



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**Facultad Regional
Multidisciplinaria Matagalpa**

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

TEMA:

Conocimiento, actitudes y prácticas sobre atención prenatal de bajo riesgo en el personal que atiende embarazadas en las áreas de salud del departamento de Matagalpa, año 2017.

SUBTEMA:

Conocimiento, actitudes y práctica sobre atención prenatal de bajo riesgo en el personal que atiende embarazadas en el puesto de salud Las Marías del municipio de Matagalpa, departamento de Matagalpa , año 2017.

AUTORES:

Br. Teresa de Jesús Blandón Obregón.

Br. Katherine Adriana Castillo Herrera.

TUTOR(A):

Lic. Elsa Mercedes Castellón Calvo.

Fecha: 29-01-2018



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**Facultad Regional
Multidisciplinaria Matagalpa**

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

TEMA:

Conocimiento, actitudes y práctica sobre atención prenatal de bajo riesgo en el personal que atiende embarazadas en las áreas de salud del departamento de Matagalpa, año 2017.

SUBTEMA:

Conocimiento, actitudes y práctica sobre atención prenatal de bajo riesgo en el personal que atiende embarazadas en el puesto de salud Las Marías del municipio de Matagalpa, departamento de Matagalpa, año 2017.

AUTORES:

Br. Teresa de Jesús Blandón Obregón.

Br. Katherine Adriana Castillo Herrera.

TUTOR(A):

Lic. Elsa Mercedes Castellón Calvo.

Fecha: 29-01-2018.

Dedicatoria

Este seminario de graduación para optar al título de licenciatura en enfermería materno infantil, es dedicado a nuestro padre celestial el cual nos ha llevado con éxito hasta nuestra meta llenándonos de salud, vida, sabiduría e inteligencia necesaria durante estos cinco años de estudio por lo que nos hemos esforzado, con el propósito de superarnos y ser de utilidad para la sociedad puesto que es una carrera humanística, de servicio y vocación.

Br. Teresa de Jesús Blandón Obregón.

Br. Katherine Adriana Castillo Herrera.

Agradecimiento.

El presente trabajo de investigación seminario de graduación lo agradezco de forma especial con amor, respeto y sinceridad a: Dios, padre celestial quien me dio la vida y la salud, me ha acompañado siempre durante mis estudios, dándome la sabiduría e inteligencia necesaria para lograr culminar mi carrera

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

A los maestros que marcaron cada etapa de este largo camino universitario y que me ayudaron en asesorías y dudas presentadas en la elaboración de mi seminario de graduación. A la Lic. Thelma castro quien me dio clase desde el primer año de la universidad y me ha apoyado desde entonces incondicionalmente, me dio la oportunidad de realizar mi estudio en su puesto de salud las Marías, brindándonos su apoyo y atención de manera intelectual, moral y afectiva.

A la tutora Msc. Elsa Mercedes Castellón Calvo por haberme transmitido sus conocimientos y dirigir mi trabajo de manera que obtuviera los mejores resultados.

A mis padres y hermanas por su apoyo y comprensión incondicional para poder finalizar la meta que me propuse.

A la Sra. Rosa estela Betancur de González que más que una amiga ha sido una madre, ella es el ángel que Dios puso en mi vida para que me ayudara a llegar donde estoy gracias a su apoyo e insistencia hoy estoy a punto de culminar mi carrera.

Agradezco a todas aquellas personas que se hace difícil mencionar, pero que forman parte de mi vida, gracias por creer en mí y comprendes lo que significan los estudios en mi desarrollo profesional.

Br. Teresa de Jesús Blandón Obregón.

Agradecimiento.

Quiero agradecerle primeramente a Dios por darme la vida, la sabiduría, inteligencia y la fuerza necesaria para poder culminar mi carrera con éxito, por ser mi apoyo incondicional y haberme permitido cumplir una nueva meta.

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

Agradezco a mis docentes que brindaron sus conocimientos durante estos cinco años de estudios superiores, por sus instrucciones y por habernos motivado a ser mejores estudiantes para ser mejores profesionales entre ellos Lic. Walkiria, a nuestros docentes de práctica como Lic. Norma Flores y Lic. Thelma Castro que con su apoyo y enseñanzas logramos poner en práctica los estudios teóricos obteniendo habilidades y destrezas como futuros enfermeros, viendo en ellos su desempeño y dedicación en esta profesión. A nuestra docente de seminario de graduación Lic. Elsa Mercedes Castellón Calvo por guiarnos en este camino, para terminar con éxito esta carrera.

Agradezco especialmente a mi padre, puesto que él me impulso a seguir adelante con sus buenos consejos me enseñó tener deseos de superación y estudiar una profesión para ser de utilidad para la sociedad, para mi familia y para mí como persona. A mi madre por estar siempre conmigo, por su apoyo incondicional, por sus buenos consejos, su motivación y su buen ejemplo de superación.

A mi hijo Daniel Castro Castillo, el cual es mi motor para seguir adelante, el que me impulso a querer ser mejor persona y esforzarme cada día más para darle un buen ejemplo y una mejor vida; por darme su amor y su cariño que me ha motivado a seguir adelante a pesar de las dificultades.

No fue fácil, pero gracias a Dios, a UNAN, mis docentes, mis padres y mi hijo pude culminar esta etapa de mi vida con éxito. ¡Gracias!

Br. Katherine Adriana Castillo Herrera.

Valoración del docente



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

VALORACION DEL DOCENTE

Por medio de la presente se informa, que el Seminario de Graduación para optar al Título de **Licenciatura en Enfermería con Orientación Materno Infantil**, que lleva por Tema general: Conocimiento, Actitudes y Práctica sobre Atención Prenatal de bajo riesgo en el personal que atiende embarazadas en las áreas de Salud del departamento de Matagalpa, año 2017y con Sub tema: CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICA SOBRE ATENCIÓN PRENATAL DE BAJO RIESGO EN EL PERSONAL QUE ATIENDE EMBARAZADAS EN EL PUESTO DE SALUD LAS MARÍAS DEL MUNICIPIO DE MATAGALPA, DEPARTAMENTO DE MATAGALPA, AÑO 2017.Elaborado por las autoras:

Br. Teresa de Jesús Blandón Obregón

Br. Katherine Adriana Castillo Herrera.

Reúne los requisitos científicos y metodológicos para ser presentada y defendida ante un tribunal examinador. Matagalpa del 2017.

Elsa Mercedes Castellón Calvo
Msc. En Salud Sexual y Reproductiva,
Lic. En mención de salud pública.
Tutor de Seminario de Graduación

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo evaluar los conocimientos, actitudes y práctica del personal de salud al realizar la Atención Prenatal de bajo riesgo en el puesto de salud Las Marías, del municipio de Matagalpa, departamento de Matagalpa, año 2017.

Atención prenatal es la serie de visitas programadas de la embarazada con el personal de salud donde se brindan cuidados óptimos con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados del recién nacido. (MINSA normativa 011, 2015)

En la atención prenatal de bajo riesgo se realizan cuatro atenciones programadas. Lo que permitirá el cumplimiento de las actividades necesarias.

Es un estudio descriptivo prospectivo de corte longitudinal con enfoque, cualicuantitativo; El universo y muestra es el personal de salud que labora en esta unidad; que está conformado por una enfermera licenciada en salud pública, un médico en servicio social, una estudiante de medicina de quinto año que realiza su internado y un enfermero MOSAFC, se valoró al personal de salud en estudio en cada atención prenatal de bajo riesgo; se contó con 41 embarazadas que asistieron a sus atenciones prenatales siendo 31 de bajo riesgo y 10 de alto riesgo. Los resultados obtenidos en la investigación arrojaron que los recursos en salud que laboran en esta unidad comprenden las edades de 23 a 47 años, siendo su experiencia laboral de 1 a 24 años, la edad y la experiencia laboral son un complemento para brindar una buena atención.

De acuerdo al conocimiento del personal de salud, se realizó una evaluación donde se obtuvo como resultado que el médico en servicio social y la Lic. En enfermería poseen conocimientos buenos en cambio el médico interno tiene dificultad en las respuestas sobre el tema.

Los recursos en salud que atienden embarazadas tienen una actitud adecuada durante las consultas prenatales, a través de una guía de observación se identificó

que el médico en servicio social y la Lic. En enfermería tienen una actitud positiva en cambio el médico interno tiene una actitud neutral hacia las pacientes.

La población en estudio realizan las actividades prácticas que corresponden en cada atención prenatal en su mayoría, al atender embarazadas de bajo riesgo Calificándose las mismas como atención completa ya que obtuvieron un porcentaje superior al 85%.

INDICE

Dedicatoria	i
Agradecimiento.....	ii
Valoración del docente	iv
Resumen	v
I. Introducción.....	1
II. Justificación	6
III. Acrónimos	7
IV. Objetivos.....	9
V. Desarrollo	10
5.1 Descripción sociodemográfica.....	11
5.2 Caracterización socio laboral del personal de salud que atiende a las embarazadas.....	12
5.3 Conocimientos sobre atención prenatal	17
5.4 Actitud del personal de salud que atiende a las embarazadas	96
5.5 Práctica que realiza el personal de salud en APN, según N- 011, MINSA (2015).	101
VI. Conclusiones.....	113
VII. Bibliografía	114

Anexos

Anexo N° 1: Encuesta.

Anexo N° 2: Guía de observación, Actitud del personal de salud que realizan Atención Prenatal.

Anexo N° 3: Guía de observación, Práctica en Atención Prenatal.

Anexo N° 4: Tablas de distribución de frecuencia.

Anexo N° 5: Puesto de salud Las Marías.

Anexo N° 6: Formulario de Clasificación del Riesgo.

Anexo N° 7: Historia clínica perinatal.

Anexo N° 8: Incremento de peso materno.

Anexo N° 9: Peso para la talla según edad gestacional.

Anexo N° 10: valores normales de cinta obstétrica y gestograma.

Anexo N° 11: Maniobras de Leopold.

I. Introducción

A través de MINSA-NORMATIVA-011, (2015) se define atención prenatal (APN) como todas las acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad materna y perinatal.

Es la serie de visitas programadas de la embarazada con el personal de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados del recién nacido. Estas atenciones prenatales deben de ser de calidad y eficiencia para ello se necesita de un personal de salud capacitado, para que las atenciones prenatales sean de calidad debe de cumplir con los siguientes requisitos básicos: precoz, periódico, continuo y completo.

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

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

En las últimas décadas los países en desarrollo registraron notables incrementos en el uso de la atención prenatal. Los progresos más destacados se dieron en Asia,

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

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

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

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

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

En la región de las américas, la mayoría de las muertes maternas son debidas a hemorragia ante parto y postparto, complicaciones de aborto, trastornos

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

A nivel nacional se trabaja con normativas por las que los trabajadores de salud se rigen. Estas normativas tienen por objeto, establecer los criterios y pautas para vigilar y atender la salud de la mujer embarazada, parturienta y puérpera, institucionando prácticas sanitarias que se ha demostrado son más seguras, más efectivas, más eficaces y menos costosas, que pueden ser aplicadas en establecimientos de menor capacidad resolutoria; permitiendo la articulación con niveles de mayor capacidad de resolución que sean capaces de atender las complicaciones que se derivan de esta atención para lograr la reducción de la mortalidad y morbilidad materna y perinatal.

En Nicaragua, a pesar que en las últimas décadas la mortalidad materna y perinatal han sido identificados como uno de los principales problemas de salud pública, las acciones realizadas por el Ministerio de Salud no fueron muy eficaces para obtener un impacto que permitieran marcar una tendencia sostenida de disminución de estos indicadores para cumplir con los objetivos del milenio por lo que se inició con los objetivos del desarrollo sostenible en el año 2015. Actualmente el ministerio de salud trabaja con diferentes estrategias para la reducción de mortalidad materna y neonatal entre estas se encuentran las siguientes:

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

En Matagalpa según ENDESA, (2015) manifiesta en su reporte quinquenal que Matagalpa ocupa el segundo lugar en muertes materna. Superado únicamente por Jinotega y la Región Autónoma Atlántico Norte. Por tal motivo se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuál es el Conocimiento, Actitudes y Práctica sobre atención Prenatal de bajo riesgo en el personal que atiende embarazadas en el puesto de Salud Las Marías del municipio de Matagalpa, departamento de Matagalpa, año 2017?.

Para la realización de esta investigación se toma como base metodológica a Piura (2008), por lo tanto este es un estudio descriptivo prospectivo de corte longitudinal con enfoque, cualicuantitativo, ya que; se pretende describir conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud que atiende embarazadas en el puesto de salud Las Marías, municipio de Matagalpa, departamento de Matagalpa, año 2017 mediante el análisis de datos característicos, cualidades y destrezas en el personal de salud durante la APN; haciendo uso de cifras numéricas y porcentajes para su evaluación. El estudio tiene como base científica las normas y protocolos del MINSA, Nicaragua, es un estudio prospectivo y de corte longitudinal puesto que se obtienen datos actuales y permite la secuencia de los mismos individuos a través del tiempo; El universo y muestra es el personal de salud que labora en esta unidad; que está conformado por una enfermera licenciada en salud pública, un médico en servicio social, una estudiante de medicina de quinto año que realiza su internado y un enfermero MOSAFC.

Es de tipo no probabilístico y a conveniencia ya que fue seleccionado específicamente el personal de salud que realiza atención prenatal tomando en cuenta la problemática de Muerte Materna en nuestro departamento interesa evaluar los conocimientos, actitud y prácticas que dicho personal posee, pero sin hacer excepción entre médicos o enfermeras (os) en sus distintos rangos. Se valoró a cada persona en estudio en cada atención prenatal de bajo riesgo que se brindó en esta unidad, se contó con 41 embarazadas que asistieron a sus atenciones prenatales siendo 31 embarazadas de bajo riesgo y 10 de alto riesgo.

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

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

II. Justificación

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

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

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

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

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

III. Acrónimos

ACIP: Advisory Committee on Immunization Practices.

AFU: Altura de fondo uterino.

APN: Atención Prenatal

APP: Antecedentes personales patológicos

APF: Antecedente familiares patológicos

ARO: Alto riesgo obstétrico

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

COE: Complicaciones Obstétricas de Emergencia

CAP: Conocimiento, actitudes y practica

CPN: Control prenatal

DGP: Desproporción cefalopélvica

DM: Diabetes mellitus

DG: Diabetes gestacional

EG: Edad gestacional

ETS: Enfermedades de Transmisión sexual

FC: Frecuencia Cardiaca

FPP: Fecha de probable de parto

FR: Frecuencia Respiratoria

FUM: Fecha de última menstruación

Grs: Gramos

HCP: Historia Clínica Perinatal

HTAC: Hipertensión arterial crónica

IMC: Índice de masa corporal

IOM: Organización Internacional para las Migraciones

IPM: Incremento de peso materno

ITS: infección de transmisión sexual

IVU Infección de vías urinarias

KG: Kilogramos

M.I: Médico Interno

MSS: Médico en Servicio Social
MmHg: milímetros de mercurio
MFC: Mal formación congénita
MOSAFC: Modelo de Salud Familiar y Comunitario
NPO: Nada por vía oral
ODM: Objetivos del milenio
ODS: objetivos del desarrollo sostenible
OMS: Organización mundial de salud
OPS: Organización panamericana de la salud
OTB: Oclusión tubárica bilateral
PA: Presión arterial
PAD: Presión arterial diastólica
PAS: Presión arterial sistólica
PAP: Papanicolaou
PF: Planificación Familiar
PGR: Perdida gestacional recurrente
PO: Por vía oral
P/S: Puesto de salud
RN: Recién Nacido (a)
RPM: Ruptura prematura de membranas
RPR: Reaginina Plasmática Rápida
RCIU: Restricción del crecimiento intrauterino
SIVIEMB: Sistema de Vigilancia de la Embarazada
SG: Semanas de gestación
SHG: Síndrome hipertensivo gestacional
T°: Temperatura
VDRL: Venereal Disease Research Laboratory
VIH: Virus de inmunodeficiencia humana

IV. Objetivos

General:

Evaluar los conocimientos, actitudes y práctica del personal de salud al realizar la Atención Prenatal de bajo riesgo en el personal que atiende embarazadas en el puesto de salud Las Marías, del municipio de Matagalpa, departamento de Matagalpa, año 2017.

Específicos:

1. Caracterizar socio laboralmente al personal de salud que atiende a embarazadas de bajo riesgo.
2. Indagar conocimiento sobre la Atención Prenatal de bajo riesgo en el personal de salud que atiende embarazadas.
3. Identificar la actitud del personal de salud antes y durante la atención prenatal de bajo riesgo.
4. Describir las prácticas del personal de salud al realizar la atención prenatal.

V. Desarrollo

Conocimiento

Es todo lo que adquirimos mediante la interacción con el entorno, es el resultado con la experiencia organizada y almacenada en la mente del individuo de una forma que es única para cada persona (Álvarez, 2010)

Actitud

Las actitudes son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí. (Argera, 2006)

De lo expuesto, la actitud es la predisposición organizada para pensar, percibir, sentir y comportarse ante un referente en forma de rechazo, aceptación e indiferencia.

Práctica

Acción de ejercer o realizar un trabajo; facultad, habilidad y destreza que se adquiere con la repetición o continuidad de este ejercicio. Aplicación de los conocimientos adquiridos. (real academia española, 2008)

5.1 Descripción sociodemográfica.

5.1.1 Concepto: socio que quiere decir sociedad, y demografía que quiere decir estudio estadístico sobre un grupo de población humana, en consecuencia sociodemográfico será un estudio estadístico de las características sociales de una población (Martinez, 2006).

5.1.2 caracterización sociodemográfica: puesto de salud Las Marías.

En el año 2015 el centro de salud Lacayo Farfán tenía una población de aproximadamente 9,320 personas, atendía 10 comunidades y 3 barrios del municipio de Matagalpa. De esto surge la necesidad de realizar una sectorización para acercar la atención en salud a la población que se realizó en el año 2016 por el gobierno de reconciliación y unidad nacional FSLN de donde nacen cuatro puestos de salud los cuales son: Puesto de salud Santa Emilia, Puesto de salud San José, Puesto de salud 28 de Agosto, Puesto de salud Las Marías.

Este estudio se realizó en el puesto de salud Las Marías se encuentra ubicado en el barrio las marías, al norte de la ciudad de Matagalpa, ubicado geográficamente al norte con Bo. Las piedrecitas, Sur Rio grande de Matagalpa, Este: Bo. Las piedrecitas 2, Oeste: colonia Rubén Darío. Atiende barrio Las marías y comunidad el Ocote; Cuenta con una población de 3180 habitantes.

Esta unidad de salud está ubicado en la casa comunal de dicho barrio, cuenta con un solo cubículo donde se encuentra el escritorio del médico y enfermera, la camilla para revisión ginecológica, farmacia y expedientes clínicos, no cuentan con agua potable ni servicios higiénicos.

Esta unidad de salud cuenta con una enfermera licenciada en salud pública con, Es la encargada de este puesto, con una experiencia laboral de 24 años, asimismo se encuentra un médico en servicio social y una estudiante de medicina de 5to año, la cual realiza su internado en esta unidad de salud, igualmente se encuentra un enfermero MOSAFC, el cual tiene 1 año laborando en esta unidad de salud.

El total de la población gestante inscritas en los registros de censo gerencial del puesto de salud Las Marías correspondió a 41 embarazadas, 10 de alto riesgo y 31 de bajo riesgo de las cuales son de área rural y de la zona urbana; durante el tiempo de valoración al personal de esta unidad de salud se logró observar las 31 gestantes de bajo riesgo.

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

Personal de salud: Según MINSA, (2007) El personal sanitario son todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud.

Edad: con origen en el latín *aetas*, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. (Perez, 2012)

Edad biológica: tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo. Cualquiera del periodo en que se considera dividida la vida en una persona, o cualquiera de dicho periodos por sí solo. Una división común de la vida de una persona por edades es la del bebe, niño púber adolescente, joven, adulto, mediana edad son edad de pavo (pubertad) y edad propecta (A. Argeñal, 2005).

Experiencia laboral: la experiencia se basa fundamentalmente del conocimiento y conjuntamente con los estudios garantiza el ser un excelente profesional la experiencia en el campo laboral es la acumulación de conocimientos que una persona o empresa logra en el transcurso del tiempo (cantidad de años laborados) (E. Fuentes, 2010).

Tiempo total que tiene un trabajador prestando sus servicios para una empresa, patrón o unidad económica determinada, independientemente de que el trabajador durante dicho tiempo haya cambiado sus funciones, su puesto o que fuere reubicado en una nueva área. La antigüedad laboral seguirá aumentando siempre y cuando el trabajador no se separe de sus actividades por un lapso superior a un año. (Costa, 2015)

Perfil profesional: El perfil laboral o profesional es la descripción clara del conjunto de capacidades y competencias que identifican la formación de una persona para encarar responsablemente las funciones y tareas de una determinada profesión o trabajo (Mertens, 2008)

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

La enfermera MOSAFC se desarrolla y aplica de forma integral en el marco de la salud pública, los cuidados del individuo, familia y comunidad en el equilibrio inestable del proceso salud-enfermedad.

Los establecimientos de salud en el país históricamente se han enfocado en la atención curativa con tendencia a la especialización Médica. El MINSA en 1995 inició la implantación de un modelo de atención integral que destacó las acciones para el binomio madre-niño incidiendo en la morbi-mortalidad de este grupo poblacional, generando desarticulación de los servicios de salud, y por lo tanto descuido a los otros segmentos poblacionales.

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

los grupos humanos identificados, a fin de eliminar el principal problema de salud, que es la iniquidad.

Enfermera auxiliar: Para J. Pérez, (2011) el auxiliar de enfermería es el profesional sanitario encargado de proporcionar cuidados auxiliares al paciente y actuar sobre las condiciones sanitaria de su entorno bajo la supervisión del diplomado en enfermería o el facultativo médico. Por tano su labor es principalmente asistencial han que también tiene una vertiente administrativa (planificando, organizando y evaluando las unidades de trabajo).

Enfermera profesional: Hernandez, (2016) define la enfermería profesional como el brindar una atención integral en los procesos de promoción, prevención, recuperación de salud y rehabilitación de la enfermedad. Realizar investigaciones para identificar y planificar alternativas de solución en el área de su competencia. Trabajar como agentes de cambio social, promoviendo los procesos que apoyen al individuo y a la comunidad, en brusquedad y logro de su propia realización demostrando su aporte específico como enfermera.

Licenciatura de enfermería:

Ernestina Wiedenbach (1952-1965). La enfermera es un ser humano funcional; como tal no solo actúa, también piensa y siente; sus pensamientos y sentimientos como enfermera son importantes, están íntimamente relacionados no solo con lo que hace sino con el modo en que lo hace, y subyace a cualquier acto que realiza, ya sea en forma de una palabra pronunciada, un documento escrito, un gesto o un acto de cualquier clase. Para la enfermería, cuya actividad está dirigida a la consecución de un propósito específico, los pensamientos y sentimientos tienen que estar disciplinados. (Bello, 2006)

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

en investigaciones. Puede administrar servicios de enfermería en los niveles de atención nacional, regional, provincial y local y en instituciones hospitalarias y comunitarias del sistema de salud. (Sartorio, 2012)

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

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

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

Tabla N° 1: Caracterización socio laboral del personal de salud.

Perfil profesional	Médico en servicio social	Lic. enfermería	Médico interno	Enfermero MOSAFC
Edad	27	47	23	25
Experiencia laboral en años	2	24	1	2

Fuente: encuesta.

Pérez, (2012) define edad como el tiempo transcurrido desde el nacimiento. El personal que labora en el puesto de salud Las Marías comprende las edades de 23 a 47 años, siendo su experiencia laboral de 1 a 24 años. Con esta tabla se pretende identificar si la edad influye con la experiencia laboral.

La licenciada en enfermería es la que tiene mayor nivel académico y más experiencia laboral, aunque el médico en servicio social tiene poca experiencia laboral realiza muy bien las atenciones prenatales; el médico interno tiene un año de experiencia laboral siendo esta deficiente; por lo que podemos decir que la edad no influye en la eficacia de atención si no los años laborados, pero la edad con los años laborados son un complemento para brindar una buena atención. La experiencia se basa fundamentalmente del conocimiento y conjuntamente con los estudios garantiza el ser un excelente profesional.

Nota: el enfermero MOSAFC aunque tiene plaza en el puesto de salud Las Marías no se observó en la unidad durante este estudio por lo que no se evalúa, siendo este un recurso inutilizado y por ende una deficiencia en esta unidad.

5.3 Conocimientos sobre atención prenatal.

5.3.1 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)

5.3.2 Tipos de conocimientos según Rojas, (2015)

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

5.3.3 Características del conocimiento. Andreu, R. e., & Sieber, S., (2000)

- 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.

5.3.4 conocimientos sobre normas y protocolos:

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

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

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

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

5.3.5 definiciones sobre atención prenatal según MINSA N-011, (2015).

Conocimiento del personal de salud acerca de concepto de Atención Prenatal.

Según MINSA-NORMATIVA-011, (2015) Define atención prenatal como la serie de visitas programadas a la embarazada con el proveedor de salud, donde se brindan cuidados óptimos, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados del recién nacido. Todo el personal que labora en esta unidad de salud domina la definición de atención prenatal según normas y protocolos ver anexo 4, tabla N° 2.

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

Requisitos básicos de APN:

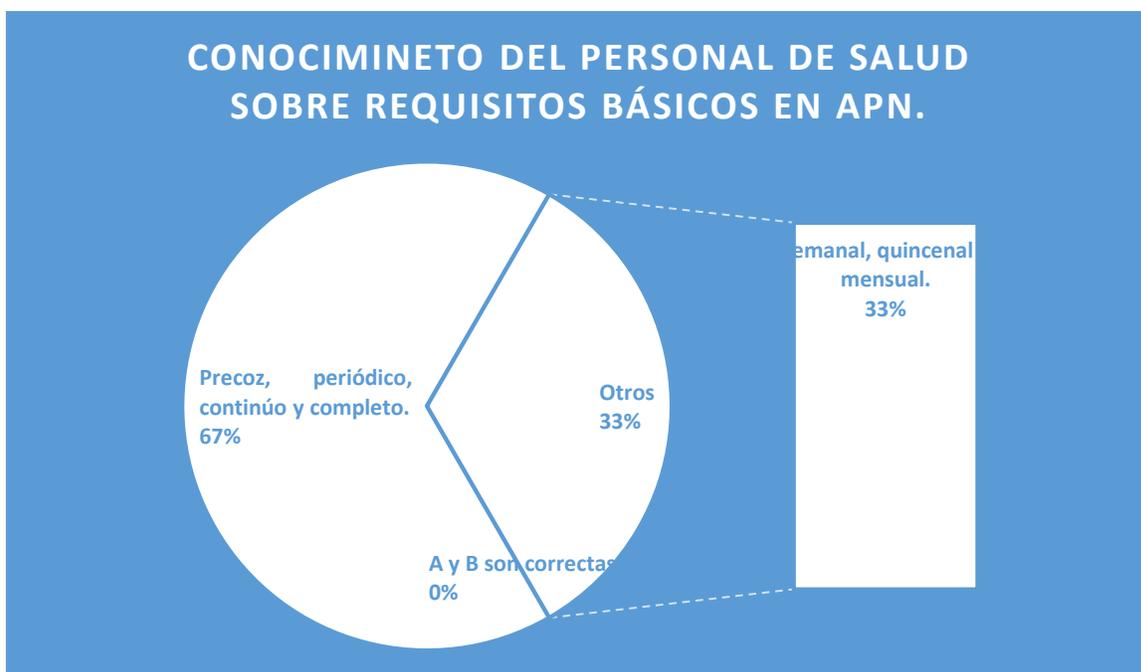
Según MINSA-NORMATIVA-011, (2015) La atención prenatal debe cumplir con los siguientes requisitos:

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

También debe de ser de:

5. **Amplia cobertura:** Se refiere al porcentaje de la población embarazada que es controlada, la cobertura y meta por territorio es de 100%.
6. **Calidad:** Las atenciones deben brindarse previo consentimiento informado, con base a estándares clínicos gerenciales y de satisfacción a las embarazadas ,que se fundamentan en la aplicación del presente protocolo.
7. **Equidad:** La población tiene oportunidad de acceder y utilizar los servicios sin distinción de edad, condición económica, raza o religión, credo político y son accesibles desde el punto de vista cultural adoptando sus intervenciones según las necesidades de la población indígena y comunidades.

Gráfica Número 1: Conocimiento del personal de salud en base a requisitos básico de APN.



Fuente: Anexo 4, tabla N° 2.

De acuerdo a lo expuesto en la normativa 011 el médico en servicio social y Licenciada en enfermería responden adecuadamente, médico interno responde erradamente, si el personal de salud no domina cuales son los requisitos básicos no podrá realizar una atención prenatal de calidad conllevando a factores que pueden afectar la salud de la madre y del feto.

Clasificación del riesgo de atención prenatal.

Esta clasificación se basa en ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control. En principio el nuevo modelo de control prenatal divide a las mujeres embarazadas en dos grupos. (MINSANORMATIVA-011, 2015)

1. Aquellas elegibles para recibir atención prenatal de rutinas llamado componentes básicos (BAJO RIESGO).

2. Y aquellas que necesitan cuidados especiales (ALTO RIESGO) determinados por su condición particulares de salud y factores de riesgo.

Embarazo de bajo riesgo.

Aquel en el que no existe estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto y que por tanto los peligros para la salud de la madre y del feto son mínimos. (MINSANORMATIVA-011, 2015)

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

Conocimiento del personal de salud sobre el número de actividades que se debe de realizar en atención prenatal de bajo riesgo obstétrico.

Según normativa 011 el embarazo de bajo riesgo es aquel en el que no existe estados patológicos durante la gestación y el parto y que por tanto los peligros para la salud de la madre y del feto son mínimos, todo el personal de salud de esta unidad tienen conocimientos acerca de las actividades que se deben de realizar durante el embarazo (ver anexo 4, tabla N° 2).

Embarazo de alto riesgo. MINSANORMATIVA-011, (2015).

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

- Constituye en promedio el 25% de todas las mujeres que inician atención prenatal.

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

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

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

Conocimiento del personal de salud sobre el número de actividades que se debe de realizar en atención prenatal de alto riesgo obstétrico.

ARO Es aquel en el que se tiene la probabilidad de estados patológicos durante la gestación y el parto que aumentan los peligros para la madre y el feto. Con relación a las actividades que se deben realizar en APN de alto riesgo el personal de salud contestaron correctamente lo que indica que dominan la normativa, esto se realizará de acuerdo a la clasificación de riesgo en cada atención que se brinde aunque la embarazada sea de bajo riesgo ya que en cualquier momento del embarazo puede pasar a alto riesgo (ver anexo 4, tabla N° 2).

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

Para determinar el nivel de riesgo de la embarazada y clasificarla en alto o bajo riesgo, se utilizara el formulario de clasificación de riesgo.

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

RECUERDE:

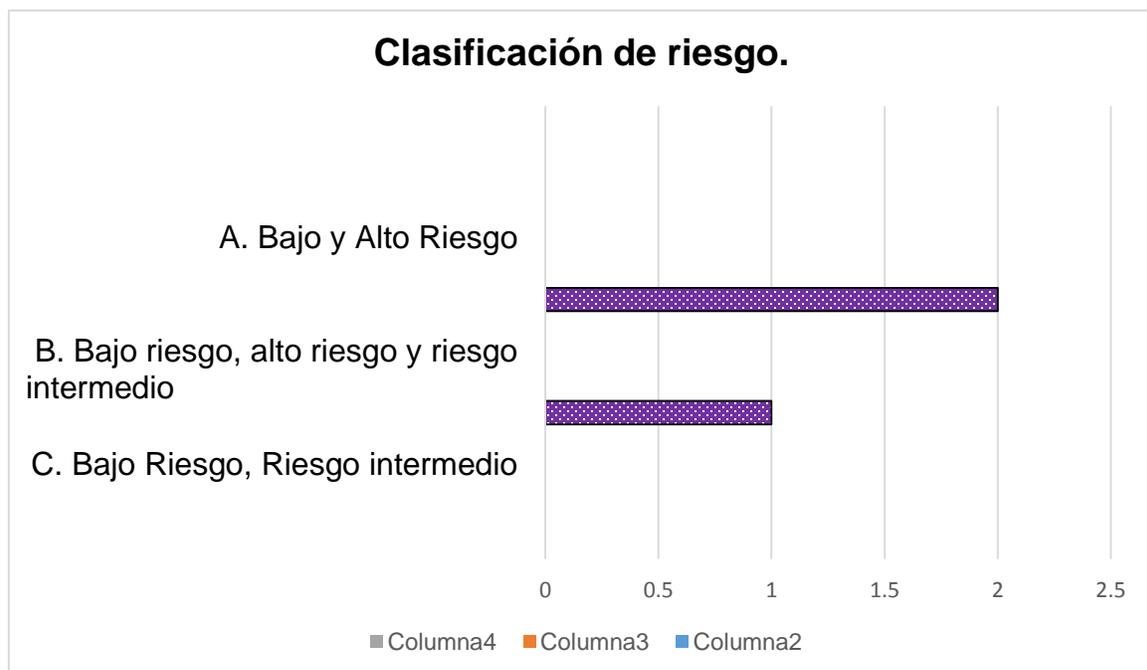
- Una mujer que inicialmente es derivada a un nivel de atención superior debido a una patología identificada en el formulario de clasificación de riesgo, posteriormente puede ser considerada apta para seguir el componente básico. El especialista debe

determinar el manejo de seguimiento en la hoja de contra referencia, así mismo garantizar y recomendar referencia oportuna a casa materna.

- Así mismo si una paciente está en el grupo de cuidados especiales “ALTO RIESGO OBSTÉTRICO” debe de cumplir un máximo de siete atenciones prenatales, si por alguna patología o comorbilidad debe evaluarse con mayor periodicidad se deberá de consignar consulta médica por patología o seguimiento de patología (a criterio del médico tratante) y eso deberá de consignarse como motivo de consulta, no es correcto establecer como atención prenatal a aquellas pacientes que se valoran de forma semanal o quincenal en seguimiento por una causa distinta a la atención prenatal.
- Las consultas médicas por patologías no deben registrarse en el SIVIEMB.

Formulario de clasificación de riesgo, criterios para clasificar el riesgo en la atención prenatal (ver anexo 6).

Gráfico N° 2: Conocimiento del personal de salud sobre clasificación de riesgo.



Fuente: anexo 4, anexo N° 2.

Según Minsa mediante la normativa 011, (2015) se cambia de ARO REAL Y ARO POTENCIAL a alto riesgo y bajo riesgo obstétrico en donde médico y enfermera responden de acuerdo a la última actualización de la normativa, por lo que se observa que tienen dominio del tema, en cambio médico interno tiende a confundir esta respuesta con la nueva clasificación para desarrollar síndrome hipertensivo gestacional.

5.3.6 Actividades básicas que se deben cumplir en todas las actividades de atención prenatal y sus definiciones según MINSA-NORMATIVA-011, (2015).

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

Los que se utilizan son: historia clínica perinatal, carné perinatal, formulario de clasificación de riesgo modificado y los relacionados del expediente clínico, se realizará llenado de HCP y carné según las indicaciones que aparecen en Anexos Correspondientes.

Expediente Clínico:

Conjunto de hojas o documentos ordenados sistemáticamente, correspondientes a la atención integral en salud del usuario en un establecimiento proveedor de estos servicios; el expediente clínico es un documento médico-legal y ético, así como un elemento de prueba fehaciente de la atención médica a un paciente, por tanto el registro de datos contenidos en el tienen carácter de testimonio(MINSA Normativa-004, 2013)

Concepto de HCP: Es un instrumento diseñado para ayudar en las decisiones relacionadas con el manejo clínico individual de la mujer embarazada durante el control prenatal, el parto y el puerperio y del neonato y/o en el ingreso por aborto, incluyendo el período pos-aborto hasta el alta. Cuando su contenido forma parte de una base de datos, la HCP se convierte en un instrumento útil para la vigilancia clínica y epidemiológica de éstos eventos desde una visión de Salud Pública.

Objetivo del expediente clínico:

Establecer los procedimientos para regular las actividades y tareas de elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico; A fin de contar con información, evidencias y conocimientos requeridos para dispensar y administrar los servicios médico-sanitarios a las personas en todos los ámbitos y establecimientos del sector salud (MINSA Normativa-004, 2013).

Historia clínica perinatal:

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.

Objetivos de la historia clínica perinatal:

Disponer de información actualizada, completa, oportuna y aplicable en la planificación de acciones para el abordaje de la embarazada, puérpera y recién nacido/a.

Identificar las mujeres con factores de riesgos obstétricos y reproductivos, para la toma de decisiones oportunas.

Evaluar la aplicación de las normas de atención prenatal, parto de bajo riesgo y puerperio y atención del recién nacido/a, a través de los Estándares de Calidad de salud materna y perinatal. . (MINSA Normativa-106, 2013).

Políticas de operación de la historia clínica perinatal.

La Historia Clínica Perinatal (HCP), es un instrumento diseñado para ayudar en las decisiones relacionadas con el manejo clínico individual de la mujer embarazada

durante la atención prenatal, el parto y el puerperio y del recién nacido/a hasta el alta.

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

Llenado de HCP

Deriva de la normativa 011, (2015) Atención Prenatal, Parto, Puerperio y Recién Nacido de Bajo Riesgo; y tiene como objetivo servir como documento orientador al personal de salud para el correcto llenado e interpretación de la HCP, así como garantizar la estandarización del llenado adecuado de la HCP, con el fin de mejorar la calidad de vida de las usuarias.

Interrogatorio

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

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

La Historia Clínica Perinatal cuenta con diez segmentos: (MINSA-Normativa-011, 2015)

1. Datos generales: incluye lo siguiente:

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

2. Antecedentes personales, familiares y obstétricos: (definiciones en actividad número 3, página 38).

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

4. Parto/ vaginales-cesárea y aborto: se refiere al número de partos. Si corresponde se anotara el número de partos y de ellos preguntar: ¿Cuántos fueron partos vaginales y cuantos por cesárea? Además se indagará sobre el peso del recién nacido en el último embarazo. Marcar si el peso fue menor a 2500 gr o fue mayor o igual a 4000 gr, fue normal o N/C (no corresponde) si no hubo nacimientos previos. Finalmente en relación a las gestaciones previas, registrar si hubo antecedentes de embarazos múltiples (gemelar) (SI/NO) según corresponda.

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

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

6. Recién nacido/a, se deberá clasificar como:

Nacido vivo: si muestra cualquier signo de vida después de la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo.

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

En caso de muerte fetal registrar sexo, malformaciones, peso y longitud al nacer, edad gestacional, y marcar nacimiento: muerto-anteparto o parto (según corresponda).

Registrar además puntaje apgar al 1er minuto y al 5to.

7. Puerperio Inmediato: este sector está destinado al registro de los controles del puerperio.

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

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

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

10. Anticoncepción: marcar (SI/NO) si la mujer recibió consejería sobre anticoncepción antes del alta. Este dato debe llenarse en toda mujer que haya tenido parto o aborto.

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

A través del interrogatorio identificar si la embarazada es o ha sido víctima de algún tipo de violencia: Física, Psicológica o Emocional, Sexual, Económica y por negligencia o descuido. Proceda a evaluar los efectos en la respectiva visita, proceda a realizar abordaje con ética, confidencialidad y evite la re victimización. Oriéntela sobre las alternativas tanto médicas como psicológicas y judiciales existentes. Refiérala según corresponda de acuerdo a NORMAS Y PROTOCOLOS PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SEXUAL y referir según Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia de Género.

Factores sociales

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

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

La evolución socioeconómica del país ha condicionado cada día una mayor intervención de la mujer en las actividades laborales y es frecuente que la paciente embarazada encuentre en su actividad laboral riesgos específicos para el desarrollo de su embarazo. Así en algunos países socialistas la mujer embarazada es incapacitada desde la semana 16 de gestación y aún antes en algunos casos en

que existen riesgos de radiación o de inhalación de tóxicos como en el caso de mujeres anesthesiólogos. (Méndez, 1998).

Los hábitos de consumo de tóxicos ha aumentado marcadamente en los últimos tiempos y por ello, resulta cada vez más frecuente encontrarse con mujeres embarazadas que utilizan drogas y tóxicos diversos. Todos ellos de elevado riesgo para el producto y la buena evolución del embarazo. El hábito más difundido es, sin lugar a dudas el tabaquismo y además de los problemas genéricos de salud que dicho hábito condiciona a todo fumador, es necesario que todos los integrantes del equipo de salud hagamos saber a la mujer embarazada de las graves consecuencias que tener para el desarrollo de la gestación un consumo considerable de tabaco durante el mismo. (Méndez, 1998).

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

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

Tipos de violencia

Violencia física: Violencia que ocurre cuando una persona que está en relación de poder respecto de otra, le infringe o intenta infringir daño no accidental, usando fuerza física o algún tipo de arma, que provoca lesiones físicas externas y/o

internas, visibles o no, que incluye lesiones a la autoestima. El castigo físico reiterado, aunque no sea severo, también es considerado violencia física.

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

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

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

2. Ingreso y seguimiento al censo gerencial de las embarazadas, puérperas y post natales:

Censo gerencial de las embarazadas:

Censo Gerencial para las Embarazadas, Puérperas y Postnatales (Censo Gerencial): es un conjunto de herramientas útiles, dinámicas y ágiles, dirigidas al personal de salud, que permite identificar el universo de mujeres embarazadas, puérperas y postnatales, para realizar el seguimiento y reconociendo a las que tienen factores de riesgo obstétrico y reproductivo, facilitando la toma de decisiones oportunas, desde su embarazo hasta un año posterior al parto. (MINSA Normativa-101, 2012).

Este deberá ser aplicado en todos los establecimientos de salud públicos y privados, que atienden mujeres en el embarazo, parto, puerperio y postnatal. La gerencia de esta herramienta, será responsabilidad del director/a de los establecimientos de salud públicos y privados.

Objetivos del censo gerencial.

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

Políticas de operación.

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

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

3. Antecedentes personales, familiares y antecedentes obstétricos:

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

El embarazo es un hecho fisiológico normal en la vida de la mujer y, por tanto, en la consulta conviene abordarlo con criterios de actividad preventiva. Pero desde la visita Preconcepcionales debemos estar atentos a la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de una gestación normal. Se investigará la presencia de factores de riesgo familiares, personales y obstétricos, presentes antes de la gestación o que pudieran aparecer en su desarrollo. (Méndez, 1998).

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

Nos interesan los padecimientos susceptibles de relacionarse con la paciente por ser hereditarios como son la diabetes, errores congénitos del metabolismo,

antecedentes e preeclampsia, o bien, infecciosos contagiosos. Todas aquellas alteraciones médicas, hereditarias y psiquiátricas que pueden afectar a la paciente o a su descendencia.

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

El interrogatorio sobre este tipo de antecedentes deberá ser completamente enfocado por el médico hacia aquellos padecimientos previos de la paciente, que sean vigentes en el momento del embarazo o bien, que hayan generado secuelas que interfieran o puedan alterar potencialmente el desarrollo de la gestación. También es importante marcar algunos padecimientos que por haber sido padecidos, confieran alguna ventaja a la embarazada, como por ejemplo en el caso de haber padecido rubéola con anterioridad.

También tienen importancia por la posible agresión farmacológica al producto, padecimientos maternos que obliguen a dar tratamientos con fármacos teratogénicos o tóxicos para el producto.(MINSA-NORMATIVA-011, 2015)

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

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

Los datos patológicos presentados por la paciente en embarazos anteriores suelen ser elementos vitales para determinar conductas médicas. Ejemplo de lo antes mencionado sería el dato de un cambio en el organismo de la embarazada en el embarazo anterior, de cesárea efectuada en un medio no especializado y con infección de la herida. (Méndez, 1998).

4. Medición de la talla:

Medición: Es la comparación de una magnitud con una unidad previamente establecida y que se utiliza para dar valor numérico a algunos atributos del paciente. (M. Cordero, N. Espinoza, 2013)

Medición de talla. Es la serie de maniobra para cuantificar la distancia entre las plantas de los pies y el cráneo. Es un indicador de nutrición al igual que el peso y se mide en cm.

Talla (cm): Este dato requiere ser medido directamente al momento de la primera visita de control. La técnica de medida consiste en que la gestante se ubique de pie, sin calzado, con los talones juntos, bien erguida, con los hombros hacia atrás, la vista al frente y su espalda en contacto con el tallímetro; el dato obtenido se registrará en centímetros. Se medirá en la primera visita de control. (MINSA Normativa-106, 2013)

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

En la embarazada: La talla materna es aceptada como un indicador antropométrico de riesgo de complicaciones obstétricas, como desproporción cefalopélvica (DCP), trabajo de parto disfuncional y parto operatorio, la causa radica en la relación entre talla e índice pélvico. Por ello es importante determinar la talla baja como factor de riesgo, que permitirá tomar acciones adecuadas, al referir en forma oportuna a las

embarazadas que lo ameriten previniendo las muertes maternas y perinatales.(Gíneco-Obstétrica Belen Trujillo, 2001)

Procedimiento de la toma de talla.

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

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

5. Medición de peso:

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

Objetivo de realizar la medición del peso.

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

Equipos

Bascula graduada en libras o kilos

Papel periódico

Libreta

Expediente clínico

Lapicero.

Procedimiento:

- Reunir equipo necesario.
- Observar que la báscula esta nivelada.
- Orientar a la paciente que se quite los zapatos y accesorios pesados.
- Colocar papel periódico sobre la plancha de la báscula.
- Ayudar al paciente a que se pare sobre en el centro de la plancha dando la espalda a la escala graduada.
- Comprobar que el paciente está en equilibrio movilizar el marcador de la escala.
- Leer el peso del paciente y anotarlo en la hoja correspondiente.
- Ayudar al paciente a bajarse de la báscula.
- Dejar al paciente cómodo y la unidad en orden.
- Dejar la báscula nivelada retirar y descartar el papel periódico.
- Dada casos, por lo cual es aconsejable pesar a la embarazada tan temprano como sea posible, idealmente antes de las 12 semanas de gestación. Para la evaluación de la ganancia de peso durante el embarazo. (DAR RALPH T, 2012)

6. Examen odontológico y de mamas

Atención en salud bucal:

La atención odontológica en el embarazo es una oportunidad para promover la salud oral de la mujer y su familia. La infección periodontal incluye diagnósticos como gingivitis (inflamación de los tejidos blandos alrededor del diente) y periodontitis (destrucción de las estructuras de soporte del diente – hueso, ligamentos, cemento, etc.). La transmisión del streptococo mutans de la madre hacia el niño tiene efecto en la incidencia de caries dental en niños pequeños a su vez está relacionada a nacimientos antes de la fecha probable de parto él bebe puede nacer con un peso inadecuado para su edad y cambios en el organismo de la embarazada. (USAID, 2014).

La enfermedad periodontal se caracteriza por acumulación de placa alrededor del diente y de la línea de la encía. La placa dentaria está compuesta por bacterias y sus toxinas, desechos de alimentos y células muertas. Esta placa causa respuesta inmunológica e inflamatoria que resulta en destrucción del tejido periodontal, liberación de mediadores inflamatorios que podrían causar patologías en otros órganos. (USAID, 2014)

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

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

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

Examen de mama:

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

Objetivo

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

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

Procedimiento:

- Lavarse las manos.
- Orientar a la paciente sobre el procedimiento.
- Colocar a la paciente sentada, sin ropa hasta la cintura y con los brazos a los lados del cuerpo.
- Pídele que levante los brazos sobre la cabeza y luego que presione las manos sobre sus caderas para observar las características de la piel y la simetría.
- Acueste a la paciente y coloque el brazo debajo de la cabeza que corresponde a la mama que va a examinar.
- Divida imaginariamente la mama en cuatro cuadrantes.

Inicie la palpación por el cuadrante superior externo, usando la yema de los dedos índice, medio y anular. Gire sus manos con movimientos rotatorios y oprimiendo con suavidad el tejido de la mano contra la pared torácica.

- Proseguir el examen de las mamas continuando la palpación en los otros cuadrantes en el sentido de las manecillas del reloj, incluyendo periferia y areola.
- Palpe cada pezón apretando entre los dedos pulgar e índice en busca de secreciones.
- Realice el mismo procedimiento con la otra mama.
- Hacer las anotaciones necesarias en el expediente clínico.

7. Edad Gestacional

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

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

Objetivo del cálculo de la edad gestacional. MINSA-NORMATIVA-011, (2015)

La edad gestacional permite conocer en qué momento del embarazo se encuentra la mujer y, a partir de este dato, determinar si los parámetros analizados en el bebé se corresponden a los promedios normales de esa etapa de gestación. Se expresa en semanas, contadas a partir de la fecha de inicio de la última menstruación, pero para facilitar su cálculo se pueden utilizar diferentes herramientas:

Gesto grama: esta herramienta gráfica es la más utilizada por los especialistas para calcular la edad gestacional y basa sus estimaciones, por lo general, en la regla de Naegele o la de los 280 días. Se presenta en forma de cuadro o tabla, o a modo de rueda o disco rotatorio. Además de marcar la semana de embarazo correspondiente, incluye en la mayoría de los casos los datos básicos que

corresponden al bebé en ese periodo (como el peso y la talla promedio, el diámetro biparietal o la longitud del fémur).

Cinta obstétrica: similar a una cinta métrica, está concebida para medir la altura uterina durante el embarazo, que corresponde a la distancia en centímetros del espacio entre el borde superior de la sínfisis del pubis y el fondo del útero. Con la cinta y la regla de Mc Donald es posible calcular la semana de gestación si el valor obtenido en centímetros se multiplica por ocho y se divide entre siete. (USAID, Noviembre-2014).

Técnicas para calcular la edad gestacional: Existen dos métodos para asignar edad gestacional por medio: clínicos y ecográfico.

Por fecha de la última menstruación: La amenorrea debe de ser confiable y tiene mayor valor en aquellas pacientes con uso de método de planificación familiar, ciclos regulares. Debe de calcularse a partir del Primer día de la última menstruación; clínicamente es posible a partir de la altura del fondo uterino a partir de las 12 semanas.(MINSA-Normativa-011, 2015).

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

Por altura del fondo uterino: La altura uterina incrementa progresivamente a lo largo del embarazo y refleja el crecimiento normal del feto. El útero después del cuarto mes de gestación, crece un promedio de cuatro a cinco cm cada mes, hasta el octavo mes; posterior a esta edad gestacional el crecimiento es a un ritmo no perceptible.

Técnica: Fijar el 0 de la cinta obstétrica con el borde superior de la sínfisis púbica, deslizar la cinta entre el dedo índice y medio hasta alcanzar el fondo uterino con el

borde cubital de la mano; luego identificar el dato en el gestograma de CLAP (centro latinoamericano de perinatología). (MINSA-Normativa-011, 2015).

Por ultrasonografía: Elemento clave para determinar la edad gestacional, Permite el diagnóstico preciso de: ubicación del saco gestacional, vitalidad del embrión-feto, número de feto (embarazo único o múltiple), anatomía fetal, edad gestacional (EG)(DAR RALPH T, 2012).

8. Evaluación del estado nutricional en base al Índice de Masa Corporal (IMC) Nutrición.

Proceso mediante el cual las sustancias de los alimentos se transforman en los tejidos del cuerpo y proporcionan energía para la gama completa de actividades físicas y mentales que componen la vida humana. (USAID, Noviembre-2014).

La alimentación y nutrición de la mujer es fundamental antes del embarazo, durante el embarazo y durante los primeros 6 meses de la vida de su hijo (a), al que tiene que alimentar exclusivamente con el pecho. Si en alguna de estas etapas, se produce un desequilibrio entre los nutrientes que circulan en la sangre materna o en sus reservas corporales, se verá afectado el crecimiento y desarrollo del embrión y/o el desarrollo físico, el potencial de crecimiento, las capacidades de pensar, aprender, razonar y en general la salud y bienestar del niño o niña. (MINSA Normativa- 029, 2009).

El índice de masa corporal una herramienta de aplicación fácil, aceptada internacionalmente para la evaluación del estado nutricional, con valores aplicables a ambos sexos e independiente de la edad. Debe usarse para clasificar el sobrepeso y obesidad en adultos. El índice de masa corporal se calcula dividiendo el peso en kilogramos (Kg) entre la talla (altura) en metros al cuadrado (m²). $IMC = \frac{\text{peso en kg}}{\text{talla m}^2}$. El propósito es prevenir el sobrepeso y la obesidad en las

personas que tienen peso normal, y lograr reducir el peso y mantener la reducción en las que tienen sobrepeso u obesidad, para:

- Mejorar las co-morbilidades preexistentes relacionadas con la obesidad.
- Reducir el riesgo futuro de las co-morbilidades relacionadas con la obesidad.
- Mejorar el bienestar físico, mental y social.

El sobrepeso y la obesidad se asocian significativamente con asma, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, diabetes, demencia, depresión, cáncer (seno, ovarios, endometrio, leucemia, otros), subfertilidad, abortos, malformaciones congénitas, hígado graso, cirrosis, apnea obstructiva del sueño, osteoartritis y mayor mortalidad. (USAID, Noviembre-2014).

De acuerdo a la Clasificación de la Organización Mundial de Salud (OMS) y el Instituto Médico de Nutrición durante el embarazo (IOM), el incremento de peso debe de clasificarse de acuerdo al IMC. Formula: $\text{Peso en Kg} / \text{Talla en m}^2$, Desnutrición: ($< 18.5 \text{ Kg/m}^2$), Peso normal, Eutrófica: ($18.5 - 24.9 \text{ Kg/m}^2$), Sobrepeso: ($25 - 29.9 \text{ Kg/m}^2$), Obesidad: ($> 30 \text{ Kg/m}^2$). (MINSA Normativa 011,2015)

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

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

Existen dos situaciones para el cálculo de peso materno:

Si conoce el peso pre gestacional o si la embarazada fue captada en las primeras 12 semanas de embarazo:

Si se conoce peso gestacional previamente, o si paciente fue captada en las primeras 12 semanas, usar tabla de percentiles para evaluar ganancia de peso materno (ver anexo 8).

Dicha tabla se efectúa de la siguiente manera:

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

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

2. no conoce el peso pre gestacional o la embarazada fue captada después de 12 semanas de embarazado.

Los valores de incremento de peso normal están entre los percentiles 10 y 90 (parte oscura más la parte clara del gráfico). Para saber en dónde graficar, debe utilizar para cada APN la tabla Peso para la talla según la edad gestacional (Talla en centímetros), (Ver anexo 9).

Incremento de peso materno

De acuerdo a la clasificación de la organización mundial de la salud (OMS) y el instituto médico de nutrición durante el embarazo (IOM), el incremento de peso debe de clasificarse de acuerdo al IMC.

Formula: peso en Kg/ talla en m²

- ✓ **Desnutrición:** (<18.5Kg/m²)
- ✓ **Peso normal, eutrófica:** (18.5 – 24.9 Kg/m²)
- ✓ **Sobrepeso:** (25-29.9 Kg/m²)
- ✓ **Obesidad:** (> 30Kg/m²)

Ganancia de peso recomendada durante el embarazo, según IMC pre-embarazo (recomendaciones del IOM).

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

Fuente: (MINSA-Normativa-011, 2015).

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

1. El riesgo de defectos congénitos aumenta significativamente en mujeres obesas:

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

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

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

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

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

10. Determinar esquema vigente de DT. MINSA-NORMATIVA-011, (2015)

Es una mezcla de toxoide diftérico y tetánico. Los toxoides de tétanos y difteria, se obtienen de cultivos de *Clostridium tetani* y *Corynebacterium diphtheriae* respectivamente por inactivación con formaldehído y purificación. Consiste en asegurar que la embarazada tenga el esquema completo de vacuna.

Aplicación de vacuna antitetánica. Se administra a cualquier edad gestacional. La embarazada se considera inmunizada cuando ha recibido dos dosis, con intervalos entre 4 a 8 semanas.

El Ministerio de Salud basado en la información publicada por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) recomendó en su publicación actualizada:

- Administrar una dosis de DT durante cada embarazo, independientemente de la historia previa del paciente de recibir la vacuna de DT, para maximizar la respuesta de anticuerpos de la madre y la transferencia pasiva de anticuerpos y los niveles en el recién nacido.
- El momento óptimo para la administración DT es entre 27 semanas y 36 semanas de gestación, aunque se puede administrar en cualquier momento durante el embarazo.
- Para las mujeres que previamente no hayan recibido DT, si no se administró durante el embarazo, se debe administrar inmediatamente después del parto de la madre.

11. Determinación de la presión arterial (registro, análisis e interpretación) y registro de signos vitales (FC, FR, T), MINSA-NORMATIVA-011, (2015).

Medición de Signos Vitales: reflejan funciones esenciales del cuerpo, incluso el ritmo cardiaco, la frecuencia respiratoria y la presión arterial (A.D.A.M, 2017)

Definiciones según A.D.A.M, (2017):

Temperatura corporal: Es el grado de calor del cuerpo humano.

La temperatura normal del cuerpo varía según el sexo, la actividad reciente, el consumo de alimentos y líquidos, la hora del día y, en las mujeres, la etapa del ciclo menstrual; la temperatura normal de un adulto esta en dependencia en donde sea tomada esta puede ser:

Axilar: 36 a 37 °C

Bucal: 36.2 a 38 °C

Rectal: 37 a 38 °C

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

Frecuencia cardiaca: El pulso es una medición de la frecuencia cardíaca, es decir, la cantidad de veces que el corazón late por minuto. A medida que el corazón impulsa la sangre a través de las arterias, las arterias se expanden y se contraen con el flujo sanguíneo; los rangos normales del pulso en una persona adulta es de 60 a 80 latidos por minuto.

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

persona está en reposo y consiste simplemente en contar la cantidad de respiraciones durante un minuto cada vez que se eleva el pecho esta puede ser de 12 a 20 respiraciones por minuto.

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

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

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

En las embarazadas la presión varía y es de gran importancia evaluar principalmente la presión diastólica ya que por sí sola es un indicador de hipertensión en el embarazo. Una PA sistólica por encima de 120mmHg y diastólica por encima de 90 mmHg y la proteinuria define la preeclampsia; por ello es de gran importancia la toma de PA en cada atención prenatal que se brinde (ver anexo 9).

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

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

Adultos:

- 12 cm (anchura) x 23-24 cm (longitud). Para brazos normales.
- 15 x 31 cm o 15 x 39 cm: para personas obesas.
- 18 x 36 a 50 cm: para personas muy obesas o para tomar la PA en las piernas.

- Un manguito pequeño sobreestima las cifras de PA y un manguito demasiado grande las infravalora. En caso de duda es preferible utilizar un manguito tan grande como sea posible.

Técnicas toma de presión arterial, Consideraciones previas:

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

Método Auscultatorio:

- Determine el tamaño adecuado del manguito del esfigmomanómetro: anchura: 2/3 partes de la longitud del brazo.
- Palpe la arteria braquial en la flexura del brazo (fosa ante cubital, cara interna).
- Coloque el manguito por encima de la flexión a (a 2-3 cm sobre ésta), centrando la flechas marcadas sobre el mismo a lo largo de la arteria braquial y ajustándolo perfectamente al brazo desnudo del paciente (no lo ponga encima de la ropa del paciente).
- Retire prendas que compriman el brazo y evite extremidades con vía IV, fístula arteriovenosa, traumatismos, zona de mastectomía, o zona de parálisis o paresia después de un EVCA (Enfermedad Vasculor-Cerebral Aguda).
- Desinfe el manguito completamente y envuelva con él la parte superior del brazo de forma uniforme y cómoda.
- Palpe la arteria braquial, sitúe el diafragma del estetoscopio sobre ella y sujételo con los dedos 2º y 3º de su mano (No sujete la campana del estetoscopio con el manguito). Cierre la válvula del esfigmomanómetro en la dirección de las agujas del reloj. Infe el manguito rápidamente hasta que llegue a una presión aproximada de

200 mmHg. Abra la válvula lentamente, a un ritmo de descenso de la aguja de entre 2 y 3 mmHg por segundo (desinflar demasiado rápido el manguito puede dar una infraestimación de la PAS y una sobrevaloración de la PAD).

- Anote el punto del manómetro en el que se escuchan los primeros sonidos claros (Presión Sistólica: PAS), y el momento en que se amortiguan o desaparecen (Presión Diastólica: PAD).
- Si al abrir la válvula comienza inmediatamente a escuchar los primeros sonidos, desinfe rápidamente el manguito y comience de nuevo, aumentando la presión del manguito por encima de los 200 mmHg, ya que la presión Sistólica estará por encima de dicha cifra.

Método por palpación:

- Utilice este método sólo si las condiciones de trabajo o del paciente no permiten utilizar el método auscultatorio.
- Palpe la arteria braquial o radial y mantenga sus dedos en el punto mientras infla el manguito, hasta 20-30 mmHg por encima del punto en que deje de sentir el pulso.
- Desinfe el manguito lentamente hasta que note la reaparición del pulso. Esta será la Presión Sistólica.

12. Exámenes de laboratorio (Grupo y Rh, PAP, VDRL, BHC, Glicemia, EGO, Cintas Reactivas de Uro análisis por cada APN y cuando exista sospecha clínica, Consejería y prueba voluntaria de VIH, PCR, Gota Gruesa y Chagas) según MINSA-NORMATIVA-011, (2015).

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

Procedimiento médico en el que se analiza una muestra de sangre, orina u otra sustancia del cuerpo. Las pruebas de laboratorio pueden ayudar a determinar un diagnóstico, planificar el tratamiento, verificar si el tratamiento es eficaz o vigilar la enfermedad con el transcurso del tiempo.

Grupo y Rh:

Determinación del grupo sanguíneo y factor RH.

Esta información es básica para descartar la incompatibilidad a factor RH, es decir él bebe puede heredar el de la madre o el del padre; cuando hereda el RH positivo del papá y la madre es negativo puede presentarse problemas como: ictericia (aparición amarillenta) o incluso muerte fetal.

Isoinmunización Rh Negativa en embarazo actual o embarazos anteriores.

Si una embarazada se detecta que es Rh negativa debe realizarse una búsqueda de anticuerpos anti D (Coombs Indirecto) y si esta prueba resulta positiva clasificar como ARO. El Coombs se deberá de realizar en II y III trimestre (Se envía después de las 18 semanas de gestación, antes NO tiene utilidad clínica).

En la primera visita prenatal se deberá conocer el grupo sanguíneo ABO y Rh de la gestante. Se recomienda difundir entre todo el personal de salud la importancia de la tipificación del grupo sanguíneo ABO y Rh tanto de la embarazada como de su pareja desde la primer consulta prenatal que se lleve a cabo, incluyendo el primer nivel de atención.

Esta acción permitirá definir el riesgo de aloinmunización. Dicho fenómeno se deberá considerar de riesgo en pacientes no tratadas con Anti D, tener antecedente de un evento obstétrico sin vacuna o desconocer estado de sensibilización.

Se considera que una gestante padece anemia cuando el valor de hemoglobina es menor a 11,0 g/dl (durante el primer o el tercer trimestre) o cuando el valor de la hemoglobina durante el segundo trimestre es menor a 10,5 g/dl.

Papanicolaou: Se recomienda una revisión ginecológica durante el embarazo, idealmente al momento de la captación para determinar elementos clínicos de infección, y alteraciones locales. Esto incluye tomar una muestra para el Papanicolaou si el mismo no ha sido realizado en el último año.

Dado el alto riesgo de morbilidad en las embarazadas por presencia de infecciones vaginales a repetición y su alto impacto negativo en resultados neonatales adversos por infecciones congénitas y/o al nacimiento, SE SUGIERE sensibilizar a la embarazada para la realización de espéculoscopia en sus atenciones prenatales para detección precoz de fenómenos infecciosos y/o relacionados a alteraciones en el canal del parto. En aquellos casos en los que la paciente refiere sintomatología genital, la espéculoscopia, es de estricto cumplimiento debiendo quedar consignada en el expediente dicha revisión.

Si en la APN de rutina no se acepta el tacto vaginal se debe informar y sensibilizar sobre la importancia de la misma con énfasis en aquellas mujeres con antecedentes de: aborto espontáneo en el segundo trimestre, parto prematuro o síntomas de sangrado vaginal, pérdida de líquido y/o dolor abdominal.

En las mujeres que informan sangrado en el presente embarazo, el tacto vaginal para determinar la causa puede realizarse en la unidad de salud sólo durante el primer trimestre y la referencia de la paciente a un nivel de mayor resolución depende del cuadro clínico. Después del primer trimestre, el tacto vaginal en las mujeres con sangrado vaginal no debería hacerse en la unidad de salud; en cambio, se debería referir a la paciente inmediatamente a un hospital para descartar placenta previa u otra patología.

VDRL/ RPR

Es un análisis para detectar sífilis. Mide sustancias (proteínas) llamadas anticuerpos que el cuerpo puede producir.

Se deben de registrar dos controles para el tamizaje de la sífilis de acuerdo a los que recomiendan las mejores evidencias y en concordancia con la mayoría de las guías normativas de la Región. La secuencia cronológica recomendada consiste en:

- Efectuar la primera prueba al momento de la captación (antes de las 20 semanas)
- Realizar siguiente en el tercer trimestre.

Se considera sífilis cuando el resultado de cualquier prueba disponible (treponémica o no treponémica) sea positiva/reactiva. Un resultado positivo no significa necesariamente que una mujer tiene sífilis ya que las pruebas no pueden distinguir entre una y otra trepanomatososis. Durante el embarazo se tratara a todas las mujeres cuya prueba sea positiva (de acuerdo a titulación), independiente de los antecedentes de tratamiento en un embarazo anterior.

- Si el resultado de la prueba RPR es inferior a 1:8 se trata de un resultado negativo, no se tiene la sífilis aunque hay que hacer seguimiento de nueva titulación en 8 semanas. Si valores continúan menor a 1:8 paciente no es portadora de enfermedad y es solo un valor con falso positivo.
- Si se tiene resultado igual o mayor de 1:8 es positivo y sí que se tiene la sífilis y hay que aplicar el tratamiento correspondiente. Es decir, que se considera diagnóstico positivo de sífilis los resultados iguales o superiores a 1:8. Es aconsejable enviar titulaciones cuantitativas en 6-8 semanas, considerar a la paciente tratada si titulaciones nuevas aunque aún continúen positivas sean menores de 1:8, esto debido a los procesos de memoria en los que las titulaciones pueden permanecer positivas hasta 12 semanas después de aplicado el tratamiento.
- No Reactivo: Resultado negativo, NO tienes la sífilis.
- Reactivo 1:2 o 1:4 – Resultado negativo, NO tienes la sífilis. Es posible una huella serológica si hubo el antecedente de la enfermedad (aunque haya sido curado). Hay que realizar seguimiento para ver si los títulos son estables y se mantienen en el tiempo.

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

Criterio diagnóstico y serológico: Toda prueba serológica treponémica o no treponémica (VDRL o RPR) que reaccione será considerada positiva independiente de los títulos. Desde la perspectiva epidemiológica y programática, toda serología positiva será considerado diagnóstico presuntivo (posible) para asegurar el tratamiento temprano.

BHC (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 o eritrocitos: mide el número, el tamaño, apariencia y la cantidad de hemoglobina en ellas. La parte del estudio llamado hematócrito mide el porcentaje de la sangre que está en las células rojas.

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

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

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

Hemoglobina: La Hemoglobina es una proteína globular, que se encuentra en grandes cantidades dentro de los glóbulos rojos e importancia fisiológica, para el aporte normal de oxígeno a los tejidos. (Brandan, 2008)

La anemia es un problema de salud pública por las consecuencias que tiene sobre la salud humana especialmente en el embarazo donde se asocia con aumento del riesgo de mortalidad materna, mortalidad perinatal (en especial en casos de anemia severa); Prematurez, bajo peso al nacer y RCIU.

Se considera que una gestante padece anemia cuando el valor de hemoglobina es menor a 11,0 g/dl (durante el primer o el tercer trimestre) o cuando el valor de la hemoglobina durante el segundo trimestre es menor a 10,5 g/dl.

La Organización Mundial de la Salud define:

- Anemia leve: 10 - < 11 gr/dl
- Anemia moderada: 7- < 10 gr/dl
- Anemia severa: < 7 gr/dl

Glicemia:

Control de glucosa: Recientes estudios demuestran que el tratamiento de la diabetes gestacional reduciría en forma importante la morbilidad perinatal y mejoraría la calidad de vida de las mujeres a los tres meses del nacimiento. Otros estudios epidemiológicos han mostrado que la prevalencia de diabetes gestacional es mayor en mujeres indígenas e hispanas cuando se las compara contra mujeres anglo-sajonas. Estas dos razones se suman para justificar la realización de estudios de tamizaje para diabetes gestacional en nuestra Región.(MINSA, 2015)

Glucemia en ayunas: Aunque no existe acuerdo sobre la utilidad de efectuar glucemias en ayunas para diagnosticar una diabetes gestacional hay evidencias que sugieren que muestras aisladas de glucemia podrían ser tan sensibles como una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) para diagnosticar diabetes gestacional. En general se recomienda hasta que no haya evidencias firmes que lo rechacen, realizar una glucemia en ayunas en la primera visita antenatal.

En la primera consulta debe realizarse una valoración del riesgo de diabetes gestacional, para eso será necesario efectuar una correcta anamnesis y examen físico, intentando buscar o descartar factores de riesgo.

En aquellos entornos en los que no se cuente con la posibilidad de efectuar una PTOG entre las 24 y 28 semanas la glucemia en ayunas podrá ser la mejor alternativa para despistar la existencia de una diabetes gestacional.

Prueba de tolerancia oral a la glucosa, se debe realizar una Curva de Tolerancia Oral a la Glucosa entre las 24 y 28 semanas de gestación como prueba de tamizaje para la diabetes gestacional.

Las glucemias postprandiales no son procedimientos aceptables para confirmación diagnóstica.

Las Guías Internacionales establecen en que grupos de riesgo específicamente se debería de realizar de rutina la PTOG como método de Screening para Diabetes, dentro de los que se incluyen:

- Obesidad previa al embarazo IMC > 30
- Diabetes gestacional previa, Antecedentes familiares de diabetes, Feto anterior macrosómico > 4,500 grs.
- Incremento de peso mayor al esperado para la edad gestacional, Fumadora.

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

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

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

EXAMEN FÍSICO QUÍMICO DE ORINA.

- **pH:** Habitualmente con nuestro tipo de alimentación omnívora el pH de la orina es ácido, entre 5.0 y 6.0. Una orina persistentemente alcalina puede deberse a un defecto de acidificación tubular (acidosis tubular renal) o a una infección con gérmenes que desdoblan la urea urinaria (*Proteus mirabilis*).
- **Densidad:** La densidad urinaria traduce la concentración de la orina. Normalmente puede variar entre 1002, máximamente diluida a 1030, máximamente concentrada, dependiendo del estado de hidratación del individuo.
- **Proteinuria:** Normalmente la orina no contiene proteínas en cantidad suficiente como para ser detectadas con los métodos utilizados habitualmente. La aparición de turbidez significa la presencia patológica de proteínas.
- **Glucosuria:** Normalmente la totalidad de la glucosa filtrada es reabsorbida en el túbulo proximal, por lo que la orina no contiene normalmente glucosa
- **Cuerpos cetónicos:** Son intermediarios de la oxidación de los ácidos grasos, que normalmente son totalmente metabolizados y no aparecen en la orina. Cuando su producción está aumentada como en la cetoacidosis diabética aparecen en cantidades variables en la orina.

- **Hemoglobina:** La orina normal no contiene hemoglobina ni sangre que pueda ser detectada por los métodos químicos habituales.
- **Bilirrubina:** Aparece en la orina cuando existe un aumento de la concentración de la bilirrubina conjugada en el plasma.
- **Urobilinógeno:** Es un cromógeno derivado de la bilirrubina. Aparece en condiciones patológicas tales como la anemia hemolítica o enfermedades hepáticas.
- **Sedimento de orina hematíes:** La orina normal no contiene hematíes en cantidad apreciable. Ocasionalmente, puede no observarse escasos hematíes, considerándose normal la presencia de hasta 2 hematíes por campo. Cantidades superiores se consideran patológicas y traducen sangramiento a cualquier nivel del tracto urinario.
- **Leucocitos:** Normalmente, no se observan, pero hasta 2 leucocitos por campo puede ser considerado como normal. Cantidades mayores traducen la presencia de infección del tracto urinario, especialmente si se acompañan de placas de pus. Algunas afecciones inflamatorias no infecciosas como la glomerulonefritis o la nefritis intersticiales pueden producir leucocituria.
- **Células epiteliales:** Las de mayor importancia son las células epiteliales descamadas de los túbulos renales, se observan en las enfermedades glomerulares y tubulares agudas.
- **Cilindros:** Representan moldes de material proteico formados en los túmulos renales que pueden contener diferentes elementos en su interior. La presencia de hematíes, leucocitos, células epiteliales o grasa en el interior de un cilindro, certifica su origen renal, de ahí su importancia. Dentro de los cilindros más importantes encontramos:

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

- **Cilindros de IRA:** Son cilindros granulados de diámetro de 3 o 4 veces mayor que los cilindros habituales. Traducen la existencia de túmulos renales dilatados como los que se observan en neuropatías acompañadas de grados avanzados de insuficiencia renal, circunstancia en que se observan habitualmente.
- **Cristales:** Pueden observarse en la orina de sujetos normales. En la orina de pH alcalino pueden observarse cristales de fosfato. En orina de pH ácido pueden observarse cristales de ácido úrico y uratos. Los cristales de oxalato también son de observación frecuente en orinas normales.
- **Varios:** Pueden ser observados gérmenes, hongos (especialmente *Cándida Albicans* y *Trichomona*).

Tratamiento de las infecciones de vías urinarias.

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 (Virus de Inmunodeficiencia Humana):

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

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

Se debería ofrecer la prueba de detección de la infección por VIH a todas las mujeres que acuden a los servicios de atención materno infantil. Asegurando: Confidencialidad, Consejería, y Realización de la prueba únicamente después de obtener consentimiento informado.

- Efectuar la primera prueba al momento de la captación (antes de las 20 semanas)
- Realizar siguiente en el tercer trimestre.

Proteína C reactiva PCR

Es una proteína beta globulina termolábil con un alto contenido de hidratos de carbono que no atraviesa la barrera placentaria, es un reactante de fase aguda que aumenta rápida, pero no específicamente en respuesta a la inflamación y a la agresión los tejidos. Tanto las inflamaciones infecciosas como no infecciosas provocan la formación de esta proteína en el plasma.

Se usa como prueba rápida ante la presunción de infección bacteriana PCR alta contra infección vírica PCR baja.

Muestra. Suero

Valor de referencia.

0 -1 mg dl

Gota gruesa(victoria Tellez, 2017)

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

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

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

Chaga. García, (2016)

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

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

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

Durante la fase crónica la presencia del parásito en sangre ya no es tan importante, y por ello la técnica de la detección directa por frotis es mucho menos efectiva.

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

13. Medición de Altura Uterina

Permite comprobar que el feto se desarrolla normalmente en peso y altura, se mide en centímetros con una cinta métrica de material flexible e inextensible, desde el pubis hasta el fondo uterino. La altura uterina en función de la edad gestacional muestra un crecimiento lineal hasta la semana 37, con un discreto aplanamiento posterior. Este crecimiento se debe a un incremento constante de 0.8 cm por semana entre la semana 20 y 35. (schwarcz-obtetricia, 1979)

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

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

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

Luego proceder a graficar el valor obtenido en la Curva de Crecimiento Uterino (ver anexo 10).

14. Auscultación de Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF) a partir de las 20 SG.

La auscultación tiene como finalidad descubrir y estudiar los ruidos cardíacos fetales. La auscultación de los latidos fetales es de sumo interés porque permite:

Sentar con certeza el diagnóstico del embarazo, establecer si la gestación es simple o múltiple, verificar la vida del feto, corroborar el diagnóstico ya echo por palpación de presentación posición y variedad, apreciar la marcha del parto, poner en evidencia el sufrimiento fetal. (schwarcz-obtetricia, 1979).

Técnicas de auscultación:

Se coloca la embarazada en decúbito dorsal en una mesa de examen no muy baja.

Se toma el estetoscopio por el tallo y se aplica la campana perpendicularmente sobre el foco de auscultación, este foco de auscultación es la zona en que por condiciones acústicas se perciben más nítidamente los latidos y que previamente es necesario localizar por palpación.

El foco máximo corresponde al hombro fetal anterior. La transmisión hacia el estetoscopio a este nivel se hace siguiendo capas sólidas que son buenas propagadoras del sonido, este partiendo del corazón atraviesa el pulmón sólido del feto (atelectasia), la pared torácica y el hombro en contacto con la pared uterina, en relación con la pared abdominal donde se apoya el instrumento.

La cabeza del examinador ejercerá una presión suave pero continúa sobre el estetoscopio, manteniendo el instrumento bien adaptado a la pared abdominal: esto tiene por objeto evitar la interposición de aire, que dificulta la propagación sonora. (schwarcz-obtetricia, 1979).

Movimientos fetales a partir de las 18 SG.

Muy precozmente el feto está animado de movimientos, pero son tan leves que no pueden percibirse. La percepción materna se produce entre las 16 y 20 semanas de amenorrea. Al principio el feto se desplaza en totalidad y la mujer siente una especie de roce en el abdomen, o bien el desplazamiento es más brusco y produce como un pequeño choque. (Schwarcz-Obstetricia, 1997).

La presencia de movimientos fetales es algo fisiológico durante el embarazo, estos son percibidos por la gestante a partir de un determinado tiempo, estos aumentan a medida que el feto crece.

El personal de salud médicos y enfermería debe preguntar a la embarazada si percibe los movimientos fetales, la frecuencia y la intensidad, debe corroborar lo que la paciente refiere a través de la palpación y valorar estos movimientos.

Presentación/ situación fetal (ver anexo 12).

Presentación fetal: es la parte del feto que toma contacto con el estrecho superior de la pelvis, ocupándola en gran parte, y que puede evolucionar por si misma dando lugar a un mecanismo de parto. Las presentaciones son cefálicas y pelvianas. (MINSA-NORMATIVA-011, 2015)

Los tipos de presentación pueden ser:

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

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

1. De vértice: vértice o fontanela lambdoidea o menor.
2. De sincipucio: sutura sagital.
3. De frente: bregma o sutura metópica.

4. De cara: mentón o cara.

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

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

Situación fetal: se denomina así a la relación existente entre el eje del ovoide fetal, el eje del ovoide uterino y el eje longitudinal de la madre. Los tipos de situación fetal son: (MINSA-NORMATIVA-011, 2015)

1. Longitudinal: ángulo de 0° .
2. Transversa: ángulo de 90° .
3. Oblicua: ángulo mayor que 0° y menor que 90° .

Maniobras de Leopold: (ver anexo 11).

Son técnicas de palpación que se emplean para examinar el abdomen de la embarazada y así mismo detectar la presentación, situación y posición del feto.

Objetivo:

Determinar: Presentación, posición, situación, número de fetos y grado de encajamiento del feto.

Primera maniobra: Esta maniobra valora la situación del producto de la concepción y consiste en identificar el polo fetal que ocupa el fondo uterino, este puede ser la cabeza o las nalgas. La cabeza se palpa como una masa dura, redonda, lisa y móvil (Redonda, 'Regular y Resistente). Las nalgas se perciben como una masa grande, blanda e irregular. Esta maniobra se realiza de frente a la cara de la gestante y, utilizando los bordes cubitales de ambas manos, se palpa la parte superior del abdomen, tratando de abarcar por completo el fondo del útero.

Segunda maniobra: Se utiliza para observar la posición del dorso fetal, que puede ser anterior, lateral o posterior. El dorso suele palpase como una estructura dura, convexa y resistente a la palpación; en cambio, las extremidades fetales son blandas, móviles, irregulares y numerosas. Esta maniobra se realiza de frente a la gestante, palpando el abdomen con gentileza, aplicando presión profunda con la palma de ambas manos. Una de las manos debe permanecer fija en un lado del abdomen mientras la mano opuesta explora el lado contrario, para concluir la exploración deben explorarse ambos lados del útero intercalando las manos.

Tercera maniobra: Permite identificar la situación del polo fetal que ocupa la porción inferior del útero y establecer si se encuentra encajado en la pelvis.¹ Utilizando el pulgar y los dedos de una mano se toma la porción inferior del abdomen de la gestante justo por encima de la sínfisis del pubis. De acuerdo a la sensación que dé la estructura palpada se puede determinar el tipo de presentación, al igual que en la primera maniobra. En caso de que el polo fetal inferior no se encuentre encajado en la pelvis, se sentirá como una masa móvil.

Cuarta maniobra: En la cuarta maniobra, que es la única que se ejecuta mirando hacia los pies de la gestante, se trata de apreciar el grado de encajamiento y la actitud de la cabeza; consiste en buscar sobre la sínfisis púbica la prominencia frontal del feto, esto nos indica si ha descendido la presentación y si la cabeza se encuentra en flexión o extensión.

18. Clasificación de alto riesgo obstétrico.

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

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

Si responden si a cualquiera de las 18 preguntas se deberá de clasificar como embarazada de ALTO RIESGO. (MINSA-NORMATIVA-011, 2015)

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

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

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

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

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

- discutir las dudas y preguntas de la gestante
- también es apropiado informar en este momento sobre los derechos del niño/a y derechos inherentes a la lactancia materna.
- Si la mujer ha recibido consejería en lactancia materna tal como se definió se registrará en la HCP según corresponda (MINSA Normativa-106, 2013)

Alimentación natural del recién nacido que le proporciona los nutrientes necesarios que garantizan su crecimiento y desarrollo. Además, proporciona protección contra enfermedades víricas o bacterianas por medio del traspaso de anticuerpos maternos.(MINSA-NORMATIVA-011, 2015)

Nutrición y crecimiento óptimo

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

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

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

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

Desarrollo Psico-motor

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

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

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

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

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

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

masticación, mímica y fono-articulación del lenguaje. Los (as) niños (as) amamantados (as) están mejor preparados para el inicio de la alimentación sólida dado que el periodo del amamantamiento le permite un buen desarrollo anatómico y funcional de las estructuras orofaríngeas.

Protección

- El calostro, la leche de transición y la leche madura satisfacen los requerimientos de Inmunoglobulina A (IgA) que protege al niño (a) mientras ellos (as) van aumentando su capacidad de producirla.
- Evita la hiperbilirrubinemia neonatal: El calostro permite la eliminación oportuna del meconio evitando así la hiperbilirrubinemia neonatal.
- Protección inmunológica: La leche materna es indispensable para formar un eficiente sistema inmunitario en el (la) niño (a) y sentar las bases de una buena salud general para el adulto. El (la) niño (a) amamantado (a), rara vez presenta enfermedades digestivas, respiratorias, otitis, eczemas y alergias.
- Protección relacionada en la prevención de las Diarreas.

La Madre

Recuperación fisiológica post-parto

Retracción del útero:

Por el estímulo de succión, inmediatamente después del parto, se libera oxitócica, la que actúa sobre el útero contrayéndolo para evitar el sangrado y reducirlo a su tamaño normal. La oxitócica sigue actuando sobre el útero mientras la madre amamanta produciendo también una recuperación a más corto plazo.

Recuperación del peso:

La lactancia materna permite que las madres pierdan progresiva y lentamente el excedente de peso, ganado durante el embarazo, precisamente para enfrentar la lactancia materna.

Recuperación de los pechos:

La estimulación y el vaciamiento frecuente de los pechos, evitan su congestión y reduce los depósitos de grasa acumulada, durante el embarazo, ayudando con ello a mantener la elasticidad y firmeza de su estructura.

De carácter físico

Prevención de cáncer de mamas y ovario:

La lactancia materna cumple un importante rol en la prevención del cáncer de mamas y ovarios, reduciendo el riesgo de estas enfermedades. La lactancia prolongada (por más de un total de 36 meses durante la vida) se ha considerado, por algunos investigadores, como un factor relacionado con la disminución del peligro de cáncer de mama, debido quizás a una disminución relativa de los estrógenos carcinógenos desencadenados por los períodos de anovulación tal como ocurre en el embarazo.

Aspecto físico de la mujer:

Las hormonas de la lactancia hacen que la mujer que amamanta tenga un aspecto físico vital y armónico, de seguridad, satisfacción, belleza, tranquilidad etc.

Comodidad: Evita las molestias de lavado y hervido de biberones así como la preparación de alimentos especiales para el (la) bebé.

De carácter emocional

Establecimiento del apego: El amamantamiento, especialmente si éste se inicia inmediatamente después del parto, produce un reconocimiento mutuo entre madre e hijo (a), estableciéndose entre ellos un fuerte lazo afectivo o "apego", induciendo en la madre un sentimiento de ternura, admiración y necesidad de protección para su pequeño (a) hijo (a).

Satisfacción emocional de la madre: La intensa unión e interdependencia de la madre con su hijo (a), producen en ella un sentimiento de valoración de sí misma y un equilibrio emocional que promueven su desarrollo integral como mujer.

Planificación familiar

Es el derecho que tiene la pareja e individuo de decidir libre y responsablemente la cantidad de hijos que desean tener, el momento oportuno para tenerlos y el tiempo entre embarazos, así como la de tener la información y los métodos para concretar sus deseos y el derecho de obtener el mayor estándar de salud sexual y reproductiva (Minsa Normativa 002, 2008).

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

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

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

Consejería de planificación familiar a través del método ACCEDA.

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

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

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

Hormonales inyectables intramusculares sólo con progestágenos de depósito trimestrales.

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

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

Naturales

Abstinencia

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

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

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

MELA

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

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

De Barrera

Condón o preservativo

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

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

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

20. Suplemento con Sulfato Ferroso.

Hierro: Los hematínicos son medicamentos que contienen principalmente compuesto de hierro (ferroso), con objeto de incrementar la producción de hemoglobina, y se expande como productos que no requieren receta médica en tabletas, capsulas y líquido. (Nagle, Agosto 2007).

Tratamiento preventivo y curativo de la deficiencia de hierro y de la anemia ferro priva, en los casos de embarazo y lactancia, y en crecimiento, dietes inadecuadas, con valencia, menstruación, trastorno en la absorción del hierro en tubo digestivo y en todos aquellos casos en los que sea necesario recibir un aporte de hierro adicional. (C. Rodriguez, 2011).

El cuerpo necesita hierro para producir hemoglobina que es una proteína de los glóbulos rojos que transporta oxígeno al cerebro, sistema muscular, sistema inmune y otras partes del cuerpo. La deficiencia de hierro es la principal causa de anemia nutricional en niños (as) y adultos.

Los grupos más vulnerables son los adolescentes de ambos sexos, las mujeres en edad reproductiva y las embarazadas. La deficiencia de hierro durante el embarazo se asocia a la presencia de algunas situaciones de salud no deseadas para la madre y el feto y/o recién nacido. A bebés con un peso menor a lo normal, parto antes de la fecha probable, muerte materna e inclusive muerte peri-natal y fetal. Los recién nacidos de madres con deficiencia de hierro, tienen pocas reservas del mineral y están más propensos a desarrollar niveles bajos de hemoglobina antes del primer año de vida, que los recién nacidos cuyas madres tienen buenos niveles de hierro. (MINSA Normativa- 029, 2009)

En estudios revisados se encontró que el uso de suplemento de hierro en mujeres embarazadas no deberá ser ofrecido de manera rutinaria dado que no se beneficia la salud del feto o de la madre y puede tener efectos desagradable secundarios así mismo no existe evidencias alguna que justifique usar sulfato ferroso 2 o 3 veces

al día por incremento de reacciones adversas sin mostrar mayor beneficio. Para fines de cumplimiento de la norma se orienta embarazadas con valores de hemoglobina normal (mayor a 12 gr dl) prescribir 1 tableta sulfato ferroso (60mg) + ácido fólico (0.4 mg) diaria. (USAID, Noviembre-2014).

Tratamiento de pacientes con anemia leve o moderada deberán recibir 60-120 mg 1 o 2 tableta de hierro elemental más 0.4 mg de ácido fólico diario por seis meses. Paciente con anemia severa deberá recibir 120 a 200 mg (2 a 3 tableta mg de hierro elemental+ 0.4 mg de ácido fólico diario por 6 meses) (MINSA-NORMATIVA-011, 2015).

21. Suplemento con Ácido Fólico.

La administración de ácido fólico además de tratar anemias carenciales juega su papel importante en la prevención de defectos de tubo neural: disminución en la prevención de ocurrencia de defectos de tubo neural un 72% y disminución de la recurrencia en un 68%.

El Ácido Fólico preconcepcional por un año o más, redujo significativamente el riesgo de nacimiento pre término espontáneo en el 70 % entre las 20-28 semanas de gestación y en 50 % entre las 28-32 semanas.

La administración periconcepcional de multivitaminas redujo en 71 % (estadísticamente significativo) el riesgo de nacimientos pre término < 34 semanas y en mujeres no obesas redujo en 46 % los recién nacidos pequeños para la edad gestacional. En estudios recientes multivitaminas más ácido fólico periconcepcional reducen significativamente en 46%, además de los DTN, otras MFC: labio y paladar hendido, cardíacas, de extremidades, tracto urinario hidrocefalias.

Prevención de ocurrencia (primera vez) 4 mg de ácido fólico desde 3 meses antes hasta 3 meses después del parto y a toda paciente que esté planeando embarazarse.

Prevención de recurrencia en mujeres con alto riesgo para defecto de cierre de tubo neural (historia familiar de Defecto de cierre de Tubo Neural, tratamiento antiepiléptico o metrotexate, diabetes, Obesidad con IMC \geq 30 Kg/m². Madre con anemia por células falciformes o talasemia. Mujeres con bajo cumplimiento en la toma de medicamentos (Ácido fólico y/o Multivitaminas) y bajo consumo de una dieta rica en Ácido fólico, consumo de teratógenos (alcohol, tabaco) **4-5 mg de ácido fólico desde 3 meses antes del embarazo hasta 3 semanas después.**

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

Calcio:

El calcio es un elemento químico del grupo de los alcalinotérreos cuyo signo químico es "Ca"; el calcio es un componente importante de los huesos y de los dientes, el requerimiento normal diario de calcio es de un gramo al día aproximadamente, los productos lácteos leche y queso son la fuente principal de este elemento.(ZAMORA, 2005).

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

La administración de calcio a la embarazada disminuye significativamente la aparición de los valores de presión arterial altos, aparición de proteína en orina, edemas, los malos resultados compuestos que perjudique a la madre y al feto, los nacimientos antes de la fecha probable de parto, bebés con un peso menor que lo normal al nacer y que mueran en los primeros días de vida, con mayor efecto en las

embarazadas con baja ingesta de calcio y de alto riesgo. (minsa-intervenciones-basadas en evidencias, 2011). (MINSA-formulario-de medicamentos, 2014).

Prescripción de Calcio:

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

Aspirina (ácido acetilsalicílico).

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

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

Prescripción de Aspirina:

Embarazada con riesgo intermedio de presiones arterial en cifras anormales: Aspirina tableta de 100 mg/día oral antes de acostarse. Iniciar mínimo a las 12 semanas, máximo hasta las 16 semanas, continuar hasta las 36 semanas de gestación.

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

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

23. Prescribe Albendazol

Albendazol 400 mg (si parasitosis intestinal >30% y/o anemia >20%) en el 2º y 3er trimestre. Este disminuye el bajo peso al nacer, la mortalidad infantil al 6to mes de vida. Para fines de evaluación de cumplimiento del estándar el albendazol se puede administrar en II y III trimestre con una diferencia de 6 semanas y aprovechar cualquier contacto con embarazada para cumplimiento de ambas dosis. (MINSA-NORMATIVA-011, 2015)

El albendazol es un agente sintético derivado del benzimidazolico; inhiben la captación de glucosa y otros nutrientes de bajo peso molecular, con depleción de los depósitos de glucógeno; se considera el tratamiento de elección contra áscaris lumbricoides, trichuris trichiura, enterobius vermiculares, entre otros. (Nagle, Agosto 2007)

El objetivo de la administración de antiparasitario en la embarazada reduce significativamente la disminución de la hemoglobina en la embarazada y un resultado negativo en la vida del recién nacido. Albendazol 400 mg (si parasitosis intestinal mayor 30% anemia mayor 20%) en el 2º y tercer trimestre.

Este disminuye peso no adecuados al nacer muerte al 6to mes de vida para fines de evaluación de cumplimiento del estándar el albendazol se puede administrar en el II Y III trimestre con una diferencia de 6 semanas y aprovechar cualquier contacto con embarazadas para cumplimiento de ambas dosis(MINSA-Normativa-011, 2015).

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

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

La falta de conocimiento o de información en la paciente, interfiere para que esta no pueda identificar los signos y síntomas de peligro, y puedan ocurrir situaciones que no favorecen la salud de la embarazada y el feto, por lo tanto es responsabilidad del personal que atiende a toda embarazada a que la paciente adquiera la consejería necesaria para el buen funcionamiento del proceso del parto.

25. Negociar plan parto

Es una estrategia en la que la mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y el nacimiento. Disponer de esta información por escrito será de gran ayuda para el equipo profesional que atiende en el momento del parto, facilitará la comprensión del proceso y la participación activa tanto de la mujer como de su pareja o acompañante, y evitará tener que comunicar sus preferencias el día del parto, momento en que el estado emocional y físico es más vulnerable y la mujer se halla centrada en el proceso vivencial. (MINSA-Normativa-011, 2015).

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

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

Propósito del Plan de Parto: Es que la embarazada, su pareja, su familia y la comunidad organizada, estén preparados para ayudar a la mujer en casos de las obstáculos que se pueden presentar en el momento del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido.

Objetivos del Plan de Parto

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

Beneficios del Plan de Parto

- Que la mujer y la familia tengan información sobre los cuidados durante el embarazo, parto, puerperio y los cuidados al recién nacido.
- Que la pareja, la familia y la comunidad se comprometen con el cuidado de la mujer y el recién nacido.
- Reconocer a tiempo las señales de peligro durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido.
- Deciden que hacer en caso de un inconveniente y donde buscar ayuda sin atrasos.
- Deciden donde irán para la atención de su parto.

- Promover el ahorro para cubrir los gastos en la atención, sobre todo para garantizar el transporte, alojamiento y alimentación de ella y su acompañante.
- Pensar en los métodos de planificación familiar que puede usar después del parto.
- Promover el registro del recién nacido. (MINSA N- 105, NOVIEMBRE 2012).

Consejería de cambios dentro de la normalidad del embarazo

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

Nutrición de la embarazada

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

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

- Acompaña a la mujer durante el embarazo y el parto en el hospital u otra unidad de salud.
- Procura un ambiente seguro y de protección a la mujer.
- Toma en cuenta la opinión de la mujer.

- Escucha las necesidades y sentimientos de la mujer en todo momento.
- Apoya con las tareas del hogar y colabora con la crianza de los hijos.
- Ahorra para el parto y cualquier emergencia.

Casas maternas

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

Transporte

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

Fondos de ahorro

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

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

Prevención de la violencia

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

26. Referencia a otro nivel de atención o casa materna, consejería en parto asistido o si presenta COE.

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

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

Por ello resulta de gran importancia reconocer en forma temprana y oportuna las complicaciones obstétricas que ponen en peligro la vida de la embarazada, y realizar un abordaje inmediato y adecuado para evitar el agravamiento y la muerte de la mujer. El implementar acciones adecuadas, basadas en la evidencia, establecidas por protocolo de manejos y llevadas adelante por parte del personal de salud con competencias, puede reducir la razón de mortalidad materna. (MINSA- Normativa 109, Abril 2013).

Acciones para referir a hospitalización a embarazadas

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

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

Condiciones de traslado: Embarazada canalizada con gránula 16 o de mayor calibre, si se trata de hemorragia asegurar dos vías, oxígeno de 4 a 6 litros por minuto por catéter nasal, personal de salud con capacidad técnica resolutoria que acompañe para monitoreo de signos vitales y evitando la pérdida de la vía permeable vascular. (MINSANormativa-011, 2015)

27. Confirmar o descartar alguna ITS y aplicar tratamiento según guía para la atención de ITS, manejo sindrómico, MINSANormativa 113.

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

Las infecciones de transmisión sexual como problema de salud pública, deben ser enfrentadas con la aplicación de programas y acciones en los aspectos de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de la población dentro del modelo de salud familiar y comunitario (MOSAF), con énfasis en la atención en poblaciones en más alto riesgo y vulnerabilidad; a través de intervenciones coordinadas y coherentes para disminuir la incidencia de las patologías. (MINSANormativa-113, Junio 2013)

Las enfermedades de transmisión sexual se presentan en todas las mujeres con vida sexual activa, tomando en cuenta que la presencia de estas durante el embarazo, puede conllevar a situaciones mayores durante el embarazo, es de vital importancia identificarlas y tratarlas para mejorar la salud de la mujer y el feto.

Objetivo del manejo sindrómico

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.

Manejo sindrómico clasifica los principales agentes etiológicos, según los síntomas y signos clínicos que provocan. Para esto se utilizan flujogramas que ayudan a determinar el tratamiento y proporcionarlo de manera adecuada; además se promueve la búsqueda y atención a los contactos sexuales, incluyendo la educación para reducir comportamientos de riesgo. (MINSa Normativa 113)

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

Dexametazona (fosfato sódico) Glucocorticoide con actividad mineral o corticoide insignificante. Indicaciones: maduración pulmonar fetal en la situación donde hay evidencias de un trabajo de parto antes de la fecha probable del parto (útil solamente entre las 24 y 34 semanas de gestación. (USAID, Noviembre-2014)

La dexametazona se utiliza cuando hay un problema de base en la mujer durante el embarazo (amenaza de parto prematuro) y se administra un ciclo de cuatro dosis 6 mg cada 12 horas a partir de las 24 semanas de gestación hasta las 34.6 semanas, no se debe administrar en todas la embarazadas al menos que lo ameriten, porque los efectos adversos de este fármaco podrían afectar la salud de la madre y el feto.

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

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

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

Termino COE almacenamiento de los insumos dependerá del fabricantes.

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

Nueva clasificación de riesgo para desarrollar síndrome hipertensivo gestacional (MINSANORMATIVA-011, 2015).

Factores de riesgo para desarrollar preeclampsia.

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

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

Embarazadas que requieren uso de ASA (ácido acetilsalicílico).

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

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

De acuerdo a riesgos encontrados se deberá clasificar en:

Riesgo alto para desarrollar síndrome hipertensivo gestacional:

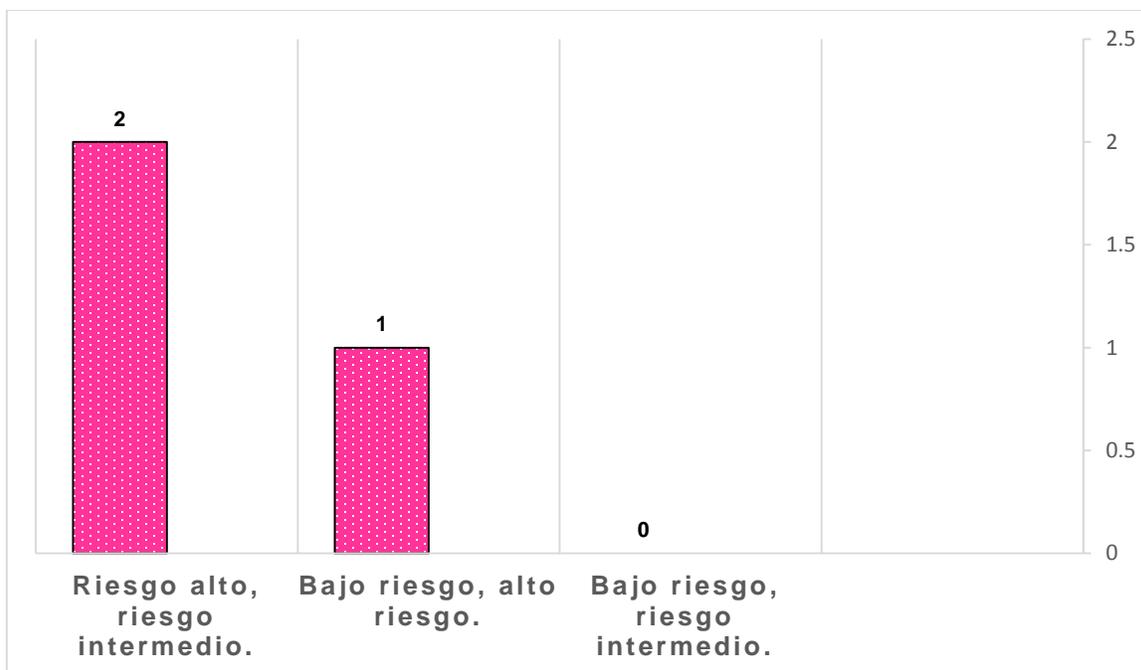
- Enfermedad hipertensiva con embarazo previo.
- Enfermedad renal crónica.
- Enfermedad auto inmune previa o diagnosticada durante el embarazo actual (síndrome anti fosfolípido/lupus eritematoso sistémico).
- Diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2.

Embarazada con riesgo intermedio para desarrollar síndrome hipertensivo gestacional.

- Periodo intergenésico mayor a 10 años.
- IMC mayor a 29 kg/m.
- Historia familiar de pre eclampsia, madre o hermana del paciente.

- Embarazo múltiple.
- Extremos de edades, menor de 20, mayor de 35 años con uno o más criterios anteriormente mencionados.

Gráfico N° 3: Conocimiento del personal de salud acerca de clasificación para desarrollar síndrome hipertensivo gestacional.



Fuente: anexo 4, tabla N° 2.

En la nueva actualización de normativa 011, (2015) se establece la nueva clasificación para desarrollar síndrome hipertensivo gestacional en donde médico en servicio social y Licenciada en enfermería responden adecuadamente, médico interno tuvo dificultades al responder al confundir esta respuesta con clasificación de riesgo obstétrico, si el personal no conoce acerca de este tema no podrá clasificar adecuadamente a la embarazada para su adecuado manejo.

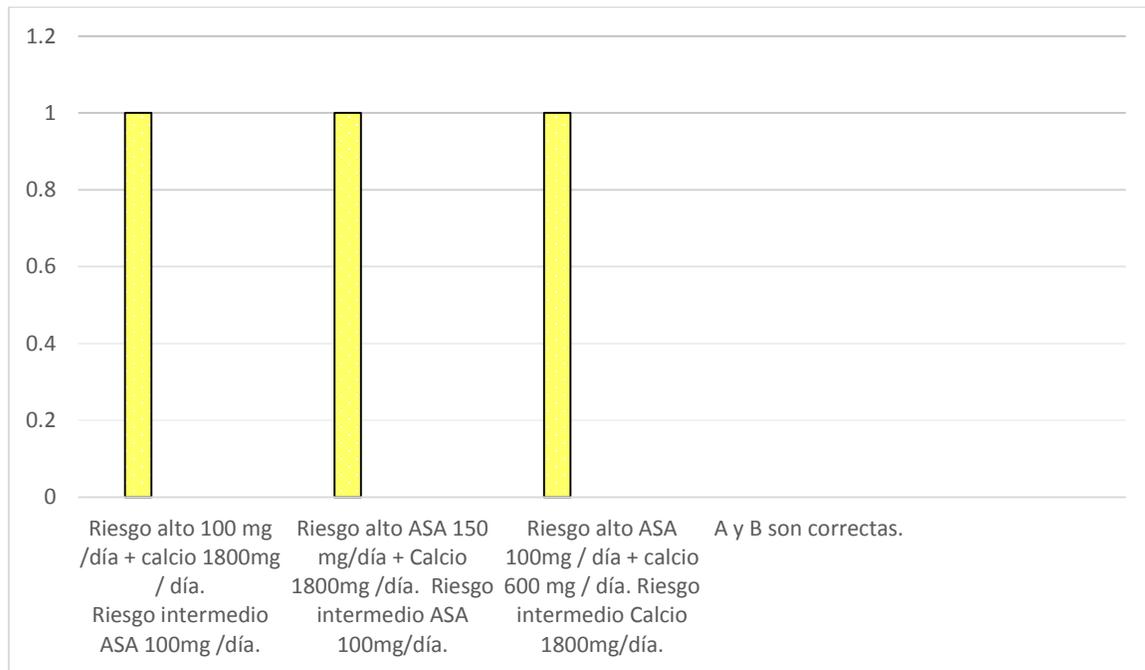
Prescripción de ácido acetilsalicílico (aspirina).

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

Prescripción del calcio.

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

Gráfica N° 4: Conocimiento del personal de salud sobre tratamiento preventivo profiláctico según clasificación del riesgo para desarrollar SHG.



Fuente: anexo 4, tabla N°2.

Según normativa 011, (2015) define el tratamiento que se brinda a las embarazadas que puedan tener algún factor de riesgo durante la gestación; esto para prevenir posibles complicaciones como SHG, preeclampsia y eclampsia. Médico en servicio social y Licenciada en enfermería responden adecuadamente, médico interno no domina dosis del tratamiento que se debe de dar en alto riesgo y riesgo intermedio, si no se les brinda la dosis correspondientes de acuerdo al riesgo las pacientes pueden complicarse durante el embarazo afectando la salud de ella y su bebé.

Según Marriner & Raile, (1989) el conocimiento está integrado por todo lo que se sabe sobre una materia que interesa una disciplina científica, cabe diferenciar lo que se conoce realmente acerca de los hechos de lo que se cree sobre la misma. Este se basa en las informaciones objetivas.

Al leer respuestas del conocimiento de los recursos de salud sobre la conceptualización y manejo de normativa, se valoró de buenas las respuestas del

médico en servicio social y licenciada en enfermería, el médico interno se valoró como regular por tener un 43% de deficiencia, principalmente en el manejo de normativas sobre clasificación de ARO manejo y tratamiento para síndrome hipertensivo gestacional siendo este una dificultad, para el correcto manejo e identificación de complicaciones durante el embarazo siendo estos conocimientos de gran relevancia.

Todo el personal de salud que labora en áreas de atención primaria, debe conocer las actividades que en ella se realizan, sobre todo cuando se trata de atender a mujeres embarazadas. Las normas o protocolos son claras y guían el actuar del personal de salud en el momento de la atención, dan pautas para encontrar necesidades y dar una solución al problema.

5.4 Actitud del personal de salud que atiende a las embarazadas

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

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

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

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

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

4.4.4 Tipos de actitud según Gardey J. P., (1991)

- **Actitud positiva:** La que caracteriza a las personas que hacen un esfuerzo por ver lo bueno en prácticamente todo y mantienen un buen optimismo. Esta permite afrontar una situación enfocándose únicamente en los beneficios y enfrentar la realidad de forma sana (Soto, 2005).

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

- **Actitud neutral o cambiante:**
Actitud o situación de la persona que no se inclina a favor de ninguna de las partes enfrentadas en conflictos de intereses.
- **Actitud Negativa**
Es la que caracteriza a las personas que observan su entorno de manera pesimista y aunque haya cosas que salgan bien, se enfocan en lo poco que salió mal. Esta comúnmente, lleva a pensamientos de frustración y evita que se alcancen los objetivos trazados (Soto, 2005).

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

4.4.5. Características de las actitudes

- Son aprendidas ya que se forman a través de la experiencia y representan cambios potenciales en nuestro comportamiento, por lo tanto, no son innatas.
- son dinámicas porque cumplen un papel importante motivacional vinculado al sujeto con los objetos de la realidad.
- Son susceptibles de modificación o sustitución, sin extensión variable, es decir pueden abarcar o comprender múltiples objetos.
- Se interrelacionan debido a que las actitudes presentan una vinculación entre sí, constituyendo conjuntos consistentes o sin contradicción.
- Tienen una dirección u orientación frente a los objetos, este puede ser favorable (aceptación), desfavorable (rechazo), o neutral (indiferente).

5.4.6 Protocolo acogida a usuario

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

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

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

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

Quien podrá clasificar:

- Puede ser enfermera general
- O bien, u médico orientado y capacitado sobre técnicas en el manejo de la calidad y buen trato.

- El personal de admisión en la misma sintonía saludará, se identificará y recepcionará información acerca de usuario para que pueda ser atendido.

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

- El personal de enfermería establecerá contacto directo en la atención identificándose, procediendo a los cuidados según patología aplicando a lo inmediato: valoración, planificación, ejecución y evaluación para su debido manejo haciendo uso correcto de los registros de enfermería.
- El personal de enfermería y el medico desde este momento orienta acerca de los derechos y deberes según ley general de salud.
- El personal de enfermería en coordinación con el médico tiene responsabilidad para apoyar y explicar tratamiento, exámenes especiales etc. y lo refiere para su manejo clínico.
- Todo procedimiento especial lo acompañará el personal de enfermería (previo diálogo terapéutico que permita reducir temores).
- Una vez que ingrese el paciente al servicio referido: el personal de enfermería continuará la misma secuencia del trato: comunicación fluida identificación se entregará un díptico según la condición y el estado de ánimo sino se puede entregar al familiar, en caso que no pudiese leer, estamos en la obligación de dar a conocer su contenido.
- Se dará a conocer reglamentos internos de hospitalización con el propósito de despejar dudas e incertidumbres en el usuario.
- El médico recepciones, saluda y se identifica con el usuario, ofreciéndole su apoyo.
- Realiza historia clínica y examen físico y hace hincapié en aquellos aspectos considerados de relevancia y que pueden contribuir al diagnóstico.
- Analiza aspectos subjetivos y objetivos y establece un diagnostico presuntivo.
- Ordena pruebas de apoyo diagnóstico presuntivo.

- Ordena pruebas de apoyo diagnóstico explicando detalladamente cada uno de ellos.
- Brinda educación al usuario orientado a la disminución de los factores de riesgo y la prevención de las complicaciones.
- Respeta los derechos del usuario en todo momento, procurando establecer una efectiva relación médico usuario.
- Deriva al usuario a otra especialidad si el caso así lo requiere o lo transfiere a otro nivel de atención para la resolución de su cargo previa lectura y entrega del consentimiento informado.
- Cuando el usuario se le ha indicado alto, se le informará oportunamente.
- Se entregará epicrisis y se orientará sobre su tratamiento, indicaciones médicas, dieta, cita para su control, esta información será dada por el médico y enfermera.
- Se elaborará un plan educativo acerca de sus necesidades.
- Se aplicará una encuesta de opinión.
- Se evaluará todo el proceso, dando a conocer los resultados mensualmente.

Tabla N° 2: Actitud del personal de Puesto de salud Las Marías al realizar la atención prenatal.

Personal de salud	Actitud positiva		Actitud neutral		Actitud negativa	%
Lic. Enfermería	9	100%	-	-	-	-
Médico en servicio social.	9	100%	-	-	-	-
Médico interno	-		5	55.5%	-	-
Total		100%		55%		

Fuente: Anexo 4, tabla 3.

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

Enfermería y médico en servicio social se observa positivamente y el médico interno con algunas dificultades siendo su actitud neutral hacia las pacientes.

El médico interno tiene sus principales deficiencias en la comunicación y empatía con las usuarias. Si bien la definición propuesta por Larouse, (2013) define la capacidad de ponerse en el lugar del otro, que se desarrolla a través de la empatía, ayuda a comprender mejor el comportamiento en determinadas circunstancias y la forma como el otro toma las decisiones. Si el médico interno se pusiera en el lugar de las pacientes comprendería mucho mejor el comportamiento de las usuarias gestantes de esta unidad de salud.

Al tener una comunicación afectiva y cálida las pacientes se sentirán en confianza para hablar sobre su condición física de lo contrario la mayoría de mujeres no dicen si presentan algún malestar, en múltiples ocasiones debido a la falta de confianza que se le brinda por parte del personal de salud y esto puede conllevar a complicaciones obstétricas en el binomio materno fetal a consecuencia de no identificar factores de riesgo en la gestante.

5.5 Práctica que realiza el personal de salud en APN, según N- 011, MINSA (2015).

5.5.1 Concepto de práctica: Es la acción de ejercer o realizar un trabajo; facultad, habilidad y destreza que se adquiere con la repetición o continuidad de este ejercicio. Aplicación de los conocimientos adquiridos. (Diccionario enciclopédico, 2014).

A través de la práctica, no solamente se refuerza lo aprendido, sino que se descubren nuevos conceptos, algunos de los cuales pueden resultar reveladores, imposibles de hallar a través del estudio de la teoría. (Perez, 2010)

5.5.2 Practicas del personal de Salud.

En el marco de la ciencia aplicada, el proceso del saber consiste en aplicar los conocimientos prácticos mediante investigaciones científicas basadas en postulados teóricos y en el análisis de los conocimientos técnicos existentes perfeccionados con la experiencia clínica en el ejercicio o aplicación activa de la ciencia aplicada. (Lazaro, 2008)

- ✓ **Practica completa:** es la realización y ejecución de las actividades correspondientes a cada atención prenatal alcanzando un 85% de las actividades propuestas realizadas con calidad de forma precoz y continúa.

- ✓ **Practica incompleta:** es la realización y ejecución de algunas de las actividades correspondientes a cada atención prenatal sin alcanzar el 85% de las actividades propuestas, en algún trimestre del embarazo o en todo el embarazo.

5.5.3 Actividades realizadas en cada atención prenatal Según MINSA normativa 011, (2015).

Primera Atención Prenatal.

La primera atención debe ser siempre brindada por el recurso más calificado disponible que exista en la Unidad de Salud, se espera que dure entre 30 a 40 minutos. El recurso debe entregar a la mujer embarazada su 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.

Interrogatorio

Es importante preguntar a la embarazada sobre ciertos factores de Riesgo: tener empleo o no, el tipo de trabajo o la exposición a agentes teratogénicos (metales pesados, químico tóxicos, radiación ionizante), vivienda (tipo- tamaño – número de ocupantes), condiciones sanitarias, disponibilidad de servicios básicos (agua potable, luz eléctrica, letrina-inodoro). Investigar sobre malaria o hepatitis en áreas endémicas, además averiguar sobre alergia, uso actual de medicamentos, trombosis o embolia, desprendimiento o placenta previa en embarazos anteriores, partos distócicos anteriores, retardo del crecimiento uterino, y también sobre si es portadora del VIH y Sida, ya que éstos pueden significar un riesgo para desarrollar complicaciones durante el embarazo, por lo que deberá ser referida al especialista para que sea atendida según normativa.

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

Tabla N° 3: Práctica que realiza el personal de salud en Primera Atención prenatal.

Personal de salud	N° de embarazadas	Actividades realizadas	%	Actividades no realizadas	%	Total
Lic. Enfermería	1	20	95%	1	5%	100%
Médico en servicio social	3	21	95%	1	5%	100%
Médico interno	1	16	72%	6	28%	100%

Fuente: Anexo 4, tabla N° 4.

EVALUACIÓN

Incompleta	No	0-4
Completa	Si	18-22

MINSA-NORMATIVA-011, (2015) clasifica la práctica del personal de salud como completa e incompleta tomando en cuenta esto se realizó una guía de observación con los 22 requisitos con los que cuenta la primera atención prenatal.

Licenciada en enfermería y Médico en servicio social obtienen un 95% del cumplimiento de las actividades de primera atención prenatal, Lic. En enfermería tiene sus principales debilidades en el llenado completo de HCP en datos generales de la paciente. Médico en servicio social no realiza examen de mamas a las pacientes, a pesar de las debilidades que estos poseen realizan una atención completa. Es importante que el personal de salud realice llenado completo

principalmente los datos de la paciente estos tienen que ser claros y completos como dirección exacta, nombre completo y número de celular ya que si esta no asiste a sus APN se podrá buscar más fácilmente.

Médico interno realiza una atención incompleta obteniendo un 72% de las actividades requeridas en esta atención; teniendo sus principales deficiencias en: indagar sobre factores sociales, examen odontológico y de mama, signos vitales completos, consejería sobre signos y síntomas de preeclampsia, clasificación de riesgo obstétrico y consejería sobre lactancia materna.

La toma de signos vitales completos es de gran importancia para ver el estado general de la paciente. M.I solo tomaba PA y T° el resto de signos no los tomaba aunque si los reflejaba en la nota.

Realizar todas las actividades es de gran importancia para el bienestar de la madre y del feto. Si estos factores de riesgo no son identificados en las embarazadas van a afectarla tanto físico como psicológicamente, es importante que el personal de salud cumpla con todos los requisitos de cada atención prenatal para que las pacientes estén informadas sobre su condición actual, darles a conocer lo que está bien dentro de su embarazo para que puedan detectar factores de riesgo fácilmente.

Segunda Atención Prenatal.

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

Se debe actualizar el Formulario de Clasificación del Riesgo.

Interrogatorio:

- Preguntar sobre signos, síntomas o situaciones particulares que se han presentado desde la primera atención prenatal relacionados o no con la Historia Clínica Perinatal (HCP).
- Preguntar acerca de la fecha en que la madre tuvo el primer reconocimiento de los movimientos fetales para registrarlo en el expediente clínico.

- Indagar acerca del cumplimiento de todas las indicaciones de la primera atención, la ingesta de otros medicamentos, diferentes al hierro y ácido fólico.
- Interpretar y dar a conocer a embarazada los resultados de exámenes prescritos en la primera atención prenatal.

Conducta según evidencia en 2da. Atención prenatal.

Factores de riesgo en embarazo actual.

Evidencias	Conducta a Seguir	Refiera a
Ausencia de signos y síntomas De peligro.	Atención de bajo riesgo	
Si no se perciben movimientos ni latidos fetales. Salida de líquido o sangrado.	Referencia	Especialista
Si se dispone de Doppler manual confirmar su auscultación con este medio, de no escucharlos referir a hospitalización. Si tiene actividad uterina.	Referencia	Hospitalización

Fuente: (MINSA normativa 011, 2015)

Tabla N° 4: Práctica que realiza el personal de salud en segunda atención prenatal en puesto de salud Las Marías.

Personal de salud	N° de embarazadas	Porcentaje de actividades realizadas	Porcentaje de actividades no realizadas	Total
Lic. Enfermería	3	100%	-	100%
Médico en servicio social	4	100%	-	100%
Médico interno	2	91.6%	8.4%	100%

Fuente: Anexo 4, tabla N° 5.

EVALUACIÓN

Incompleta	NO	0- 4
Completa	SI	20-24

Tomando en cuenta lo observado en la práctica que realizó el personal de salud al atender embarazadas según las 24 actividades básicas que se deben de hacer en la segunda atención prenatal se obtuvo un porcentaje de 98.5% calificando la atención como completa y mejor que la que se realizó en primer APN obteniendo un 1.5% de deficiencia.

Nota: Los exámenes de laboratorio se envían en primer y tercer APN, pero en cada atención se le envía EGO de control, aunque la normativa 011 indica que hay que realizar cinta de uroanálisis no se realiza por falta de condiciones de la unidad de salud (no hay servicios higiénicos). Se refiere a una paciente a segundo nivel de

atención por infección de vías urinarias a repetición se trató según normativas con esquema para tratamiento de IVU en embarazadas. Es importante realizar cada una de las actividades en cada atención prenatal para identificar posibles complicaciones durante el embarazo. Se observó la eficacia y eficiencia con la que actuó el personal de salud al identificar factores de riesgo en la paciente haciendo referencia oportuna a un mayor nivel de resolución.

Actividades de la 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 pródromos del trabajo de parto normal o de un parto pre término, y la asociación de éste último con alta mortalidad perinatal, que hacer en caso de pérdida de líquido amniótico, dolor abdominal, sangrado vaginal.

Interrogatorio:

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

Identifique factores de riesgo del embarazo actual.

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

Factores de riesgo del embarazo actual.

Signos de peligro	Conducta a	Refiera a:
<p>Trabajo de parto en curso menor de 37 semanas.</p> <p>Disminución o ausencia de movimientos fetales.</p> <p>Hemorragia vaginal.</p> <p>Ruptura prematura de membranas.</p> <p>Convulsiones-visión borrosa-pérdida de conciencia-cefalea intensa, cambios en la frecuencia cardiaca fetal, hinchazón en manos-cara-piernas.</p>	Referencia	Especialista
<p>Embarazo mayor de 41 semanas.</p> <p>Trabajo de parto prematuro.</p> <p>Ruptura Prematura de Membranas.</p>	Referencia	Especialista

Fuente: (MINSA normativa 011, 2015)

Tabla N°5: Práctica que realiza el personal de salud en tercera atención prenatal en puesto de salud Las Marías.

Personal de salud	N° de embarazadas	Porcentaje de actividades realizadas	Porcentaje de actividades no realizadas	Total
Lic. Enfermería	4	100%	-	100%
Médico en servicio social	6	100%	-	100%
Médico interno	NO SE OBSERVÓ REALIZANDO TERCER APN			

Fuente: Anexo 4, tabla N° 6.

EVALUACIÓN

Incompleta	No	0-4
Completa	Si	18-22

Según lo observado en base a los datos obtenidos, se realizó una práctica completa obteniendo el 100% de las actividades equivalentes a los 22 ítems con los que se debe de cumplir en el tercer APN.

Se realiza referencia oportuna a paciente por IVU y vaginosis a repetición por lo que se observó la excelente labor que se realiza al trabajar en conjunto para el bienestar de las pacientes por lo que se felicita al médico y enfermera por su excelente labor y desempeño en comparación con las atenciones anteriores. El médico interno no realizó tercer APN durante el tiempo de estudio.

Actividades de la cuarta Atención Prenatal.

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

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

Interrogatorio:

- Preguntar sobre signos, síntomas o situaciones particulares que 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.

Tabla N° 6: Práctica que realiza el personal de salud en cuarta Atención Prenatal en puesto de salud Las Marías.

Personal de salud	N° de embarazadas	Porcentaje de actividades realizadas	Porcentaje de actividades no realizadas	Total
Lic. Enfermería	3	100%	-	100%
Médico en servicio social	3	100%	-	100%
Médico interno	1	100%	-	100%

Fuente: Anexo 4, tabla N° 7.

EVALUACIÓN

Incompleta	No	0-4
Completa	Si	18-22

Se observó que la práctica del personal que labora en el puesto de salud las marías en cuarto APN es completa obteniendo un 100% de las actividades que corresponden. Se realizó referencia de forma oportuna a clínica materna a paciente que tenía 40 semanas de gestación sin haber iniciado trabajo de parto, por lo que se observó que los médicos y la enfermera tienen dominio de las normativas de nuestro país por lo que se elogia al personal de esta unidad por realizar una excelente labor.

VI. Conclusiones

- 1.** Respecto a la caracterización socio laboral, el personal que labora en el puesto de salud Las Marías comprende las edades de 23 a 47 años, siendo su experiencia laboral de 1 a 24 años, la edad y la experiencia laboral son un complemento para brindar una buena atención.
- 2.** De acuerdo al conocimiento del personal de salud, no todos dominan la teoría, pero tampoco la desconocen, se realizó una evaluación donde se obtuvo como resultado que el médico en servicio social y la Lic. En enfermería poseen conocimientos buenos en cambio el médico interno tiene dificultad en las respuestas sobre el tema.
- 3.** Los recursos en salud que atienden embarazadas tienen una actitud adecuada durante las consultas prenatales a través de una guía de observación se identificó que el médico en servicio social y la Lic. En enfermería tienen una actitud positiva en cambio el médico interno tiene una actitud neutral hacia las pacientes.
- 4.** La población en estudio realizan las actividades prácticas que corresponden en cada atención prenatal en su mayoría, al atender embarazadas de bajo riesgo, Calificándose las mismas como atención completa.

VII. Bibliografía

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

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

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

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

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

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

Brian.,Hayner.,Lester Ungwell. Epidemiología Clínica una Ciencia Básica para la Medicina Clínica. España.

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

Diaz-Barriga. (20 de enero de 1993). Google. Recuperado el 14 de mayo de 2017, de http://www.quadernsdigitals.net/datos/hemeroteca/r_1/nr_802/a_10801/10801.html

Fernandez, S. (2010). metodología de la investigación 5ta edición. Mexico: Sponsor.

Fuentes, E. (30 de Mayo de 2010). Google. Obtenido de <http://definicion.de/experiencia/>

Gardey, J. P. (15 de Febrero de 1991). Google. Obtenido de <https://es.wikipedia.org/wiki/Actitud>

Gardey, J. P. (30 de Enero de 2010). Google. Recuperado el 14 de Mayo de 2017, de (<http://definicion.de/practica/>)

Gardey, Julian Pèrez Porta y Ana. (20 de Febrero de 2009). Wikipedia. Recuperado el 23 de Mayo de 2017, de <http://definicion.de/edad//>

Gil.,P.((2003).Medicina PreventivaySalud Pública(10ma ed.).México: MASSON,S.A.

Gómez, R. (20 de Junio de 2000). Google. Obtenido de <https://books.google.es/books?id=D5eUHcZLjPoC&printsec=frontcover&dq=médico&source=bl&ots=SkNNVDj12d&sig=h0S-Ay3AyJj0KIKabdIJ0qplCRI&hl=es&sa=X&ei=rE>

Greenberg,R. S.(2002).EpidemiologíaMédica.(raed.).México: ElManual Moderno.

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

León.,Gordis.,(2005).Epidemiologia.España.Elsevier.

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

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

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

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

MINSA.(2006).Manual de VigilanciaEpidemiológica. Nicaragua: Dirección deSalud Ambiental yEpidemiologia.

MINSA., O.(2007).Protocolo deAtención deHipertensión Arterial y DiabetesMellitus.Managua: MINSA.

normativa MINSA 011. (2015). Normas y protocolos para la atención de la embarazada, parturienta y púerpera de bajo riesgo. Managua, Nicaragua.

Nicaragua,M.((2007)).ModelodeSaludFamiliar Comunitario(MOSAFC). Managua:MINSA.

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

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

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

Rivera, F. (15 de enero de 2016). Google. Recuperado el 14 de Mayo de 2017, de www.tiposde.org/ser-humano/790_tipo_de_actitudes

Rojas, R. C. (4 de septiembre de 2015). Google. Recuperado el 14 de Mayo de 2017, de <http://www.gestiopolis.com/conocimientos-intuitivo->

Rojas,

Roberto Carlos Zepeda. (4 de Septiembre de 2015). Google. Recuperado el 23 de Mayo de 2017, de <http://www.gestiopolis.com/conocimiento-intuitivo->

Sartorio, L. (2012). Licenciatura en enfermería. Argentina. Obtenido de www.fcs.UNER.edu.ar

S., Moyses.,F.Javier Nieto.(2003) epidemiologia Intermedia Conceptos y Aplicaciones. Cuba. Guía de Santos.

ANEXOS

Anexo N° 1 Instrumentos.

Encuesta



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

ENTREVISTA REALIZADA AL PERSONAL DE SALUD QUE LABORA EN EL PUESTO DE SALUD LAS MARÍAS, 2017

I- Conocimientos del personal de salud sobre el APN.

1. EDAD:

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

2. Perfil profesional.

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

3. Experiencia Laboral

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

4. Concepto de APN

- A) Conjunto de actividades que se realizan en embarazadas con emergencias obstétricas.
- B) Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados al manejo del tercer periodo del parto.
- C) Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la prevención DX y TTO de los factores que pueden ocasionar morbimortalidad materna y perinatal.

5. Requisitos básicos de APN

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

6. Clasificación de riesgos en APN.

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

7. Número de actividades de APN de bajo riesgo:

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

8. Número de actividades en APN de ARO.

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

9. Nueva clasificación de riesgo para desarrollar SHG.

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

10. Tratamiento preventivo profiláctico según clasificación del riesgo para desarrollar SHG.

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

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

Anexo N° 2. Guía de observación: Actitud del personal de salud que realiza APN.

GUIA DE OBSERVACION DIRIGIDA AL PERSONAL DE SALUD QUE LABORA EN EL PUESTO DE SALUD LAS MARÍAS, 2017.

II- Actitud del personal de salud que realiza APN.

Actitud: Positivo Neutral Negativa

N°	Conducta	SI	NO
1	Saluda y se presenta al paciente por su nombre		
2	Comprueba la identidad del paciente manteniendo una comunicación efectiva.		
3	Explica al paciente sobre su condición, procedimiento a realizar y tratamiento.		
4	Empatía con la usuaria.		
5	Comunicativa con la usuaria		
6	Muestra interés por la situación de salud de la usuaria.		
7	Responde a las inquietudes y necesidades de la usuaria.		
8	Realiza las actividades correspondientes según normativas y clasificación de la usuaria.		
9	Se despide de la usuaria citando las recomendaciones según normas		

	falta de apoyo de su familia o pareja)					
3	Ingreso y seguimiento al censo gerencial de las embarazadas, puérperas y posnatales.					
4	Antecedentes familiares y personales y antecedentes obstétricos.					
5	Medición de la talla.					
6	Medición del peso					
7	Examen odontológico y de mamas.					
8	Edad gestacional					
9	Evaluación del estado nutricional envase al índice de masa corporal e incremento de peso materno.					
10	Determinar esquema vigente de DT.					
11	Determinación de la presión arterial (registro, análisis e interpretación) y restos de signos vitales (FR, FC, T)					

12	Exámenes de laboratorios					
13	Clasificación de ARO.					
14	Consejería en lactancia materna y planificación familiar, cuidados del recién nacido.					
15	Suplemento con sulfato ferroso.					
16	Suplemento con ácido fólico					
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.					
19	Negociar plan de parto.					
20	Referencia a otro nivel de atención o casa materna,					

	consejería de parto asistido o si necesita COE.					
21	Confirmar o descartar alguna ITS y aplicar tratamiento según guía para la atención de ITS, manejo sindrómico N-113, Minsa.					
22	Evaluar la disponibilidad de insumos básicos para la APN Y COE Básico.					
	Total					

Fuente: guía de observación

EVALUACIÓN

Incompleta	No	0-17
Completa	Si	18-22

Segundo APN **EVALUACION:** Completa

Incompleta

Tabla N° 4

N°	ACTIVIDADES DEL 2DO APN						
1	Llenado del expediente clínico, HCP y restos de formulario, historia integral de el/la adolescente y resto de instrumentos de adolescente.						
2	Indagar sobre factores sociales (violencia de cualquier tipo, pobreza, falta de apoyo de su familia o pareja)						
3	Ingreso y seguimiento al censo gerencial de las embarazadas, puérperas y posnatales.						
4	Medición del peso						
5	Edad gestacional						
6	Evaluación del estado nutricional en base al incremento del peso materno.						

7	Determinar esquema vigente de DT					
8	Determinación de la presión arterial (registro, análisis e interpretación) y restos de signos vitales (FR, FC, T)					
9	Exámenes de laboratorios					
10	Medición de la altura uterina					
11	Auscultación de FCF a partir después de las 20 semanas de gestación.					
12	Movimientos fetales después de 18 SG.					
13	Clasificación de ARO.					
14	Consejería en lactancia materna y planificación familiar, cuidados del recién nacido.					
15	Suplementos con Sulfato ferroso.					
16	Suplemento con ácido fólico.					
17	Prevención de la pre-eclampsia y sus complicaciones.					

	Prescribe aspirina y calcio según riesgo para pre-eclampsia.					
18	Prescribe Albendazol: dosis de 400 mg.					
19	Consejería de signos y síntomas de peligro de pre-eclampsia y eclampsia principalmente, como durante el embarazo, parto y puerperio.					
20	Negociar plan de parto.					
21	Referencia a otro nivel de atención o casa materna, consejería de parto asistido o si necesita COE.					
22	Confirmar o descartar alguna ITS y aplicar tratamiento según guía para la atención de ITS, manejo sindrómico N-113, Minsa.					
23	Atención en caso de amenaza de parto pretermino.					
24	Evaluar la disponibilidad de insumos básicos para la APN Y COE Básico.					

Total					
-------	--	--	--	--	--

Incompleta	NO	0- 4
Completa	SI	20-24

Tercer APN **EVALUACION:** Completa Incompleta

N°		SI	%	NO	%	OBSERVACION
	ACTIVIDADES DEL 3ERA APN					
1	Llenado del expediente clínico, HCP y restos de formulario, historia integral de el/la adolescente y resto de instrumentos de adolescente.					
2	Indagar sobre factores sociales (violencia de cualquier tipo, pobreza, falta de apoyo de su familia o pareja)					
3	Ingreso y seguimiento al censo gerencial de las embarazadas, puérperas y posnatales.					
4	Medición del peso.					
5	Edad gestacional					

6	Evaluación del estado nutricional en base al incremento del peso materno.					
7	Determinación de la presión arterial (registro, análisis e interpretación) y restos de signos vitales (FR, FC, T)					
8	Exámenes de laboratorios					
9	Medición de la altura uterina					
10	Auscultación de FCF a partir después de las 20 semanas de gestación.					
11	Movimientos fetales después de 18 SG.					
12	Presentación/situación fetal.					
13	Clasificación de ARO.					
14	Consejería en lactancia materna y planificación familiar, cuidados del recién nacido.					
15	Suplementos con sulfato ferroso					
16	Suplementos con ácido fólico					

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	<p>Consejería de signos y síntomas de peligro de pre-eclampsia y eclampsia principalmente, durante el embarazo, parto y puerperio.</p>					
19	<p>Negociar plan de parto.</p>					
20	<p>Referencia a otro nivel de atención o casa materna, consejería de parto asistido o si necesita COE.</p>					
21	<p>Confirmar o descartar alguna ITS y aplicar tratamiento según guía para la atención de ITS, manejo sintomático N-113, Minsa.</p>					
22	<p>Atención en caso de amenaza de parto prematuro.</p>					
23	<p>Evaluar la disponibilidad de insumos básicos para la APN Y COE Básico.</p>					

Total					
-------	--	--	--	--	--

Incompleta	NO	0-4
Completa	SI	18-22

Cuarto APN **EVALUACION:** Completa Incompleta

N°	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.					
2	Indagar sobre factores sociales (violencia de cualquier tipo, pobreza, falta de apoyo de su familia o pareja)					
3	Ingreso y seguimiento al censo gerencial de las embarazadas, puérperas y posnatales.					
4	Medición del peso					
5	Edad gestacional					

6	Evaluación del estado nutricional en base al incremento del peso materno.					
7	Determinación de la presión arterial (registro, análisis e interpretación) y restos de signos vitales (FR, FC, T)					
8	Exámenes de laboratorios					
9	Medición de la altura uterina					
10	Auscultación de FCF a partir después de las 20 semanas de gestación.					
11	Movimientos fetales después de 18 SG.					
12	Presentación/situación fetal.					
13	Clasificación de ARO.					
14	Consejería en lactancia materna y planificación familiar, cuidados del recién nacido.					
15	Suplementos con sulfato ferroso.					
16	Suplementos con ácido fólico.					
17	Prevención de la pre-eclampsia y sus complicaciones y sus complicaciones.					

	Prescribe aspirina y calcio según riesgo para pre-eclampsia.					
18	Prescribe Albendazol: dosis de 400 mg.					
19	Consejería de signos y síntomas de peligro de pre-eclampsia y eclampsia principalmente, como durante el embarazo, parto y puerperio.					
20	Negociar plan de parto.					
21	Referencia a otro nivel de atención o casa materna, consejería de parto asistido o si presente una COE.					
22	Confirmar o descartar alguna ITS y aplicar tratamiento según guía para la atención de ITS, manejo sintomático N-113, Minsa.					
23	Evaluar la disponibilidad de insumos básicos para la APN Y COE Básico.					
	Total					

Incompleta	NO	0-4
Completa	SI	18-22

Anexo N° 4: Tablas de distribución de frecuencia.

Tabla N° 1: caracterización sociolaboral del personal que atiende embarazadas en puesto de salud Las Marías.

Perfil profesional	Médico en servicio social	Lic. enfermería	Médico interno	Enfermero MOSAFC
Edad	27	47	23	25
Experiencia laboral en años	2	24	1	2

Fuente: encuesta

Tabla N° 2: Conocimiento del personal de salud sobre APN en el Puesto de salud Las Marías.

	Médico en servicio social	Lic. Enfermería	Médico interno
Concepto de APN	Bueno	Bueno	Bueno
Requisitos de APN.	Bueno	Bueno	Bueno
Clasificación de riesgo de ARO.	Bueno	Bueno	Malo
Número de actividades de APN.	Bueno	Bueno	Bueno

Nueva clasificación de riesgo para desarrollar SHG.	Bueno	Bueno	Malo
Tratamiento preventivo profiláctico según el riesgo para desarrollar SHG.	Bueno	Bueno	Malo
Número de actividades de APN en ARO.	Bueno	Bueno	Bueno

Fuente: encuesta.

II- Actitud del personal de salud que realiza APN.

Actitud: Positivo Neutral Negativa

Tabla N° 3

Guía de observación dirigida al personal de salud que labora en el Puesto de salud Las Marías, 2017.

N°	Conducta	Si	No
1	Saluda y se presenta al paciente por su nombre	2	1
2	Comprueba la identidad del paciente manteniendo una comunicación efectiva.	2	1
3	Explica al paciente sobre su condición, procedimiento a realizar y tratamiento.	3	
4	Empatía con la usuaria.	2	1
5	Comunicativa con la usuaria	2	1
6	Muestra interés por la situación de salud de la usuaria.	3	
7	Responde a las inquietudes y necesidades de la usuaria.	3	
8	Realiza las actividades correspondientes según normativas y clasificación de la usuaria.	3	
9	Se despide de la usuaria citando las recomendaciones según normas	3	

Fuente: Guía de observación.

	falta de apoyo de su familia o pareja)					
3	Ingreso y seguimiento al censo gerencial de las embarazadas, puérperas y posnatales.	5	100%	-	-	
4	Antecedentes familiares y personales y antecedentes obstétricos.	5	100%	-	-	
5	Medición de la talla.	5	100%	-	-	
6	Medición del peso	5	100%	-	-	
7	Examen odontológico y de mamas.	1	20%	4	80%	
8	Edad gestacional	5	100%	-	-	
9	Evaluación del estado nutricional envase al índice de masa corporal e incremento de peso materno.	5	100%			
10	Determinar esquema vigente de DT.	5	100%	-	-	
11	Determinación de la presión arterial (registro, análisis e interpretación) y restos de signos vitales (FR, FC, T)	4	80%	1	20%	

12	Exámenes de laboratorios	5	100%	-	-	
13	Clasificación de ARO.	4	80%	1	20%	
14	Consejería en lactancia materna y planificación familiar, cuidados del recién nacido.	4	80%	1	20%	
15	Suplemento con sulfato ferroso.	5	100%	-	-	
16	Suplemento con ácido fólico	5	100%	-	-	
17	Prevención de la pre-eclampsia y sus complicaciones. Prescribe aspirina y calcio según riesgo para pre-eclampsia.	-	100%	-	-	No se realiza a las pacientes por que no presentan ninguna complicación según clasificación de alto riesgo obstétrico.
18	Consejería de signos y síntomas de peligro de pre-eclampsia y eclampsia principalmente, como durante el embarazo, parto y puerperio.	4	80%	1	20%	
19	Negociar plan de parto.	5	100%	-	-	
20	Referencia a otro nivel de atención o casa materna, consejería de parto	-	100%	-	-	No se realiza a las pacientes por que no presentan ninguna

	asistido o si necesita COE.					complicación según clasificación de alto riesgo obstétrico.
21	Confirmar o descartar alguna ITS y aplicar tratamiento según guía para la atención de ITS, manejo sindrómico N-113, Minsa.	5	100%	-	-	
22	Evaluar la disponibilidad de insumos básicos para la APN Y COE Básico.	5	100%	-	-	
	Total		81.8%		18.2%	

Fuente: guía de observación

EVALUACIÓN

Incompleta	No	0-17
Completa	Si	18-22

Segundo APN **EVALUACION:** Completa

Incompleta

Tabla N° 5

N°	ACTIVIDADES DEL 2DO APN	SI	%	NO	%	OBSERVACIÓN
1	Llenado del expediente clínico, HCP y restos de formulario, historia integral de el/la adolescente y resto de instrumentos de adolescente.	9	100%	-	-	
2	Indagar sobre factores sociales (violencia de cualquier tipo, pobreza, falta de apoyo de su familia o pareja)	7	77.8%%	2	22.2%	
3	Ingreso y seguimiento al censo gerencial de las embarazadas, puérperas y posnatales.	9	100%	-	-	
4	Medición del peso	9	100%	-	-	
5	Edad gestacional	9	100%	-	-	
6	Evaluación del estado nutricional envase al incremento del peso materno.	9	100%	-	-	

7	Determinar esquema vigente de DT	-	100%	-	-	Se aplica DT en primer APN
8	Determinación de la presión arterial (registro, análisis e interpretación) y restos de signos vitales (FR, FC, T)	9	100%	-	-	
9	Exámenes de laboratorios	-	100%	-	-	Se realiza en primer y tercer APN, según norma se debe de realizar cinta de uroanálisis por cada APN, por condiciones del puesto de salud se envía EGO de control en cada APN.
10	Medición de la altura uterina	9	100%	-	-	
11	Auscultación de FCF a partir después de las 20 semanas de gestación.	-	100%	-	-	No se realiza en una embarazada por tener menos de 20 SG.
12	Movimientos fetales después de 18 SG.	9	100%	-	-	
13	Clasificación de ARO.	9	100%	-	-	

14	Consejería en lactancia materna y planificación familiar, cuidados del recién nacido.	7	77.8%	2	22.2%	
15	Suplementos con Sulfato ferroso.	9	100%	-	-	
16	Suplemento con ácido fólico.	9	100%	-	-	
17	Prevención de la pre-eclampsia y sus complicaciones. Prescribe aspirina y calcio según riesgo para pre-eclampsia.	-	100%	-	-	No se realiza a las pacientes por que no presentan ninguna complicación según clasificación de alto riesgo obstétrico.
18	Prescribe Albendazol: dosis de 400 mg.	9	100%	-	-	
19	Consejería de signos y síntomas de peligro de pre-eclampsia y eclampsia principalmente, como durante el embarazo, parto y puerperio.	9	100%	-	-	
20	Negociar plan de parto.	-	100%	-	-	Se realizó en primer APN.

21	Referencia a otro nivel de atención o casa materna, consejería de parto asistido o si necesita COE.	-	100%	-	-	Se refiere segundo nivel de atención a pte gestante por IVU a repetición.
22	Confirmar o descartar alguna ITS y aplicar tratamiento según guía para la atención de ITS, manejo sindrómico N-113, Minsa.	9	100%	-	-	
23	Atención en caso de amenaza de parto pretermino.	-	100%	-	-	No se realiza a las pacientes por que no presentan ninguna complicación según clasificación de alto riesgo obstétrico.
24	Evaluar la disponibilidad de insumos básicos para la APN Y COE Básico.	9	100%	-	-	
	Total		94%		6%	

Fuente: guía de observación

Incompleta	NO	0- 4
Completa	SI	20-24

Tercer APN **EVALUACION:** Completa

Incompleta

Tabla N° 6

N°	ACTIVIDADES DEL 3ERA 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.	10	100%	-	-	
2	Indagar sobre factores sociales (violencia de cualquier tipo, pobreza, falta de apoyo de su familia o pareja)	10	100%	-	-	
3	Ingreso y seguimiento al censo gerencial de las embarazadas, puérperas y posnatales.	10	100%	-	-	
4	Medición del peso.	10	100%	-	-	
5	Edad gestacional	10	100%	--	-	
6	Evaluación del estado nutricional en base al incremento del peso materno.	10	100%	-	-	
7	Determinación de la presión arterial (registro, análisis e interpretación) y restos de signos vitales (FR, FC, T)	10	100%	-	-	

8	Exámenes de laboratorios	10	100%	-	-	
9	Medición de la altura uterina	10	100%	-	-	
10	Auscultación de FCF a partir después de las 20 semanas de gestación.	10	100%	-	-	
11	Movimientos fetales después de 18 SG.	10	100%	-	-	
12	Presentación/situación fetal.	10	100%	-	-	
13	Clasificación de ARO.	10	100%	-	-	
14	Consejería en lactancia materna y planificación familiar, cuidados del recién nacido.	10	100%			
15	Suplementos con sulfato ferroso	10	100%			
16	Suplementos con ácido fólico	10	100%			
17	Prevención de la pre-eclampsia y sus complicaciones y sus complicaciones. Prescribe aspirina y calcio según riesgo para pre-eclampsia.	-	100%	-	-	No se realizó al ser las atenciones observadas de bajo riesgo.
18	Consejería de signos y síntomas de peligro de pre-eclampsia y eclampsia principalmente, durante el embarazo, parto y puerperio.	10	100%	-	-	

19	Negociar plan de parto.	-	100%	-	-	Se realiza en primer APN
20	Referencia a otro nivel de atención o casa materna, consejería de parto asistido o si necesita COE.	-	100%	-	-	Se refirió a una pte gestante por IVU y vaginosis a repetición.
21	Confirmar o descartar alguna ITS y aplicar tratamiento según guía para la atención de ITS, manejo sintromico N-113, Minsa.	10	100%	-	-	
22	Atención en caso de amenaza de parto prematuro.	-	100%	-	-	No se realiza
23	Evaluar la disponibilidad de insumos básicos para la APN Y COE Básico.	10	100%	-	-	
	Total	-	100%	-	-	

Fuente: guía de observación

Incompleta	NO	0-4
Completa	SI	18-22

Cuarto APNEVALUACION: Completa

Incompleta

Tabla N° 7

N°	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.	7	100%	-	-	
2	Indagar sobre factores sociales (violencia de cualquier tipo, pobreza, falta de apoyo de su familia o pareja)	7	100%	-	-	
3	Ingreso y seguimiento al censo gerencial de las embarazadas, puérperas y posnatales.	7	100%	-	-	
4	Medición del peso	7	100%	-	-	
5	Edad gestacional	7	100%	-	-	
6	Evaluación del estado nutricional en base al incremento del peso materno.	7	100%	-	-	
7	Determinación de la presión arterial (registro, análisis e interpretación) y restos de signos vitales (FR, FC, T)	7	100%	-	-	
8	Exámenes de laboratorios	7	100%	-	-	

9	Medición de la altura uterina	7	100%	-	-	
10	Auscultación de FCF a partir después de las 20 semanas de gestación.	7	100%	-	-	
11	Movimientos fetales después de 18 SG.	7	100%	-	-	
12	Presentación/situación fetal.	7	100%	-	-	
13	Clasificación de ARO.	7	100%	-	-	
14	Consejería en lactancia materna y planificación familiar, cuidados del recién nacido.	7	100%	-	-	
15	Suplementos con sulfato ferroso.	7	100%	-	-	
16	Suplementos con ácido fólico.	7	100%	-	-	
17	Prevención de la pre-eclampsia y sus complicaciones y sus complicaciones. Prescribe aspirina y calcio según riesgo para pre-eclampsia.	-	100%	-	-	No se realiza siendo las atenciones prenatales en observación de bajo riesgo.
18	Prescribe Albendazol: dosis de 400 mg.	7	100%	-	-	
19	Consejería de signos y síntomas de peligro de pre-eclampsia y eclampsia principalmente, como	7	100%	-	-	

	durante el embarazo, parto y puerperio.					
20	Negociar plan de parto.	7	100%	-	-	
21	Referencia a otro nivel de atención o casa materna, consejería de parto asistido o si presente una COE.	-	100%	-	-	Se refirió a 1 pte gestante haber cumplido 40 SG y no haber iniciado TDP.
22	Confirmar o descartar alguna ITS y aplicar tratamiento según guía para la atención de ITS, manejo sintomático N-113, Minsa.	7	100%	-	-	
23	Evaluar la disponibilidad de insumos básicos para la APN Y COE Básico.	7	100%	-	-	
	Total		100%			

Fuente: guía de observación

Incompleta	NO	0-4
Completa	SI	18-22

Anexo N° 5: Puesto de salud Las Marías.



Anexo 6: Formulario de Clasificación del Riesgo

Criterios para Clasificar el Riesgo en la Atención Prenatal

Nombres y Apellidos: _____ Número de Expediente
 Clínico: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____

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

		1er APN		2º APN		3er APN		4º APN	
		N o	Si	N o	Si	N o	Si	N o	Si
Antecedentes Obstétricos									
1	Muerte fetal o muerte neonatal previas (28 SG – 7 días de vida)								
2	Antecedentes de 3 o más abortos espontáneos consecutivos								
3	Peso al nacer del último bebé menor de 2500 g								
4	Peso al nacer del último bebé mayor de 4500 g								
5	¿Estuvo internada por hipertensión arterial o pre eclampsia / eclampsia en el último embarazo?								
6	Cirugías previas en el tracto reproductivo (miomectomía, resección del tabique, conización, cesárea clásica, cerclaje cervical)/ Cesárea previa referir a las 36 SG								
Embarazo Actual		N o	Si	N o	Si	N o	Si	N o	Si
7	Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple								
8	Menos de 20 años de edad								
9	Más de 35 años de edad								
10	Isoinmunización Rh Negativa en el embarazo actual o en embarazos anteriores (Realizar Coombs en II y III trimestre)								
11	Sangrado vaginal								
12	Masa pélvica								
13	Presión Arterial Diastólica de 90 mm Hg o más durante el registro de datos								
Historia Clínica General		N o	Si	N o	Si	N o	Si	N o	Si

1 4	Diabetes mellitus insulino dependiente							
1 5	Nefropatía							
1 6	Cardiopatía							
1 7	Consumo de drogas (incluido el consumo excesivo de alcohol)							
1 8	Cualquier enfermedad o afección médica severa. Por favor, especifique _____ _____ _____							

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

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

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

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

Anexo N° 8: Incremento de peso materno.

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

Fuente: (MINSA normativa 011, 2015)

Anexo N° 9: Peso para la talla según edad gestacional

Peso para la Talla según la Edad Gestacional (Talla en cms)											
Sem	Per cent	140 142	143 145	146 148	149 151	152 154	155 157	158 160	161 163	164 166	167 169
13	10	38.6	40.0	41.3	42.8	42.8	42.2	45.6	47.2	49.0	52.2
	90	51.3	53.1	54.9	57.0	58.8	60.7	62.7	65.1	67.2	69.4
14	10	39.5	40.9	42.3	43.8	45.2	46.7	48.3	50.1	51.8	53.4
	90	52.7	54.5	56.4	58.5	60.3	62.3	64.4	66.8	69.0	71.2
15	10	40.4	41.8	43.3	44.9	46.3	47.8	49.4	51.3	53.0	54.6
	90	53.1	55.0	56.9	59.0	60.8	62.8	64.9	67.4	69.6	71.8
16	10	41.3	42.8	44.2	45.9	47.3	48.9	50.5	52.4	54.1	55.9
	90	53.6	55.5	57.3	59.5	61.4	63.4	65.5	68.0	70.2	72.5
17	10	42.4	43.7	45.2	46.9	48.4	49.9	51.6	53.6	55.3	56.1
	90	54.0	55.9	57.8	60.0	61.9	63.9	66.0	68.5	70.8	73.1
18	10	42.7	44.2	45.7	47.4	48.9	50.5	52.2	54.1	55.9	57.7
	90	54.0	55.9	57.8	60.0	61.9	63.9	66.0	68.5	70.8	73.1
19	10	43.6	45.1	46.1	48.4	49.9	51.6	53.3	55.3	57.1	58.9
	90	54.0	55.9	57.8	60.0	61.6	63.9	66.0	68.5	70.8	73.1
20	10	44.5	46.1	47.6	49.4	51.0	52.6	54.4	56.4	58.3	60.2
	90	51.5	56.4	58.3	60.5	62.4	64.4	66.6	69.1	71.4	73.7
21	10	45.4	47.0	48.6	50.4	52.0	53.7	55.5	57.6	59.5	61.4
	90	54.5	56.4	58.3	60.5	62.4	64.4	66.6	69.1	71.4	73.7
22	10	45.9	47.5	49.1	50.9	52.5	54.2	56.1	58.2	60.1	62.0
	90	54.9	56.9	58.8	61.0	62.9	65.0	67.2	69.7	72.0	74.3
23	10	46.3	47.9	49.6	51.4	53.0	54.8	56.6	58.2	60.7	62.6
	90	54.9	56.9	58.8	61.0	62.9	65.0	67.2	69.7	72.0	74.3
24	10	46.8	43.4	50.1	51.9	53.6	55.3	57.2	59.3	61.3	63.2
	90	55.4	57.3	59.3	61.5	63.4	65.5	67.7	70.3	72.6	74.9
25	10	47.2	48.9	50.5	52.4	54.1	55.8	57.7	59.9	61.9	63.9
	90	55.8	57.8	59.8	62.0	64.0	66.1	68.5	70.8	73.2	75.5
26	10	47.2	48.9	50.5	52.4	54.1	55.8	57.7	59.9	61.9	63.9
	90	56.3	58.3	60.3	62.5	64.5	66.6	68.8	71.4	73.8	76.1
27	10	47.7	49.3	51.0	52.9	54.6	56.4	58.3	60.5	62.5	64.5
	90	56.3	58.3	60.3	62.5	64.5	66.6	68.8	71.4	73.8	76.1
28	10	47.7	49.3	51.0	52.9	54.6	56.4	58.3	60.5	62.5	64.5
	90	56.8	58.8	60.8	63.0	65.0	67.1	69.4	72.0	74.4	76.8
29	10	47.7	49.3	51.0	52.9	54.6	56.4	58.3	60.5	62.5	64.5
	90	56.8	58.8	60.8	63.0	65.0	67.1	69.4	72.0	74.4	76.8
30	10	48.1	49.8	51.5	53.4	55.1	56.9	58.8	61.6	63.1	65.1
	90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4
31	10	48.1	49.8	51.5	53.4	55.1	56.9	58.8	61.1	63.1	65.1
	90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4
32	10	48.6	50.3	52.0	53.9	55.6	57.5	59.4	61.6	63.7	65.7
	90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4
33	10	48.6	50.3	52.0	53.9	55.6	57.5	59.4	61.6	63.7	65.7
	90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4
34	10	48.6	50.3	52.0	53.9	55.6	57.5	59.4	61.6	63.7	65.7
	90	59.9	59.7	61.7	64.0	66.0	68.2	70.5	73.2	75.6	78.0
35	10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	66.3
	90	58.1	60.2	62.2	64.5	66.6	68.7	71.0	73.7	76.2	78.6
36	10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	66.3
	90	58.1	60.2	62.2	64.5	66.6	68.7	71.0	73.7	76.2	78.6
37	10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	66.3
	90	58.6	60.6	62.7	65.0	67.1	69.3	71.6	74.3	76.8	79.2
38	10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	67.1
	90	59.0	61.1	63.2	65.5	67.6	69.8	72.1	74.9	77.3	80.7
39	10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	67.1
	90	59.5	61.6	63.7	66.0	68.1	70.3	72.7	75.5	77.9	81.4

Fuente: (MINSA normativa 011, 2015)

Anexo N° 10: valores máximos y mínimos normales de cinta obstétrica y gestograma.

Información Resumida de la Cinta Obstétrica y Gestograma del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. CLAP OPS/OMS.						
Semanas amenorrea cumplidas	Valores Mínimos y Máximos Normales					Valores Máximos Normales
	Altura Uterina (cms) (*) P10-P90	Ganancia de peso materno (kg) P25-P90	Perimetro Abdominal Fetal por ECO, mm. P5-P95 (G)	Talla Fetal en cms P50 (G)	Peso fetal estimado (Kg)	Contracc. uterinas por hora P90
13	8-12	0.4-3.5				
14	9-14	1.2-4.8				
15	10-15	1.3-4.9	64-113			
16	12-17	1.8-5.1	78-120			
17	13-18	2.4-6.4	94-127			
18	14-19	2.6-7.0	107-139			
19	14-20	2.9-8.1	118-152			
20	15-21	3.2-8.2	128-166	24	0.2-0.6	
21	16-22	4.1-8.6	140-177	26.2	0.24-0.7	
22	17-23	4.4-9.2	153-189	27.9	0.3-0.74	
23	18-23	4.7-10.5	159-199	29.5	0.36-0.8	
24	19-24	5.1-10.8	168-215	31.2	0.4-0.98	
25	20-25	5.6-11.3	179-225	32.8	0.47-1.0	
26	20-26	5.9-11.6	192-235	35	0.56-1.1	1
27	21-27	6.0-11.7	201-247	36	0.6-1.3	3
28	22-27	6.2-11.9	208-261	37	0.7-1.55	5
29	23-28	6.9-12.7	220-277	39	0.8-1.8	7
30	24-29	7.3-13.5	231-287	40.3	1.0-2.0	8
31	24-30	7.6-13.9	244-298	41.6	1.1-2.2	8
32	25-30	7.9-14.5	253-308	43.2	1.3-2.4	8
33	26-31	8.1-14.7	263-319	44.7	1.5-2.6	8
34	26-32	8.2-15.0	272-332	45.8	1.8-2.9	9
35	27-33	8.2-15.4	282-345	46.7	2.0-3.2	9
36	28-33	8.2-15.7	295-356	47.4	2.3-3.5	9
37	29-34	8.2-16.0	305-362	49	2.5-3.7	9
38	30-34	8.2-15.9	314-367	50	2.7-3.8	
39	31-35	8.2-16.0	322-378	50.2	2.8-3.9	
40	31-35	8.2-16.0	330-385	50.2	2.9-4.0	

(*) : Fijar el 0 de la Cinta Obstétrica en el borde superior de la sínfisis púbica, deslizar la cinta entre el dedo índice y medio, hasta alcanzar el fondo uterino con el borde cubital de la mano.

(G) : Información proveniente del Gestograma del CLAP.

Altura Uterina para la Amenorrea:
-Menor que la esperada puede indicar: Menor edad gestacional, retardo en crecimiento fetal, oligoamnios, muerte fetal.
-Mayor que la esperada puede indicar: Mayor edad gestacional, macrosomía, polihidramnios, gemelares, miomatosis.

Presión Arterial Normal: Todo el embarazo, madre sentada, en brazo derecho.
P5-P95 Sistólica: 95-135 mm Hg. **Diastólica:** 55-90 mm Hg
No. de Movimientos Fetales Percibidos por la madre en 2 horas (suma de 4 períodos de 30 min. En 1 día). **Valor Mínimo Normal entre 30-40 sem.:** 10 Movs.



Fuente: (MINSa normativa 011, 2015)

Anexo N° 11: Maniobras de Leopold



Figura 27. Primera maniobra de Leopold.



Figura 28. Segunda maniobra de Leopold.



Figura 29. Tercera maniobra de Leopold.



Figura 30. Cuarta maniobra de Leopold.

Fuente: (MINSA normativa 011, 2015)

