talla menor que la real. Se mide en un tallímetro para adultos y se registra en cm sin decimales. Si no se contara con una medición preconcepcional de la talla, se aceptará la talla medida durante la primera consulta del embarazo. (Arteaga Lopez, 2016)

Peso: Es la serie de maniobras para cuantificar la cantidad en gramos de masa corporal. (Arteaga Lopez, 2016)

Dada la asociación entre la ganancia de peso en la gravidez y los resultados perinatales, se considera de suma importancia evaluar en cada visita la progresión del mismo de modo de poder detectar en forma temprana desviaciones de lo esperable y aconsejar oportunamente a la mujer embarazada. El peso preconcepcional es generalmente desconocido en el 70% de los casos, por lo cual es aconsejable pesar a la embarazada tan temprano como sea posible, idealmente antes de las 12 semanas de gestación. Para la evaluación de la ganancia de peso durante el embarazo. (Arteaga Lopez, 2016)

Examen de mama: Es un chequeo que se le realiza a la mujer para buscar cambios en el tejido mamario. (A.D.A.M, 2017)

Edad gestacional: La edad gestacional es el término común usado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está éste. Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual.(A.D.A.M, 2017)

Estado nutricional: Es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes.(A.D.A.M, 2017)

Índice de masa corporal: Es un número que se calcula con base en el peso y la estatura de la persona. (A.D.A.M, 2017)

Signos Vitales: Reflejan funciones esenciales del cuerpo, incluso el ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria, la temperatura y la presión arterial.(A.D.A.M, 2017)

Presión arterial: Es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias. (A.D.A.M, 2017)

Frecuencia Cardíaca: Es el número de veces que el corazón late por minuto. (A.D.A.M, 2017)

Frecuencia respiratoria: Es la cantidad de ciclos respiratorios que aparecen en un individuo durante un minuto. (A.D.A.M, 2017)

Temperatura: Es el grado de calor del cuerpo humano.(A.D.A.M, 2017)

La ganancia de peso gestacional es un factor pronóstico importante de los desenlaces de salud a corto y largo plazo, tanto para mujeres en edad fértil como para su descendencia.

El Inmunobiológico DT es una mezcla de toxoide diftérico y tetánico. Los toxoides de tétanos y difteria, se obtienen de cultivos de *Clostridiumtetani* y *Corynebacteriumdiphtheriae* respectivamente por inactivación con formaldehído y purificación Consiste en asegurar que la embarazada tenga el esquema completo de vacuna.

Exámenes de laboratorio

Procedimiento de elección para identificar cualquier alteración en la salud y se debe aplicar como rutina en todas las embarazadas. (Schwartz, 2008)

VDRL/RPR

VDRL: Es un análisis para detectar sífilis. Mide sustancias (proteínas), llamadas anticuerpos, que su cuerpo puede producir si usted entra en contacto con la bacteria que causa la sífilis.

El examen con frecuencia emplea una muestra de sangre. También se puede realizar usando una muestra de líquido cefalorraquídeo. Este artículo aborda el examen de sangre. se necesita una muestra de sangre Cuando se inserta la aguja para extraer la sangre, algunas personas pueden sentir un dolor moderado, mientras que otras sólo un pinchazo o picadura. Posteriormente, puede haber una de sensación pulsátil o un leve hematoma. Esto desaparece rápidamente.

Biometría hemática completa.

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

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

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

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

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

El Papanicolaou.

El Papanicolaou o citología del cuello uterino es una prueba o examen que se hace a las mujeres, cuyo fin es detectar en forma temprana alteraciones del cuello del útero, que posteriormente pueden llegar a convertirse en cáncer.

Grupo RH

La determinación del grupo sanguíneo es un método para indicarle cuál es el tipo de sangre que usted tiene. La determinación del grupo sanguíneo se realiza para que usted pueda donar sangre o recibir una transfusión de sangre de manera segura.

También se realiza para ver si usted posee una sustancia llamada factor Rh en la superficie de sus glóbulos rojos. El tipo de sangre que usted tenga depende de si hay o no ciertas proteínas, llamadas antígenos, en sus glóbulos rojos. Estas proteínas se llaman antígenas. Su tipo de sangre (o grupo sanguíneo) depende de qué tipos de sangre heredó de sus padres.

Examen de glicemia

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

Examen de orina

Es la evaluación física, química y microscópica de la orina. Dicho análisis consta de muchos exámenes para detectar y medir diversos compuestos que salen a través de la orina.

Tratamiento de la IVU.

Esquema A:

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

Esquema B:

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

Consejería y prueba voluntaria de VIH/SIDA:

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

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

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

Altura uterina

Permite comprobar que el feto se desarrolla normalmente en peso y altura. Es uno de los exámenes clínicos más practicados en la mujer embarazada, consiste en medir en centímetros con una cinta métrica, la distancia que va del extremo superior del pubis hasta el fondo del útero.

Auscultación

Tiene como finalidad descubrir y estudiar los ruidos cardiacos fetales. La auscultación de los latidos fetales es de sumo interés porque permite establecer el diagnóstico del embarazo, establecer si la gestación es simple o múltiple, verificar la vida del feto, corroborar el diagnóstico ya hecho por palpación de presentación posición y variedad, apreciar la marcha del parto, poner en evidencia el sufrimiento fetal. (Schwartz, 2008)

Movimientos fetales

Se refiere al movimiento del feto ocasionado por su propia actividad muscular la actividad locomotora comienza durante la etapa embrionaria tardía y cambia en su naturaleza a lo largo del desarrollo prenatal.

Presentación fetal

Es la identificación de cuál de los dos polos fetales se pone en proximidad o en contacto con la pelvis razón que el feto solo tiene dos polos solo existe dos presentaciones posible la presentación cefálica y la presentación pélvica.

Situación fetal

Es la relación entre el eje longitudinal del feto y el de la madre es esencial conocer la situación fetal en el interior de la cavidad uterina en el momento en que comienza el parto ya que es un factor determinante crítico para decidir la vía de extracción

Clasificación de Riesgo.

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

Lactancia Materna

Alimentación natural del recién nacido que le proporciona los nutrientes necesarios



que garantizan su crecimiento y desarrollo. Además, proporciona protección contra enfermedades víricas o bacterianas por medio del traspaso de anticuerpos maternos. (MINSa, 2010)

(imagenes de lactancia materna, 2017)

Consejería Lactancia Materna

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

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

Planificación familiar

Es el derecho que tiene la pareja e individuo de decidir libre y responsablemente la cantidad de hijos que desean tener, el momento oportuno para tenerlos y el tiempo entre embarazos, así como la de tener la información y los métodos para concretar sus deseos y el derecho de obtener el mayor estándar de salud sexual y reproductiva. (MINSa, 2015)

Consejería de planificación familiar

Es una ayuda que una persona capacitada brindada a otra en conversación frente a frente por medio de lo cual trasmite información real lo cual permite realizar información elección adecuada sobre el método anticonceptivo que cree conveniente y mas adaptados a sus necesidades. La comunicación de la persona a persona respetuosa permite al usuario a tomar una decisión informada sobre la planificación familiar. (MINSa, 2015)

Ácido fólico

Durante el embarazo esta vitamina es indispensable para acompañar la rápida división celular que se produce, como así también reducir el riesgo de anemia. Durante los primeros 28 días del embarazo esta vitamina es fundamental para reducir hasta en un 75% el riesgo de un embarazo afectado por malformaciones del cierre del tubo neural. Es deseable que la mujer haya consumido suficiente Ácido fólico durante el período preconcepcional a través de una adecuada ingesta de alimentos y suplementos. En Argentina, la harina de trigo es enriquecida en forma obligatoria por la ley N° 25.630/02 con Hierro, Ácido fólico y otras vitaminas del grupo B, para contribuir a una adecuada ingesta de estos nutrientes.

Hierro

El Hierro es un mineral indispensable para la formación de los glóbulos rojos y consecuentemente, la prevención de la anemia ferropenia. En nuestro país, el 30% de las mujeres embarazadas padecen anemia, situación que hacia el tercer trimestre se acentúa llegando a 35%. Adicionalmente, se observó que un 20% de las mujeres en edad fértil no consumen suficiente Hierro alimentario, situación que aumenta a casi 60% durante el embarazo.

Prevención de pre-eclampsia

Optimizar la asistencia sanitaria para prevenir y tratar los trastornos hipertensivos en las mujeres representa un paso necesario para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La OMS ha formulado las presentes recomendaciones basadas en datos de investigación con miras a promover las mejores prácticas clínicas para el tratamiento de la pre-eclampsia y la eclampsia.(OMS, 2011)

Prescripción de Aspirina:

Es un agente anti plaquetario, lo cual significa que impide que las células sanguíneas denominadas «plaquetas» se adhieran unas a otras y formen coágulos. Es por eso que algunos pacientes que se restablecen de un ataque cardíaco deben tomar aspirina: para evitar que se formen otros coágulos sanguíneos en las arterias

coronarias. La aspirina también reduce las sustancias del organismo que causan dolor e inflamación.

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

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

Calcio

Alrededor del 99% del calcio que se encuentra en el cuerpo está en los huesos y dientes, principalmente en forma de fosfato, el resto está en la sangre, los fluidos extra celulares, las estructuras intracelulares y membranas celulares.

El calcio participa en procesos metabólicos como: la activación de enzimas, transmisión de impulsos nerviosos, transporte a través de membranas, la absorción. De la vitamina B12, coagulación de la sangre, funciones hormonales y contracción de músculos voluntarios (como brazos y piernas) e involuntarios (como corazón y pulmones). Suplementación con Hierro: El Ministerio de Salud distribuye gratuitamente suplementos de hierro a mujeres embarazadas y puérperas, y a niños. (MINSA, 2015)

Prescripción de Albendazol

Prescripción (del latín praescriptio), de todos modos, es un concepto con diferentes usos de acuerdo al contexto. En el derecho, la prescripción consiste en la formalización de una situación de hecho por el paso del tiempo, lo que produce la adquisición o la extinción de una obligación.

Esto quiere decir que el derecho a desarrollar una determinada acción puede extinguirse cuando pasa una cierta cantidad de tiempo y se produce la prescripción. Una causa penal, por citar una posibilidad, puede prescribir si, por diferentes motivos, el juez no emite el fallo en cuestión en el plazo máximo establecido por la ley.(OMS, 2011)

Dentro del ámbito de la medicina, la prescripción es la acción que realiza un médico cuando receta los fármacos que debe ingerir su paciente como parte del tratamiento de una enfermedad o de un trastorno de salud.

La prescripción de medicamentos se realiza en una receta médica, un documento de carácter legal que sólo puede completar un profesional de la medicina. Un farmacéutico, de este modo, puede vender fármacos (que incluyen distintas drogas) únicamente a la persona que exhibe una receta médica, ya que ésta es la prueba de la prescripción realizada por el médico.

Suele decirse, en este sentido, que la prescripción que realiza el médico es una instrucción dirigida al farmacéutico, que actúa como dispensador de aquello que indica el prescriptor. Sin la orden del médico, el farmacéutico no puede entregar fármacos.

Consejería de signos y síntomas de peligro de la pre- eclampsia

Es una relación de ayuda establecida entre un profesional y un paciente con el fin de mejorar, a través del fomento de su capacidad para tomar decisiones. Entablar una buena relación comunicativa: Para establecer una buena comunicación es importante mostrar una actitud positiva que aliente a la persona que consulta a hacer preguntas y compartir información; asegurar la privacidad y confidencialidad; escuchar y observar lo que dice y hace la persona que consulta; y usar un tono de voz amigable y una postura atenta para transmitir cordialidad, interés y respeto. (Botero, 2007)

Enfocar la atención en el o la usuaria: No hay que perder de vista el hecho de que la consejería debe centrarse en el interés de quien está consultando. Para esto es recomendable responder primero a la necesidad, interés o pregunta expresados por la persona que consulta; indagar sobre su estilo de vida, etapa de vida, metas y

preferencias para poder brindar la información adecuada; responder a sus inquietudes, incluyendo mitos y supuestos, en forma respetuosa y constructiva; averiguar, en el caso de una persona que regresa, cuál fue su experiencia y satisfacción con la información recibida.

Negociación: Es importante recordar que el plan de parto es desarrollado con la mujer y su familia, un proceso de comunicación y negociación sobre decisiones (acciones) que están encaminadas a disminuir los riesgos y que contribuyan a la buena evolución del embarazo, el parto y el puerperio y no solamente llenar la ficha.

Referencia: para darle continuidad al proceso de negociación:

- a. Si la captación y negociación se ha iniciado en la comunidad, los agentes comunitarios deben referir a la embarazada y su pareja al establecimiento de salud apoyándose en la hoja de referencia y contra referencia del SICO y el personal de salud debe enviar la contra referencia para informar sobre los avances del mismo. El voluntario debe de anotar en el registro diario de actividades del SICO, las visitas o actividades realizadas, anotando “Plan de Parto” en la casilla “especifique”.
- b. Si la captación y negociación se inició en el establecimiento de salud durante la atención prenatal u otra consulta que motivó a la embarazada a visitar el establecimiento de salud; el personal de salud debe recomendar a la embarazada ponerse en contacto con la partera o voluntario a cargo del plan de parto en la comunidad.

Se debe referir a las embarazadas que presenten señales de peligro a un nivel de mayor resolución o casa materna, no necesariamente en toda atención prenatal, sin embargo, Aunque el embarazo sea de bajo riesgo, referir a la gestante 15 días antes de la fecha probable de parto, con la finalidad de proporcionar un parto asistido por un profesional de la salud. Cabe agregar que enfermería debe orientar a la embarazada sobre medidas que debe tomar, ante la aparición de signos y síntomas de alarma como: contracciones uterinas, inflamaciones en las piernas y resto del cuerpo, salida de sangre, líquido o moco transvaginal, así como movimientos fetales anormales.

Enfermedades de transmisión sexual (ITS)

Es un conjunto de entidades de tipo clínico infecto contagiosas que se transmiten de persona a persona mediante el contacto íntimo ,casi con exclusividades por medio de relaciones sexuales en las que incluyen el sexo vaginal , el oral y el anal aunque otras maneras de contagios pueden ser : el uso compartido de jeringas infectadas `por el contacto directo de la sangre infectada o en el embarazo ,la madre se contagia al feto mientras transcurre la gestación ,si bien la mayoría de este tipo de enfermedades por gérmenes como las bacterias y los virus también pueden ser el resultado de hongos o protozoos. (MINSa, 2013)

Objetivo del manejo Síndrómico

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

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

Dexametazona

Es un potente glucocorticoide sintético con acciones que se asemejan a las hormonas esteroides. actúa como antiinflamatorio e inmunosupresor, su potencia es de 20-30 veces la de la hidrocortisona y 4-5 veces mayor que la prednisona.

Se administra en mujeres con riesgo de parto prematuro para estimular la maduración pulmonar del feto esto ha sido asociado con un bajo peso en el momento

del nacimiento aunque no con una elevación de la tasa de mortalidad neonatal (MINSA, 2014).

Disponibilidad de insumos básicos para la atención prenatal y COE básico
Insumos Médicos

Es cualquier medicamento, vacuna, producto herbario o complementario suplemento alimenticio o dispositivo médico, reactivos de laboratorios, destinados a la prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de la salud de los usuarios. (MINSA, 2011)

Termino COE almacenamiento de los insumos dependerá del fabricante.

Según la normativa 011 (2015) El almacenamiento de los insumos dependerá del fabricante y los requerimientos para su conservación. Estos termos son los mismos termos que se manejan en las unidades de salud (Rango de temperatura) entre 2 a 8 C, proteger LA luz y no congelar). Oxitócica, Ergonovina, Ergometrina, Hidralazina (ampolla), cintas de uro análisis, se debe garantizar la existencia de otros insumos COE, Sulfato de magnesio, Nifedipina, clotrimazol, Metronidazol y Labetalol (MINSA, 2015)

Tabla. 7 Primer Control Prenatal

Nº	ACTIVIDADES DEL 1ER APN Captación antes de las 12 semanas.	SI	NO	OBSERVACION
1	Llenado del expediente clínico, HCP y restos de formulario, historia integral de el/la adolescente y resto de	8	-	

	instrumentos de adolescente.			
2	Indagar sobre factores sociales (violencia de cualquier tipo, pobreza, falta de apoyo de su familia o pareja)	8	-	
3	Ingreso y seguimiento al censo gerencial de las embarazadas, puérperas y posnatales.	6	2	
4	Antecedentes familiares y personales y antecedentes obstétricos.	8	-	
5	Medición de la talla.	8	-	
6	Medición del peso	8	-	
7	Examen odontológico y de mamas.	8	-	
8	Edad gestacional	8	-	
9	Evaluación del estado nutricional envase al índice de masa corporal.	8	-	
10	Determinar esquema vigente de DT	8	-	
11	Determinación de la presión arterial (registro, análisis e interpretación) y restos de signos vitales (FR, FC, T)	8	-	
12	Exámenes de laboratorios: Grupo y Rh, PAP, VDRL/RPR, BHC, Glicemia, EGO, VIH, PCR, Gota gruesa y chagas.	8	-	
14	Consejería en lactancia materna y planificación familiar, cuidados del	8	-	

	recién nacido.			
15	Suplementos con SF +Ácido fólico.	8	-	
16	Suplemento con Ácido fólico.	8	-	
17	<p style="text-align: center;">Prevención de la pre-eclampsia y sus complicaciones .</p> <p style="text-align: center;">Prescribe aspirina y calcio según riesgo para pre-eclampsia.</p>			
18	Consejería de signos y síntomas de peligro de pre-eclampsia y eclampsia principalmente, como durante el embarazo, parto y puerperio.	8	-	
19	Negociar plan de parto.	8	-	
20	Referencia a otro nivel de atención o casa materna, consejería de parto asistido o si presente una COE.	8	-	
21	Evaluar la disponibilidad de insumos básicos para la APN Y COE Básico.	8	-	
22	Confirmar o descartar alguna ITS y aplicar tratamiento según la guía de las ITS.	8		
23	Evaluar la disponibilidad de los insumos básicos para la APN básico.	8		

Fuente: fuente propia, basado en la normativa MINSA N-011 ,2015

En base al primer APN se puede observar que todas las actividades básicas de los 8 APN que se realizaron en el centro de salud son llenados correctamente a excepción de una actividad que no se realizó en dos APN.

En referencia a lo anterior pudimos observar que en dos APN de captación no se realiza el ingreso al censo gerencial en el tiempo que lo establece la normativa MINSA (2012) lo cual es de manera diaria, si no que se actualiza el formato un día antes de entregar el reporte semanal al nivel correspondiente lo cual es algo erróneo.

Cabe desatacar que durante las prácticas los 6 APN de captación que se elaboraron en conjunto con la enfermera se trabajaron de manera correcta; mientras que los dos que evaluamos de manera individual a la enfermera no realizó el llenado del censo.

Es de gran importancia que toda mujer embarazada acuda a la unidad de salud más cercana ya es el primer contacto directo con la enfermera, lo cual se realiza un HCP completo , le envía suplementos vitamínicos para evitar malformaciones congénitas; le dan consejería sobre estimulación temprana y el autocuidado; nos permite al personal de salud realizar un examen físico céfalo caudal , haciendo énfasis en el examen periodontal refiriéndola oportunamente para evitar complicaciones en el futuro .

Segunda atención prenatal

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

Se debe actualizar el Formulario de Clasificación del Riesgo.(ver anexo #4)

1. Interrogatorio

- Preguntar sobre signos, síntomas o situaciones particulares que se han presentado desde la primera atención prenatal relacionados o no con la Historia Clínica Perinatal (HCP).

- Preguntar acerca de la fecha en que la madre tuvo el primer reconocimiento de los movimientos fetales para registrarlo en el expediente clínico.
- Indagar acerca del cumplimiento de todas las indicaciones de la primera atención, la ingesta de otros medicamentos, diferentes al hierro y ácido fólico.
- Interpretar y dar a conocer a embarazada los resultados de exámenes prescritos en la primera atención prenatal.

2. Examen físico

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

Determinar la presentación del feto según maniobras de Leopold.

.Examen Obstétrico

Efectuar Maniobras de Leopolds para determinar: Presentación, posición, situación, número de fetos y grado de encajamiento del feto.



Presentación: es la parte del feto que toma contacto con el estrecho superior, ocupándolo en gran parte, y que puede evolucionar por sí misma dando lugar a un mecanismo de parto, son dos: cefálica y pelviana.

Fuente: (Omar Morera. , 2017)



Posición: Es la relación que guarda el occipucio del producto con el lado izquierdo o derecho de la pelvis materna. Las posiciones son dos: derecha e izquierda.

Fuente: (Omar Morera. , 2017)



Situación: Es la relación que existe entre el eje longitudinal del feto y el eje longitudinal de la madre, cefálica, longitudinal, transversal u oblicua.

Fuente: (Omar Morera. , 2017)



Grado de Encajamiento: corresponde al momento en que la circunferencia máxima de la presentación franquea el estrecho superior de la pelvis para su penetración progresiva en el canal pelviano.

Fuente: (Omar Morera. , 2017)

- 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 proveedor es especialista lo puede efectuar y realizar manejo según Protocolo de Emergencias Obstétricas.
- Revisar la presencia de edema generalizado,

3. Pruebas de laboratorio

- Sangre: repetir indicación de Hemoglobina sólo si en el primer resultado del examen estaba por debajo de 11g/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) sino se los ha realizado aún.

4. 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.

Conducta según evidencia en 2da. Atención prenatal

Evidencias	Conducta a Seguir	REFIERA A
Ausencia de signos y síntomas de peligro	Atención de bajo riesgo	

Tomado de la normativa 011; Nuestro trabajo está basado en el color verde ya que solo abordaremos APN de bajo riesgo.

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.
- 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, revisarlo relacionado a:
 - Edemas en pies manos y cara: se debe indicar examen general de orina, orientar 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.

Tabla. 8 Segundo Control Prenatal

Nº	ACTIVIDADES DEL 2 DO APN	SI	NO	OBSERVACION
1	Llenado del expediente clínico, HCP y restos de formulario, historia integral de el/la adolescente y resto de instrumentos de adolescente.	6	-	
2	Indagar sobre factores sociales (violencia de cualquier tipo, pobreza, falta de apoyo de su familia o pareja)	6	-	
3	Ingreso y seguimiento al censo gerencial de las embarazadas, puérperas y posnatales.	6	-	No se realiza en tiempo y forma.
4	Medición del peso	6	-	
5	Edad gestacional	6	-	
6	Evaluación del estado nutricional en base al incremento del peso materno.	6	-	
7	Determinar esquema vigente de DT	6	-	
8	Determinación de la presión arterial (registro, análisis e interpretación) y	6	-	

	restos de signos vitales (FR, FC, T)			
9	Exámenes de laboratorios VDRL, Hemoglobina o BHC, Glicemia, EGO, VIH, PCR o Gota gruesa y chagas.	6	-	Solo se realiza el EGO en cinta.
10	Medición de la altura uterina	6	-	
11	Auscultación de FCF a partir después de las 20 semanas de gestación.	6	-	
12	Movimientos fetales después de 18 SG.	6	-	
13	Clasificación de ARO.	6	-	
14	Consejería en lactancia materna y planificación familiar, cuidados del recién nacido.	-	6	No se da consejería.
15	Suplementos con SF +Ácido fólico.	6	-	
16	Suplemento con Ácido fólico.	6	-	
17	<p>Prevención de la pre-eclampsia y sus complicaciones y sus complicaciones.</p> <p>Prescribe aspirina y calcio según riesgo para pre-eclampsia.</p>			
18	Prescribe Albendazol: dosis de 400 mg.	6	-	
19	Consejería de signos y síntomas de peligro de pre-eclampsia y eclampsia principalmente, como	6	-	

	durante el embarazo, parto y puerperio.			
20	Negociar plan de parto.	6	-	
21	Referencia a otro nivel de atención o casa materna, consejería de parto asistido o si presente una COE.	6	-	
22	Confirmar o descartar alguna ITS y aplicar tratamiento según guía para la atención de ITS, manejo sindromico N-113, MINSA.	-	6	No aplica TX oportuno
23	En caso de amenaza de parto prematuro.	Traslado	-	
25	Confirmar o descartar alguna ITS y aplicar tratamiento según la guía de las ITS.	6		
26	Evaluar la disponibilidad de los insumos básicos para la APN básico.	-	6	No tienen buen control de los insumos médicos.

Fuente: Elaboración propia basado en la Normativa MINSA N 11-2015

En base a lo anterior todas las actividades Se realizan correctamente; pero presentan algunas debilidades.

Es importante la segunda APN porque es donde empezamos a realizar las maniobras de manera más explícita, y la madre tiene contacto con su bebe mediante la auscultación de la FCF; la ecografía que sirve para detectar alguna enfermedad congénita, el sexo del bebe, la E/G, FPP; también es donde la madre recibe su

primer dosis de desparasitante ya que ayuda a disminuir la pérdida de hierro en el feto y una posible anemia en la madre.

Tercera atención prenatal

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

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

1. Interrogatorio.

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

2 . 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 sino ha sido realizado en la primera y segunda atención prenatal. Si la embarazada está sangrando no realizarlo y referirla. Si el especialista lo puede efectuar y realizar intervenciones según Protocolo de Emergencias Obstétricas.

3. Exámenes de laboratorios

- 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.

4. 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.

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 sino se indicó en atención prenatal anterior.
- 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:
- Dispepsia, orientar que mastique lentamente los alimentos.

Tabla. 9 Tercer Control Prenatal

Nº	ACTIVIDADES DEL 3 ERA APN	SI	NO	OBSERVACION
1	Llenado del expediente clínico, HCP y restos de formulario, historia integral de el/la adolescente y resto de instrumentos de adolescente.	6	-	
2	Indagar sobre factores sociales (violencia de cualquier tipo, pobreza, falta de apoyo de su familia o pareja)	6	-	
3	Ingreso y seguimiento al censo gerencial de las embarazadas, puérperas y posnatales.	6	-	No se realiza en tiempo y forma.
4	Medición del peso	6	-	
5	Edad gestacional	6	-	
6	Evaluación del estado nutricional en base al incremento del peso materno.	6	-	
7	Determinación de la presión arterial (registro, análisis e interpretación) y restos de signos vitales (FR, FC, T)	6	-	
8	Exámenes de laboratorios: Glicemia, EGO, PCR, Gota gruesa.	-	6	No se realizan
9	Medición de la altura uterina	6	-	
10	Auscultación de FCF a partir después de las 20 semanas de gestación.	6	-	

11	Movimientos fetales después de 18 SG.	6	-	
12	Presentación/situación fetal.	6	-	
14	Consejería en lactancia materna y planificación familiar, cuidados del recién nacido.	6	-	
15	Suplementos con SF +Ácido fólico.	6	-	
16	Suplemento con Ácido fólico.	6	-	
17	Prevención de la pre-eclampsia y sus complicaciones Prescribe aspirina y calcio según riesgo para pre-eclampsia.			
18	Consejería de signos y síntomas de peligro de pre-eclampsia y eclampsia principalmente, como durante el embarazo, parto y puerperio.	6	-	
19	Negociar plan de parto.	6		
20	Referencia a otro nivel de atención o casa materna, consejería de parto asistido o si presente una COE.	6	-	
21	Evaluar la disponibilidad de insumos básicos para la APN .	6	-	
22	Confirmar o descartar alguna ITS y aplicar tratamiento según la guía de las ITS.	5	1	Se resuelve con lo que está disponible.

Fuente propia basada en la normativa MINSA N 11-2015

Se puede apreciar que la mayoría de las actividades para el 3er APN, se realizan correctamente, a excepción de la actualización del formato de las adolescentes,

consejería y prueba del VIH, consejería sobre LME y P/F, Confirmación o descartación de una ITS y aplicar tratamiento.

De acuerdo a los 6 APN que se realizaron en las 32 S/G, se logró identificar que no se le da seguimiento al formato de adolescentes ya que estos se llenan todos cuadros el día de la captación de la menor, lo cual es incorrecto ya que según normativa, cada cuadro corresponde a cada visita de la adolescente a la unidad de salud.

Es importante mencionar a las 32 S/G el personal de salud tiene que hacer énfasis en el parto Psicoprofiláctico tanto en la mujer como en la pareja para su preparación tanto física como emocional; también se realizan las maniobras con más precisión.

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.

1. Interrogatorio

Preguntar sobre signos, síntomas o situaciones particulares que sean presentados desde la última atención prenatal hasta la actual estén o no relacionados con la Historia Clínica Perinatal (HCP), por ejemplo: salida de líquido amniótico, dolor abdominal o lumbar, contracciones uterinas, sangrado, movimientos fetales.

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

1. Examen físico

- Determinar la presentación (cefálico-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 espejuelo) 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 del examen pélvico en unidades de salud donde se encuentre recurso con esta calificación o especialista para evaluar posibilidades de desproporción feto-pélvica.

2. Exámenes del laboratorio

- Sangre: Hemoglobina cuando se detecte signos de anemia severa en el examen físico o control de tratamiento.
- Indicar nuevamente el resto de examen (VIH/SIDA, RPR, Tipo y Rh, Glicemia) si no se los ha realizado aun y orientarle que los lleve cuando tenga el resultado de los mismos.

Acciones para referir a Hospitalización a embarazada

Enfatizar en garantizar:

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

Coordinación previa: Notificar a unidad de salud a donde 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.

En la casilla número 1 anotar “N” si es normal con tinta azul o negra, si se detectara una enfermedad anotando las siglas establecidas en la tabla No. 1 (Descrito anteriormente) en tinta roja. Ej. Si tiene Infección de Vías Urinarias reflejaríamos “IVU” y en la casilla número 2 reflejaremos con grafito la fecha de su próxima cita. Si presentara más de una patología, seleccionar la principal y anotar las siglas de los diagnósticos y su abordaje integral en el expediente clínico de la embarazada.

Para las consultas subsecuentes, se remplazará la fecha de cita (que estaba en lápiz de grafito) con lapicero de tinta en la casilla que corresponda. Colocando en la casilla subsecuente la fecha de la próxima cita nuevamente en lápiz de grafito. En la revisión diaria identifique las embarazadas próximas a ser atendidas para contactarlas vía celular, correo electrónico, mensajes de texto, mensajeros de la comunidad u otra alternativa disponible a fin de prevenir la inasistencia.

Coloque un asterisco con color rojo en la parte superior izquierda de la casilla que le corresponde, cuando la embarazada no acudió a su cita programada. Identificándose como inasistentes; por lo cual deberá realizar acciones para la búsqueda o contacto de la paciente (vía celular, correo electrónico, mensajes de texto, mensajeros de la comunidad u otra alternativa). Cuando la embarazada acude registre según lo descrito anteriormente conservando el asterisco para tener un historial o considerar

acciones para prevenir nuevas inasistencias. Si la embarazada acude a su cita de APN y se detecta una complicación que amerite referencia a cualquier nivel, anotar con tinta roja las siglas por la cual fue referida, y en la siguiente casilla anotar en grafito las siglas del establecimiento de salud donde se hace la referencia.

Para las embarazadas que cambiaron de domicilio, consignar que se gestionó el seguimiento al establecimiento de salud donde se trasladó, utilizando el resto de la fila que corresponde a su registro. Cuando se realice el último APN y es un embarazo a término se refiere a Casa Materna, entonces se anotará “N” si es normal en la casilla que corresponde y en la casilla siguiente las iniciales “CM” o del establecimiento de salud según corresponda. Si la paciente es referida al hospital, anotar “H” en la misma casilla donde se está anotando el APN, y dibujar un círculo alrededor de la “H” para indicar que la paciente acudió a esa unidad. (MINSA, 2012)

Tabla. 10 cuarto Control Prenatal

Nº	ACTIVIDADES DEL 4TO APN.	SI	NO	OBSERVACION
1	Llenado del expediente clínico, HCP y restos de formulario, historia integral de el/la adolescente y resto de instrumentos de adolescente.	6	-	
2	Indagar sobre factores sociales (violencia de cualquier tipo, pobreza, falta de apoyo de su familia o pareja)	6	-	
3	Ingreso y seguimiento al censo gerencial de las embarazadas, puérperas y posnatales.	6	-	No se realizan en tiempo y forma.

4	Medición del peso	6	-	
5	Edad gestacional	6	-	
6	Evaluación del estado nutricional envase al incremento del peso materno.	6	-	
7	Determinación de la presión arterial (registro, análisis e interpretación) y restos de signos vitales (FR, FC, T)	6	-	
8	Exámenes de laboratorios Glicemia, EGO, VIH, PCR, Gota Gruesa	6	-	Se realiza EGO, BHC,
9	Medición de la altura uterina	6	—	
10	Auscultación de FCF a partir después de las 20 semanas de gestación.	6	-	
11	Movimientos fetales después de 18 SG.	6	-	
12	Presentación/situación fetal.	6	-	
13	Consejería en lactancia materna y planificación familiar, cuidados del recién nacido.	6	-	
14	Suplementos con SF +Ácido fólico.	6	-	
15	Suplemento con Ácido fólico.	6	-	
16	Prevención de la pre-eclampsia y sus complicaciones Prescribe aspirina y calcio Según riesgo para pre-eclampsia.			

17	Prescribe Albendazol: dosis de 400 mg.	6	-	
18	Consejería de signos y síntomas de peligro de pre-eclampsia y eclampsia principalmente, como durante el embarazo, parto y puerperio.	6	-	
19	Negociar plan de parto.	6	-	
20	Referencia a otro nivel de atención o casa materna, consejería de parto asistido o si presente una COE.	▣	-	
21	Evaluar la disponibilidad de insumos básicos para la APN Y COE Básico.	6	-	

Fuente: Elaboración Propia Basada en la Normativa MINSA N-11-2015

En el 4to APN, se pudo evidenciar que se realizan las actividades en un 100%. En términos generales encontramos algunas debilidades en cuanto al EGO en cinta de seguimiento, casi siempre sale alterado, debido a que se ha descuidado el uso y manejo de las dichas cintas.

Cabe destacar que según normativa a las 26,32 y 38 S/G se debe realizar el examen de VIH con previa consejería, en la unidad de salud solo se realiza una vez y es en el momento de la captación de la embarazada; en cuanto a la consejería sobre LME y P/F solo se le orienta a la madre al inicio cuando se llena el plan parto y a las 38 S/G, pero no se va concientizando sobre la importancia de estos ítems en cada

control, lo cual es de gran importancia, ya que evitara que el R/N se enferme menos e impedirá que la madre tenga otro embarazo con periodo intergenesico corto.

Cuando se realiza la anamnesis en la embarazada, y esta refiere tener algún tipo de secreción, en 13 de los 26 APN se le realizo examen ginecológico indicando tratamiento oportuno y para la pareja si ameritaba, en cambio los otros 13 APN , pudimos apreciar que no le hacían el examen ginecológico a la embarazada, , solo escribían el tratamiento en el expediente debido a que en farmacia no había insumos, lo cual es un gran error ya que lo que no se le da a la paciente no tiene que por que ir reflejado en el expediente, ya que si la mujer tiene una complicación mayor con una ITS, se tratara con medicamento de 2da elección por que según expediente ya tiene la primera dosis cuando esto no es verdad.

Cabe destacar que el cuarto APN nos da un cierre al personal de salud, sobre un parto normal de bajo riesgo, donde se promueve la lactancia materna exclusiva dando la pauta a un parto institucional reconociendo los derechos de las gestantes y proporcionando información sencilla, clara sobre el estado de embarazo, en un ambiente adecuado, con privacidad, de acuerdo a lo que cree que va a ser mejor, a lo que siente que va a ser más seguro, reconociendo aquello que más la tranquiliza, garantizando la satisfacción de la usuaria.

V.CONCLUSIONES

1. Los recursos de salud no están capacitados en el uso y manejo del censo gerencial a excepción de enfermería.
2. Existen debilidades en el llenado de datos de afiliación, en el N° de casa, N° teléfono, y N° de Cedula; en la atención puerperal y postnatal encontramos que en algunos no se utilizan colores y siglas correspondientes
3. En las acciones de prevención y búsqueda de inasistentes no se realiza la identificación sistemática de pacientes, sin embargo, existe evidencia del uso de los medios de comunicación.
4. El control semanal de las embarazadas próximas a parir no está en un lugar accesible al prestador de salud.
5. El reporte mensual de las inasistentes se está trabajando correctamente, es obligatorio en todos los puestos de salud.
6. En la retroalimentación comunitaria no se actualizan los formatos de registro.

VI. BIBLIOGRAFIA

ABC tu Diccionario Hecho Facil. (24 de 06 de 2017). Obtenido de <https://www.definicionabc.com/general/reuniones.php2007-2017>

(2017). Real Academia Española. Madrid-España.

A.D.A.M. (2017). *Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU.* Recuperado el 12 de 10 de 2017, de Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU.: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001993.htm>

Alvarez, J. (2014). *Diccionario Enciclopedico.*

Andreu, R. e., & Sieber, S. (2000). *La gestion integral del conocimiento y del aprendizaje.* Buenos Aires.

Botero. (2007). *Pre-eclampsia.* Buenos Aires.

Gallegos, N. d. (2006). *La teoria del hecho y el acto juridico aplicada al derecho faminiar.* Tabasco: Univ.J. Autonoma de Tabasco.

Garcia-Pelayo, Ramón. (1995). *Pequeño Larousse Ilustrado.* Buenos Aires (Argentina): 3.

Gardey, A. (2012). (<http://definicion.de/evaluacion/>).

J, P. (2006). *Metodologia de la investigacion Cientifica.* Managua, Nicaragua: PAVSA.

Marriner, T. A., & Raile, A. M. (1989). *Modelo y Teorias de Enfermeria.* Madrid - España: Harcourt, S.A.

MINSA. (2008). *Normativa 002, Norma y Protocolo de Planificacion Familiar.* Managua,Nicaragua.

MINSA. (2008). *Normativa 011, Norma y Protocolo de Atencion Prenatal,Parto, Recien Nacido Y Puerperio de Bajo Riesgo.* Managua,Nicaragua.

MINSA. (2010). *Normativa 060, Manual de Lactancia Materna para la Atencion Primaria .* Managua,Nicaragua.

- MINSAs. (2010). *Normativa 060, Manual de Lactancia Materna para la Atencion Primaria* . Managua,Nicaragua.
- MINSAs. (2011). *Norma y Guia para la Notificacion Obligatoria de Reacciones Adversas a Insumos Medicos*. Managua-Nicaragua.
- MINSAs. (2013). Formulario Nacional del Medicamento. En *Capitulo 14 ; Nutricion*. (pág. 340). Managua,Nicaragua.
- MINSAs. (2013). *Guia para atencion de las infecciones de transmision sexual*. Managua-Nicaragua.
- MINSAs. (2013). *Manual para el llenado la HCP.N 106*. Managua-Nicaragua.
- MINSAs. (2015). Normativa 011,Norma y Protocolo de Atencion Prenatal,Parto, Recien Nacido Y Puerperio de Bajo Riesgo. Managua-Nicaragua.
- Omar Morera. . (13 de Noviembre de 2017). *Maniobras de Leopold*. Obtenido de Maniobras de Leopold.
- OMS. (2011).
- Real Academia Española. (2017). *Diccionario en Español*. Madrid-España.
- Sampieri, R. C. (2006). *Metodologia de la investigacion*. Mexico D.F: MC Graw Hill.
- Schwartz, R. L. (2008). Schwartz-sala Duverges OBSTETRICIA 6ta edicion. En *Schwartz, Ricardo Leopoldo* (pág. 91). Buenos Aires: El Ateneo.

ANEXOS

Anexo 1.



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA DE MATAGALPA

Entrevista

De antemano gracias por su cooperación.

Datos Generales del personal de salud

- a. Edad: _____
- b. Profesión: _____
- c. Años de servicio: _____
- d. Tiempo de laborar en esta unidad de salud: _____

1. ¿Cuál es su concepto de Censo Gerencial?

2. ¿Considera que es una herramienta importante?

3. ¿En qué momento de su jornada laboral realiza el llenado de la boleta?

4. ¿Por qué hacen dos tipos de reportes semanal y mensual?

5. ¿Quién lleva el control del Censo Gerencial? ¿Está capacitado?

6. ¿Tiempo que se demora en realizar el llenado? ¿Cómo clasifica los factores de riesgo?

7. ¿El MINSA evaluó la boleta del censo Gerencial? ¿Cómo salió?



Anexo 2.

FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA DE MATAGALPA

Ficha para la recolección de datos contenidos en el censo gerencial de las embarazadas, año 2017.

Datos Generales del Personal de Salud

1. Nombre del Lugar del Trabajo_____
2. Área de Trabajo_____
3. Tiempo Laboral_____
4. Título_____
5. Edad_____
6. Sexo_____

Escala de Valoración:

- a. Si: Cumple con todos los requisitos que pide la boleta del Censo Gerencial.
- b. No: Que no cumple los requisitos que pide la boleta del Censo Gerencial.
- c. Realizado: Que hay evidencia de la retroalimentación Inter-institucional.
- d. No Realizado: Que no hay evidencia de la retroalimentación Inter-institucional.
- 7.

Instrumento

1. Llenado Correcto de la Boleta del Censo Gerencial		SI	%	NO	%	Observación
1	Encabezado					
2	Datos de Afiliación					
3	Riesgo					
4	Fechas Importante					
5	Atención Prenatal					
6	Plan Parto					
7	Parto					
8	Atención Puerperal					
9	Atención Postnatal					
10	Utilización de colores					
	Total					
2. Acciones de Prevención y Búsqueda de Inasistentes		SI		NO		Observación
11	Identifica Sistemática la Paciente Con Próxima Cita					
12	Hay Evidencia de Uso de medios de comunicación y Tecnología					
	Total					
3. Control Semanal de las Embarazadas Próxima A Parir		SI		NO		Observación
13	Esta Llenado Correctamente					
14	Esta Actualizado					
15	Está Ubicado en Lugar Accesible al Prestador de Servicio					
16	Hay Evidencia que se Utiliza Para el Seguimiento de las Mujeres					
	Total					
4. Reporte Mensual de Inasistentes		SI		NO		Observación
17	Llenado Correcto					
18	Evidencia del Nivel Correspondiente					
19	Evidencia que Existe un Plan de Mejora y Se ha Implementado en un 80%					
	Total					
5. Retroalimentación Comunitaria e Inter-institucional		Realizado		No Realizado		Observación
20	Evidencia de Reuniones Mensuales					
21	Evidencia de Actualización de Formato de Registro					
22	Acuerdos asumidos en las reuniones comunitarias e interinstitucional.					
	Total					

El instrumento aplicado tendrá un valor de 100 pts. Con un mínimo de 80pts para ser válido según

Normativa 101, MINSA 2012

Anexo 5.

Formulario de Clasificación del Riesgo, Criterios para Clasificar el Riesgo en la Atención Prenatal

Nombres y Apellidos: _____

Número de Expediente Clínico: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

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

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

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

Anexo 6.

Historia Clínica Perinatal

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

ANTECEDENTES
FAMILIARES (no sí): TBC diabetes hipertensión preeclampsia eclampsia otra cond. médica grave
PERSONALES (no sí): cirugía genito-urinary infertilidad cardiopat. nefropatía violencia VIH+
OBSTETRICOS (gestas previas abortos vaginales nacidos vivos nacidos muertos):
 ULTIMO PREVIO: n/c <2500g normal ≥4000g
 Antecedentes Múltiples: no sí
 3 espont. consecutivos emb. ectópico cesáreas partos
FIN EMBARAZO ANTERIOR (día mes año): _____ < 2 años > 5 años
EMBARAZO PLANEADO no sí
FRACASO METODO ANTICONCEP. no sí : usaba barrera DIU hormo ester. natural gencia

GESTACION ACTUAL
 PESO ANTERIOR: _____ Kg IMC: _____ TALLA (cm): _____
 EG CONFIABLE por FUM Eco <20 s. sí no
 FUM ACT. 1º trim no sí 2º trim no sí 3º trim no sí
 FUM PAS. 1º trim no sí 2º trim no sí 3º trim no sí
 DROGAS no sí ALCOHOL no sí VIOLENCIA no sí
 ANTIRUBEOLA: previa no sí vigente no sí
 ANTITETANICA: vigente no sí DOSIS 1º mes 2º mes
 EX. NORMAL: ODONT. no sí MAMAS no sí

CERVIX (normal anormal no se hizo): Insp. visual PAP COLP.
GRUPO Rh (Rh Inmuniz.): yglobulina anti D no sí n/c
TOXOPLASMOSIS (<20sem IgG no sí ≥20sem IgG no sí 1ª consulta IgM no sí)
Hb <20 sem: _____ g/l <11.0 g/dl
Fe/FOLATOS (indicados no sí): Fe no sí Folic. no sí
Hb ≥20 sem: _____ g/l <11.0 g/dl
VIH - Diag - Tratamiento (<20 sem solicitada no sí Prueba result. + - TARV en emb. no sí ≥20 sem solicitada no sí Prueba result. + - TARV en emb. no sí
SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento (no treponémica sí treponémica sí no sí Tratamiento no sí Tto. de la pareja no sí

CHAGAS (no sí no se hizo): PALUDISMO/MALARIA (sem. <20 no sí ≥20 no sí BACTERIURIA (normal anormal no se hizo): sem. <20 no sí ≥20 no sí
GLUCEMIA EN AYUNAS (<24 sem no sí ≥24 sem no sí ≥ 92 mg/dl
ESTREPTOCOCO B (35-37 semanas no sí no se hizo
PREPARACION PARA EL PARTO (no sí
CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA (no sí

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

PARTO ABORTO
 FECHA DE INGRESO: día mes año CONSULTAS PRE-NATALES total: _____
 Lugar del parto: Institucional Domiciliar Otros
 Hospitaliz. en EMBARAZO: no sí días _____
 CORTICOIDES ANTENATALES: completo no sí inkompl. no sí semana inicio _____
 INICIO espontáneo no sí inducido no sí cesar. elect.
 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA (<37 sem no sí ≥18 hs. no sí temp. ≥38°C
 EDAD GEST. al parto: _____ semanas _____ días
 PRESENTACION SITUACION: cefálica no sí pélvica no sí transversa
 TAMAÑO FETAL ACORDE: _____ si no sí
 ACOMPAÑANTE TDP P: pareja no sí familiar no sí otro no sí ninguno

TRABAJO DE PARTO
 hora min posición de la madre PA pulso contr./10 dilatación altura present. variedad posic. meconio FCF/dips
ENFERMEDADES (ninguna no sí): HTA previa no sí HTA inducida embarazo no sí preeclampsia no sí eclampsia no sí cardiopatía no sí nefropatía no sí diabetes no sí
 infec. ovular no sí infec. urinaria no sí amenaza parto preter. no sí R.C.I.U. no sí rotura prem. de membranas no sí anemia no sí otra cond. grave no sí
HEMORRAGIA (1º trim. no sí 2º trim. no sí 3º trim. no sí postparto no sí infec. puerperal no sí
 TDP Prueba Sifilis VIH no sí no sí no sí

NACIMIENTO VIVO MUERTO hora min día mes año MULTIPLE orden _____ TERMINACION espont. cesárea otra INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO: _____
 anteparto parto ignora morbito

POSICION PARTO (sentada acostada cucullas no sí): solicitada por la usuaria no sí
DESGARROS Grado (1 a 4) _____
OCITOCICOS (prelumb. no sí postlumb. no sí
PLACENTA (completa no sí retenida no sí
LIGADURA CORDON (precoz no sí
MEDICACION RECIBIDA (ocitocicos no sí antibiot. no sí analgesia no sí anest. local no sí anest. region. no sí anest. gen. no sí transfusión no sí
REFERIDO (aloi. no sí con. no sí tolog. no sí hosp. no sí
REANIMACION (estimulac. no sí aspiración no sí máscara no sí oxigeno no sí masaje no sí tubo no sí
FALLECE EN LUGAR DE PARTO (no sí
ATENDIDO PARTO (médico obst. enf. auxil. estud. empir. otro
NEONATO (no sí): código medic. 1. _____ código medic. 2. _____ otros especificar: _____
PUERPERIO INMEDIATO (día hora T°C P A pulso invol. uter. loquios)

RECIEENACIDO
 SEXO f m PESO AL NACER: _____ g (<2500 no sí ≥4000 no sí
 LONGITUD cm: _____
 P. CEFALICO cm: _____
 EDAD GESTACIONAL sem. días: _____
 PESO E.G. adec. no sí peq. no sí gde. no sí
 CUIDADOS AL RECIEENACIDO: vitamina K no sí Profilaxis ocular no sí Apego precoz no sí
 APGAR (min) 1º: _____ 5º: _____
REANIMACION (oxigeno no sí tubo no sí
FALLECE EN LUGAR DE PARTO (no sí
REFERIDO (aloi. no sí con. no sí tolog. no sí hosp. no sí
ATENDIDO PARTO (médico obst. enf. auxil. estud. empir. otro
NEONATO (no sí): código medic. 1. _____ código medic. 2. _____ otros especificar: _____
PUERPERIO INMEDIATO (día hora T°C P A pulso invol. uter. loquios)

DEFECTOS CONGENITOS (menor no sí mayor no sí
ENFERMEDADES (ninguna no sí): código medic. 1. _____ código medic. 2. _____ otros especificar: _____
VIH en RN (Expuesto no sí Tto. no sí
TAMIZAJE NEONATAL (VDRL Tto. no sí TSH Hbpatía Bilirrub. Toxo IgM Meconio 1º día no sí
ANTIRUBEOLA (post parto no sí yglobulina anti D no sí
ANTICONCEPCION (no sí

EGRESO RN (vivo fallece traslado fallece durante o en lugar de traslado EDAD AL EGRESO días completos _____
 ALIMENTO AL ALTA: lact. excl. no sí parcial no sí artificial no sí
 Boca arriba no sí BCG no sí PESO AL EGRESO: _____ g
EGRESO MATERNO (traslado lugar fallece durante o en lugar de traslado viva fallece
CONSEJERIA (METODO ELEGIDO: DIU post-evento no sí ligadura tubal no sí DIU no sí natural no sí barrera no sí otro no sí hormonal no sí ninguno

EGRESO RN (día mes año hora min lugar) Nombre Recién Nacido Responsable

EGRESO MATERNO (día mes año lugar) Responsable

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

Descripción de códigos en el reverso

HC-PESAP (Nicaragua) 2011

Anexo 7.

Para el Llenado Correcto de Historia Clínica Perinatal

No.	+Actividades	I APN Captación Antes de las 12 Semanas	II APN A las 26 semanas	III APN A las 32 semanas	IV APN A las 38 semanas
1	Llenado del Expediente Clínico, HCP y resto de formularios. Historia integral de la/el Adolescentes y resto de instrumentos adolescentes	X	X	X	X
2	Indagar sobre factores sociales (violencia de cualquier tipo, pobreza, falta de apoyo de su familia o pareja)	X	X	X	X
3	Ingreso y seguimiento al Censo Gerencial de las Embarazadas, Puérperas y Postnatales	X	X	X	X
4	Antecedentes Familiares y Personales y Antecedentes Obstétricos	X			
5	Medición de la Talla	X			
6	Medición del Peso	X	X	X	X
7	Examen Odontológico y de Mamas	X			
8	Edad Gestacional	X	X	X	X
9	Evaluación del Estado Nutricional en base a Índice de Masa Corporal	X			
10	Evaluación del Estado Nutricional en base al Incremento de Peso Materno		X	X	X
11	Determinar Esquema Vigente de dT:	X	X		
12	Determinación de la Presión Arterial (Registro, Análisis e Interpretación) y resto de signos vitales (FR, FC, T°)	X	X	X	X
13	Exámenes de Laboratorio:				
	Grupo y Rh	X			
	PAP	X			
	VDRL/RPR	X	X		X (ingreso)
	Hemoglobina o BHC	X	X	X	X
	Glicemia	X	X	X	X
	Examen General de Orina	X	X	X	X
	Aplicar esquema de tratamiento de la IVU:				
	Consejería y Prueba voluntaria de VIH	X (antes de las 20S/G)	X	X	X
	PCR, Gota Gruesa y Chagas(según patología o endemidad de la zona)	X	X	X	X
14	Medición de la Altura Uterina		X	X	X
15	Auscultación de FCF a partir de las 20 SG		X	X	X
16	Movimientos Fetales después de 18 SG		X	X	X
17	Presentación/Situación fetal			X	X
18	Clasificación de Alto Riesgo Obstétrico	X	X	X	X
19	Consejería en Lactancia Materna y Planificación Familiar Cuidados del Recién Nacido/a	X	X	X	X
20	Suplemento con Sulfato Ferroso + Ácido Fólico:	X	X	X	X
21	Suplemento con Ácido Fólico:	X	X	X	X
22	Prevención de la Pre-eclampsia y sus complicaciones Prescribe Aspirina y Calcio según Riesgo para Pre-eclampsia (P-E):				
23	Prescribe Albendazol: Dosis de 400mg		X		X
24	Consejería en signos y síntomas de peligro de la Pre-eclampsia y Eclampsia principalmente, durante el embarazo, parto y puerperio.	X	X	X	X
25	Negociar Plan de Parto	X	X	X	X
26	Referencia a otro nivel de atención o Casa Materna, Consejería en Parto Asistido o si presenta alguna COE	X	X	X	X
27	Confirmar o Descartar alguna ITS y aplicar tratamiento según Guía para la Atención de ITS, Manejo Sintomático N-113, MINSA.	X	X	X	X
28	En casos de Amenaza de Parto Prematuro;		X		
29	Evaluar la disponibilidad de insumos básicos para la APN y COE Básico	X	X	X	X

Fuente: Tomado de la normativa 011 MINSA 2015

GLOSARIO

1. **ACO:** Anticonceptivos Orales.
2. **AIEPI:** Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia.
3. **Anemia Ferropénica:** Es afección en la cual el cuerpo no tiene suficiente glóbulos rojos sanos. Esta anemia es por la deficiencia de hierro.
4. **Anómalas:** Cambio o desviación respecto de lo que es normal, regular, natural o reversible.
5. **APN:** Atención Prenatal.
6. **ARO:** Alto Riesgo Obstétrico.
7. **Arterias uterinas :** Es la encargada de irrigar la sangre al útero , función fundamental durante el embarazo.
8. **AU:** Altura uterina.
9. **Auscultación:** Descubrir y estudiar los ruidos cardiacos fetales.
10. **BS:** Brigadista de Salud.
11. **Citología exfoliativa:** Estudio e interpretación de los caracteres de las células que se descaman naturalmente o artificialmente de la mucosa oral.
12. **CM:** Casa materna.
13. **CMP :** Clínica Médica Previsional
14. **COE:** Cuidados obstétricos esenciales
15. **Col. Vol:** Colaboradores Voluntarios
16. **Dispepsia:** Trastorno de la digestión que aparece después de las comidas y cuyos síntomas más frecuencia náuseas, pesadez, dolor ardor y flatulencia.
17. **Distócico:** Alteración del mecanismo del parto se debe a una modificación del tamaño, forma o inclinación de la pelvis ósea.
18. **DIU:** Dispositivo Intrauterino
19. **Eclampsia:** Enfermedad que afecta a la mujer durante el embarazo se caracteriza por convulsiones, seguidas por estado de coma; suele ir con afecciones como hipertensión arterial, edema o presencia de proteínas en la orina.

20. **ECMAC:** Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos.
21. **Embolia:** Obstrucción de una arteria o una vena producida por un embolo (coágulo guíneo, burbuja de aire, gota de grasa, cumulo de bacterias, células tumorales,) arrastrados por la sangre.
22. **Endémicas:** Enfermedad que afecta a una región o país que se repite frecuentemente o que está localizada en un lugar.
23. **EPN:** Etapa post –natal.
24. **EQV:** Esterilización Quirúrgica Voluntaria.
25. **ES AFC:** Equipo de salud familiar y comunitario.
26. **Especulo:** instrumento utilizado para realizar exámenes o procedimientos diagnósticos, terapéuticos de cavidades corporales manteniendo abiertos sus orificios de entrada.
27. **ETV:** Enfermedades de Transmisión Vectorial.
28. **FCF:** frecuencia cardiaca fetal.
29. **Feto-pélvico:** Desproporción de la cabeza fetal en relación a la pelvis materna evitando el descenso de la misma aun con contracciones uterinas impidiendo el parto por vía vaginal.
30. **FPP:** Fecha Probable de Parto.
31. **FUM:** Fecha de la Última Menstruación.
32. **Glicemia:** Es el examen que mide la cantidad de azúcar llamado glucosa en una muestra de sangre. La glucosa es una fuente importante de energía para la mayoría de célula del cuerpo, incluyendo las del cerebro.
33. **Gota gruesa:**
34. **H:** Hospital.
35. **HCP:** Historia Clínica Perinatal.
36. **IMC:** índice de masa corporal.
37. **Indicadores:** Es una característica que se puede medir; un número, una tasa, un índice. un porcentaje que nos permite una razón obtenida.
38. **Inmunobiológico DT:** Se refiere a las mujeres que requieren inmunización antitetánica.

39. **Inmunosupresor:** Sustancia química que produce la inmunosupresión del sistema inmunitario puede ser exógeno como los fármacos inmunosupresores o endógeno como el cortisol.
40. **Interginesico:** periodo comprendido entre el final de un embarazo y el inicio de otro.
41. **IPM:** incremento de peso materno.
42. **IPSS:** Institución Prestadora de Servicios de Salud
43. **IVU:** Infección de las vías urinarias.
44. **JABA** Jornada de Análisis y Balance
45. **LME:** Lactancia Materna Exclusiva.
46. **Loordosis:** Curvatura de la columna vertebral.
47. **MAC** Métodos Anticonceptivos
48. **Manejo Sindrómico:** Clasifica los principales agentes etiológicos según los síntomas y signos clínicos que provocan.
49. **MDF** Método del collar o método de días fijos.
50. **MEF:** Mujeres en Edad Fértil.
51. **MELA:** Método de Lactancia-Amenorrea.
52. **MFC:** Malformación Congénita.
53. **MFT:** Muerte Fetal Tardía.
54. **MINSA:** Ministerio de Salud.
55. **MNP:** Muerte Neonatal Precoz.
56. **Morbilidad:** Cantidad de personas que se enferman en lugar y un periodo tiempo determinado en relación con el total de la población.
57. **Mortalidad perinatal:** Son fallecimientos fetales ocurridos en la cavidad intrauterina en el periodo después de las 28 semanas de gestación o mayor de 1000 gramos de peso.
58. **MOSAFC:** Modelo de salud familiar y comunitario
59. **NLM:** No practica la lactancia materna.
60. **No AC:** No usa ningún método anticonceptivo.
61. **Oblicua:** Con inclinación o desviación de la línea recta.
62. **PF:** Planificación Familiar.
63. **Plan de mejora:** Es un esquema diseñado para lograr un fin.

- 64. Plan parto:** Es un documento en el la mujer expresa sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y el nacimiento de su bebe.
- 65. PN:** Postnatal.
- 66. PNI:** Programa Nacional de Inmunizaciones.
- 67. Pre-eclampsia:** Estado patológico de la mujer en el embarazo que se caracteriza por hipertensión arterial, edema, presencia de proteínas en la orina, aumento excesivo de peso; puede preceder a una eclampsia.
- 68. PROCOSAN:** Programa Comunitario de Salud y Nutrición.
- 69. Progesterona micronizada :** Hormona con efectos sobre las vías reproductivas , glándulas mamarias y sistema nervioso; ayuda a prevenir el parto pre término en ciertas mujeres.
- 70. Psicoprofilactico:** Es la preparación, información y las herramientas para vivir un embarazo sano y feliz; parto natural, saludable y tranquilo.
- 71. PTGN:** Policlínico Trinidad Guevara Narváez .
- 72. PTMI:** prevención de la transmisión materno infantil.
- 73. Quimicostoxicos:** Son compuestos químicos o Sustancia venenosa que puede causar trastornos o la muerte a consecuencia de las lesiones de vida a un efecto químico.
- 74. Radiación ionizante:** Son aquellas radiaciones con energía suficiente para ionizar la materia por la cual su exposición afecta la salud.
- 75. RCU:** Retardo de crecimiento uterino
- 76. RN:** Recién Nacido.
- 77. RPR:** Reagina Plasmática Rápida.
- 78. SG:** Semanas de gestación.
- 79. SHG** Síndrome hipertensivo gestacional.
- 80. SILAIS:** Sistema Local de Atención Integral en Salud
- 81. SIVIEMB:** Sistema de vigilancia de las embarazadas.
- 82. Teratógenos:** Sustancias que afectan el desarrollo del embrión o feto pudiendo producir una alteración en los órganos o defecto congénito durante el periodo postnatal.
- 83. TIC:** Tecnologías de Información y Comunicación

84. TMI: Transmisión materno infantil.

85. Trendelemburg: Posición en el que sujeto se dispone en camilla en un ángulo de 45 grados en posición supina con la cabeza situada más abajo que la pelvis.

86. Trombosis: Proceso de formación de un trombo o una oclusión de un vaso sanguíneo.

87. Vascular: Relativo a los vasos o los conductos por donde circula la sangre u otros líquidos.