



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

MINISTERIO DE SALUD

Texto de Capacitación Materno-Infantil

Actividades Básicas durante la Atención Prenatal



Agencia de Cooperación
Internacional del Japón

Marzo, 2019



Presentación

Este módulo fue elaborado por el Comité Técnico de Salud Materno-Infantil que se formó en los SILAIS Chontales y Zelaya Central basado en las Normativas Vigentes del MINSA, con el apoyo Técnico y Financiero de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA), con el fin de ser utilizado en las capacitaciones sobre Salud Materno Infantil.

Para elaborar los textos de capacitación se tomó en consideración la “Política Nacional de Salud de Nicaragua”, el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (en adelante MOSAFC), las normas de atención, los resultados de los talleres de análisis de problemas realizados en diferentes municipios y hospitales primarios y las experiencias de otros proyectos de JICA, se diseñó el programa de capacitación de Salud Materno Infantil basado en el concepto de Atención Continua y las Normativas del MINSA. Los textos de capacitación elaborados en cinco temas prioritarios de Salud Materno Infantil, son “I Censo Gerencial”, “II Actividades Básicas durante la Atención Prenatal”, “III Síndrome Hipertensivo Gestacional”, “IV Hemorragia Post-parto”, “V Atención Integral a la Niñez.

Está destinado a las Licenciados/as Enfermeros/as General, Auxiliares en Enfermería, Auxiliar MOSAFC, Escuela Formadora de Auxiliares (MOSAFC) Médico General, Médico Servicio Social, como material de consulta durante las jornadas de trabajo, constituyéndose así en un instrumento para contribuir a mejorar la calidad y calidez de atención en los servicios de salud.

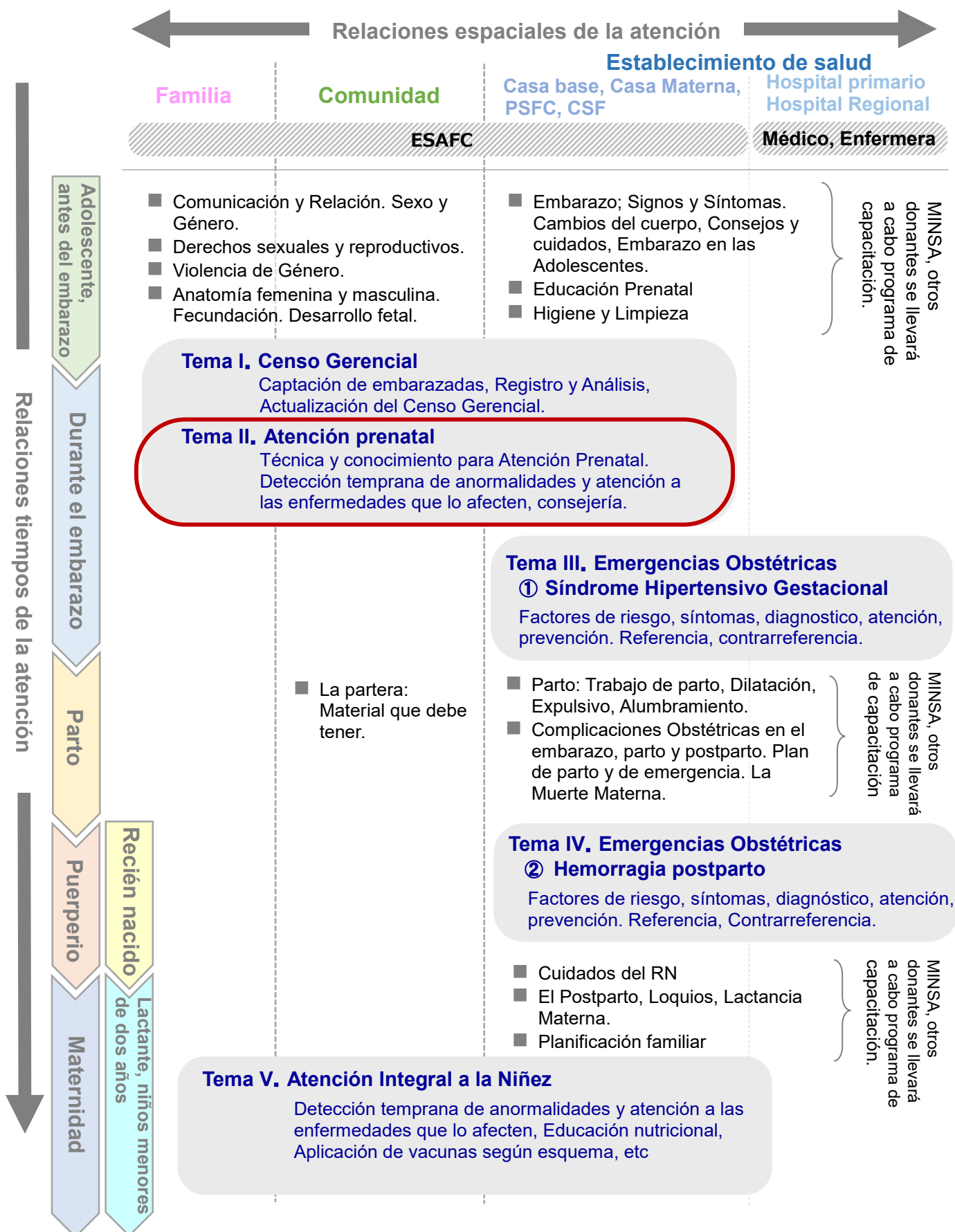
Este documento no sustituye las normas del MINSA, es un material de apoyo para desarrollar procesos de capacitación. Fue elaborado en forma sencilla, concreta, con ilustraciones apropiadas que faciliten su comprensión y aplicación.

Esperamos que sea de utilidad para los participantes de la capacitación, a fin de ofrecer una atención de calidad al niño-niña y madre contribuyendo de esta manera al mejoramiento de la Salud Materno Infantil en el marco del MOSAFC.

A continuación se muestra un esquema del **“Programa de capacitación”** que explica los temas de capacitación de Salud Materno - Infantil basado en el concepto de la atención continua por ciclo de vida de las mujeres y las Normativas del Ministerio de Salud.



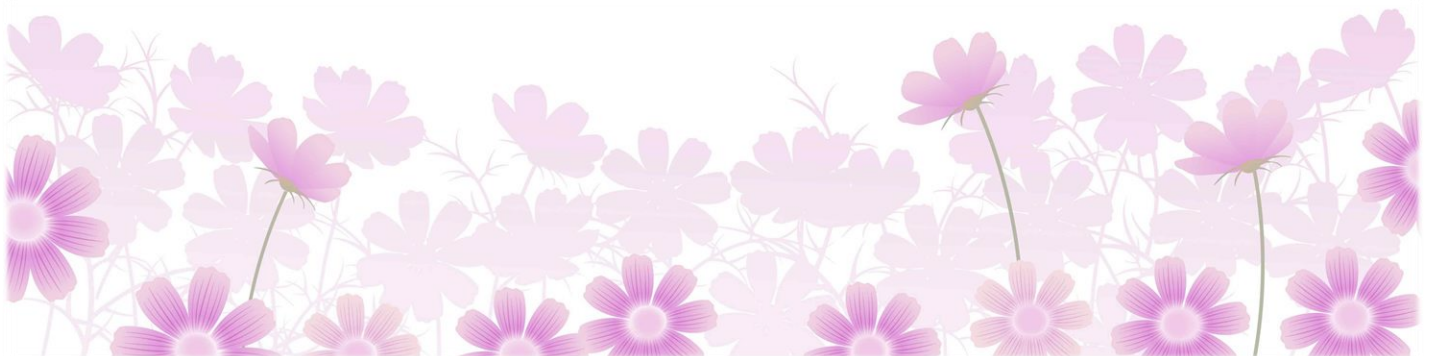
Programa de capacitación en Salud Materno Infantil basado en el concepto de atención continua y las Normativas del MINSA (Tema I - V)



Índice

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Introducción | 1 |
| 1. Antecedentes familiares, personales y antecedentes obstétricos | 5 |
| 1) Conocimientos generales de los factores de riesgo..... | 5 |
| 2. Medición del peso | 13 |
| 1) Técnica para la toma adecuada del peso | 13 |
| 2) Anotación del resultado del peso en Kg | 14 |
| 3. Medición de la talla | 15 |
| 1) Técnica para la toma adecuada de la talla | 15 |
| 2) Anotación del resultado de la talla en cm | 16 |
| 4. Evaluación del estado nutricional en base al índice de masa corporal | 17 |
| 1) Cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC) con peso y talla | 17 |
| 2) Leer Interpretación de la tabla de IMC | 17 |
| 3) Anotación del resultado e interpretación | 18 |
| 4) Comparación del resultado con los datos anteriores | 19 |
| 5) Orientaciones para la mujer embarazada, puérpera y lactante según estado nutricional..... | 20 |
| 5. Determinación de la edad gestacional | 23 |
| 1) Confirmación de Fecha de Última Menstruación (FUM) | 23 |
| 2) Cálculo de Fecha Probable de Parto (FPP) | 23 |
| 3) Confiabilidad de la Edad Gestacional (EG confiable por FUM o Eco <20 s) | 26 |
| 6. Determinación del esquema vigente de dt | 27 |
| 1) Valoración del esquema vigente de dt..... | 27 |
| 7. Examen odontológico y de mamas | 30 |
| 1) Examen odontológico..... | 30 |
| 2) Examen de mamas | 31 |
| 8. Exámenes de laboratorio | 32 |
| 1) Exámenes de laboratorio | 32 |
| 9. Evaluación e interpretación del estado nutricional en base al incremento del peso materno | 40 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1) Valoración del incremento de peso materno..... | 40 |
| 10. Determinación de la presión arterial e interpretación | 46 |
| 1) Técnica para la toma de la Presión Arterial (P/A) | 46 |
| 2) Conducta ante incrementos de Presión Arterial en el APN | 48 |
| 3) Anotación del resultado e interpretación en comparación con datos anteriores..... | 49 |
| 4) Interpretación ante presencia de Proteinuria durante la APN..... | 50 |
| 11. Medición de la altura uterina | 51 |
| 1) Técnica para medir la altura del fondo uterino | 51 |
| 2) Anotación de los resultados e interpretación en comparación a datos anteriores..... | 55 |
| 12. Auscultación de la Frecuencia Cardíaca Fetal a partir de las 20 semanas de gestación | 56 |
| 1) Técnica de las Maniobras de LEOPOLD..... | 56 |
| 2) Técnica de Auscultación de la Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF) | 59 |
| 13. Movimientos fetales después de las 18 semanas de gestación | 64 |
| 1) Movimientos fetales | 65 |
| 14. ANEXOS..... | 67 |



II. Actividades Básica durante la Atención Prenatal

Introducción

■ ¿Qué es la Historia Clínica Perinatal (HCP)?

La **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, el puerperio y el recién nacido hasta el alta.

(Norma-No.106 Manual, para el llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP), página 11)

Es esencial que los datos registrados en la HCP sean completos, válidos, confiables y estandarizados. Este instrumento es de fácil y simplificado manejo para el personal de salud, cuyo registro incluye la hoja y el carné de la HCP.

(Norma-No.106 Manual, para el llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP), página 14)

■ Objetivo General

Brindar al personal de salud un manual orientado al llenado e interpretación correcta de las 12 actividades de la HCP que se le realizan a la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y periodo postnatal para incidir en la reducción de la mortalidad materna y perinatal en el marco del MOSAFC.

■ Objetivos Específicos

1. Disponer de información actualizada, completa, oportuna y aplicable en la planificación de acciones para el abordaje de la embarazada, puérpera y recién nacido/a.
2. Identificar las mujeres con factores de riesgos obstétricos y reproductivos, para la toma de decisiones oportunas.

3. 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.

(Norma-No.106 Manual, para el llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP), página 8)

■ **¿Qué es la Atención Prenatal?**

Atención Prenatal: es una serie de visitas y/o atenciones programadas de la embarazada por el proveedor de salud, donde se brindan cuidados óptimos, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados del recién nacido/a.

(N-011, Normas y Protocolos para el control prenatal, parto, recién nacido (a) y puerperio de bajo riesgo, página 95)

■ **Objetivos**

1. Detección de enfermedades maternas sub-clínicas antes que se manifiesten.
2. La prevención, neutralización, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo.
3. La vigilancia del crecimiento y la vitalidad fetal.
4. La disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
5. La preparación psicológica de la embarazada para el nacimiento del niño/a y referencia a la Casa Materna según edad gestacional y/o factores de riesgo.
6. Brindar contenidos educativos para la salud de la madre, la familia y la crianza del niño/a.

Acrónimos

| | | |
|--------|-------|------------------------------------------------|
| APN | ..... | Atención Prenatal |
| COE | ..... | Complicaciones Obstétricas de Emergencia |
| FPP | ..... | Fecha de probable de parto |
| FUM | ..... | Fecha de última menstruación |
| SG | ..... | Semanas de gestación |
| FCF | ..... | Frecuencia cardiaca fetal |
| Grs | ..... | Gramos |
| HCP | ..... | Historia Clínica Perinatal |
| IMC | ..... | Índice de masa corporal |
| IVU | ..... | Infección de vías urinarias |
| JICA | ..... | Agencia de Cooperación Internacional del Japón |
| KG | ..... | Kilogramos |
| MOSAFC | ..... | Modelo de Salud Familiar y Comunitario |
| MINSA | ..... | Ministerio de Salud |
| PA | ..... | Presión arterial |
| RPR | ..... | Reagina plasmática rápida |
| RN | ..... | Recién Nacido (a) |
| SILAIS | ..... | Sistema Local de Atención Integral en Salud |
| VIH | ..... | Virus de inmunodeficiencia humana |



Llenado Correcto de la Historia Clínica Perinatal (HCP)

1. Antecedentes familiares, personales y antecedentes obstétricos

1) Conocimientos generales de los factores de riesgo

(1) Llenado correcto de los datos

Estos datos se obtienen al momento de la captación. 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 (Ver Anexo No. 1 y No. 2) o por interrogatorio directo al momento del ingreso.

Figura 1

El formulario 'ANTECEDENTES' está dividido en tres secciones principales:

- FAMILIARES:** Incluye preguntas sobre TBC, diabetes, hipertensión, preeclampsia, eclampsia, sífilis, VIH+, y otros antecedentes médicos graves.
- PERSONALES:** Incluye preguntas sobre cirugías, gineco-urinario, infertilidad, cardiopatía, nefropatía, violencia, y VIH+.
- OBSTÉTRICOS:** Incluye gestas previas, abortos (vaginales y nacidos vivos), nacidos vivos (viven, muertos 1º sem, después 1º sem), y el último previo (normal, n/c, <2500g, >4500g, emb. ectópico).

Además, hay secciones para:

- FIN ANTERIOR EMBARAZO:** Fecha (día, mes, año) y duración (< 2 años, > 5 años).
- EMBARAZO PLANEADO:** Sí/No.
- FRACASO METODO ANTICONCEPTIVO:** Usaba (no/barrera/DIU/hormonal/emergencia/natural).

① Antecedentes familiares (Ver Figura 1 y 2)

Se refieren a los parientes cercanos de la embarazada (padres, hermanos, abuelos, hijos, cónyuge). Preguntar: *¿En su familia alguien ha tenido alguna enfermedad...? (mencionar cada una de las enfermedades que apracecen en la HCP)*. Si la respuesta es afirmativa, preguntar *¿Quién?*

NOTA:

realizar la interpretación de factores de riesgos familiares y personales y priorizar en el avalúo de la Nota de Evolución los factores más relevantes asociados a la morbi-mortalidad materna y perinatal.

Ejemplo:

Embarazada de 35 años de edad, originaria del área rural, asiste a su captación de APN, al momento del interrogatorio para el llenado de su HCP, refiere que tiene familiares con HTA (madre), Diabetes (abuela) y antecedentes de Preeclampsia (hermana).

Ejemplo como registrar en el Expediente

Garantizar en este segmento la inclusión de la priorización de factores de riesgo ejemplo: "...Paciente a la cual se le identifican factores de Alto Riesgo para preeclampsia (hermana con antecedente de preeclampsia), Edad mayor de 35 años..."

② Antecedentes personales (Ver Figura 1 y 2)

Propios de la embarazada. Marcar en 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 genito-urinaria no incluye a las cesáreas, pero si incluye las OTB. En cuanto al tema de violencia, se recomienda indagar simultáneamente tanto el antecedente como la presencia o no de indicadores de violencia en el embarazo actual (ver sección de Gestación Actual). Marcar el círculo "Si" o "No" según corresponda.

Ejemplo:

Embarazada de 24 años de edad, originaria del área rural, asiste a su captación de APN, al momento del interrogatorio para el llenado de su HCP, refiere tener antecedentes de Preeclampsia en el último embarazo, asociado a muerte fetal (con peso al nacer menor de 2,500 grs).

Ejemplo como registrar en el expediente

Paciente con antecedentes obstétricos de Preeclampsia en su embarazo anterior, por lo cual se clasifica como Alto Riesgo (ARO).

③ Obstétricos (Ver Figura 1 y 2)

Gestas Previas: Se refiere al número de gestaciones previas, sin incluir el

embarazo actual. Colocar **00** si el embarazo actual es el primero. El número de Gestas debe coincidir con la sumatoria de los Partos (Vaginales + Cesáreas) más Abortos (los embarazos ectópicos son abortos según clasificación de la CIE-10), excepto en el caso de antecedentes de embarazo múltiple. Marcar el círculo "Si" o "No" según corresponda.

Partos/Vaginales–Cesáreas: Se refiere al número de partos. Si corresponde se anotará el número de partos y de ellos preguntar:

¿Cuántos partos fueron vaginales y cuántos fueron por cesárea?

Además, se indagará sobre el peso del recién nacido/a en el último embarazo. Marcar si el peso es menor de 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 antecedente de embarazo múltiple (gemelar) (Si/No) según corresponda.

Abortos: Según la CIE-10, se define el Aborto a la expulsión del producto de la gestación antes de las 22 semanas o con un peso menor a 500 gr y una longitud cefalo-caudal menor a 25 cms. Se registrarán 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 con una **x** el círculo amarillo correspondiente. Si no tiene antecedentes de Aborto, marcar con **00**.

Nacidos/as Vivo/as: Según la CIE-10 se clasificará un recién nacido/a como vivo si muestra cualquier signo de vida después de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo. Se considerarán signos de vida si el RN respira, late su corazón, su cordón pulsa o tiene movimientos apreciables de los músculos voluntarios.

La clasificación de un nacimiento como vivo es independiente de que se haya cortado o no el cordón umbilical o que la placenta permanezca unida o no. Si no tiene antecedentes, marcar con **00**.

Embarazo Ectópico: Se anotará el número correspondiente a los

antecedentes de embarazos producidos fuera del útero en el rectángulo correspondiente.

Nacidos/as Muertos/as: Según la CIE-10 se clasificará un RN como muerto si no evidencia signos de vida luego de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre independientemente de la duración del embarazo.

Viven: Se refiere al número de hijos/as que están vivos/as al momento de la consulta.

Muertos/as 1ra semana: Se refiere a los recién nacidos/as que nacieron vivos/as, pero que murieron dentro del período comprendido entre el nacimiento y hasta el séptimo día (6 días, 23 horas, 59 minutos) y se registrará en el rectángulo amarillo correspondiente. Si los antecedentes de estos fuesen negativos, marcar **0**.

Muertos/as después de la 1ra semana: Se refiere a los recién nacidos/as que nacieron vivos pero que murieron después de la primera semana de vida (7 días o más) hasta 11 meses 29 días, lo que se registrará en el rectángulo correspondiente de color amarillo. Si los antecedentes de estos fuesen negativos, marcar **0**.

Fin Embarazo Anterior: Anotar el mes y el año de finalización del embarazo inmediatamente anterior al actual, ya sea que haya terminado en parto/cesárea o aborto (incluye el ectópico). Marcar **00** si se trata de una **Primigesta**. Marcar con **x** en el círculo amarillo si la finalización del embarazo ocurrió antes de 2 años o mayor a 5 años del inicio del embarazo actual.

Embarazo Planeado: Se refiere al embarazo deseado o que sucede en un momento oportuno cuando se cumplan ambas condiciones se marcará **si**, cuando no se cumpla una de las dos condiciones se marcará **no** (en amarillo).

Puede ayudar para identificar el embarazo no planeado preguntar:
Cuando supo de este embarazo, ¿Quería estar embarazada? ¿Quería esperar más tiempo? O ¿No quería tener (más) hijos?

Fracaso Método Anticonceptivo: Preguntar *Al enterarse de este embarazo: ¿Estaba usando algún método para evitar el embarazo?*

NOTA: Para el llenado correcto de la HCP, los recuadros o rectángulos deben de ser rellenos con letras o números y los círculos marcados con X, según corresponda. Ejemplo en captación de primigesta en el recuadro de Fin de Embarazo Anterior se rellena con 00, ya que no tiene antecedentes de embarazo anterior.

(N-106, Manual para el llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP), página 12)

2) Clasificación de 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:

Aquellas elegibles para recibir el APN de rutina llamado componente básico (“BAJO RIESGO”).

Y aquéllas que necesitan cuidados especiales (“ALTO RIESGO”) determinados por sus condiciones particulares de salud y/o factores de riesgo.

(1) Bajo Riesgo

- Determinado una vez que se aplique el formulario de clasificación de riesgo.
- No requieren otra evaluación o cuidado especial en el momento de la primera visita independientemente de la edad gestacional.
- Máximo 4 atenciones prenatales durante la gestación.
- Se realiza la evaluación de clasificación del riesgo en cada atención prenatal y se decide si continua como bajo riesgo o se refiere a cuidados especiales como alto riesgo, según la aplicación del Formulario de Clasificación de Riesgo en cada APN.

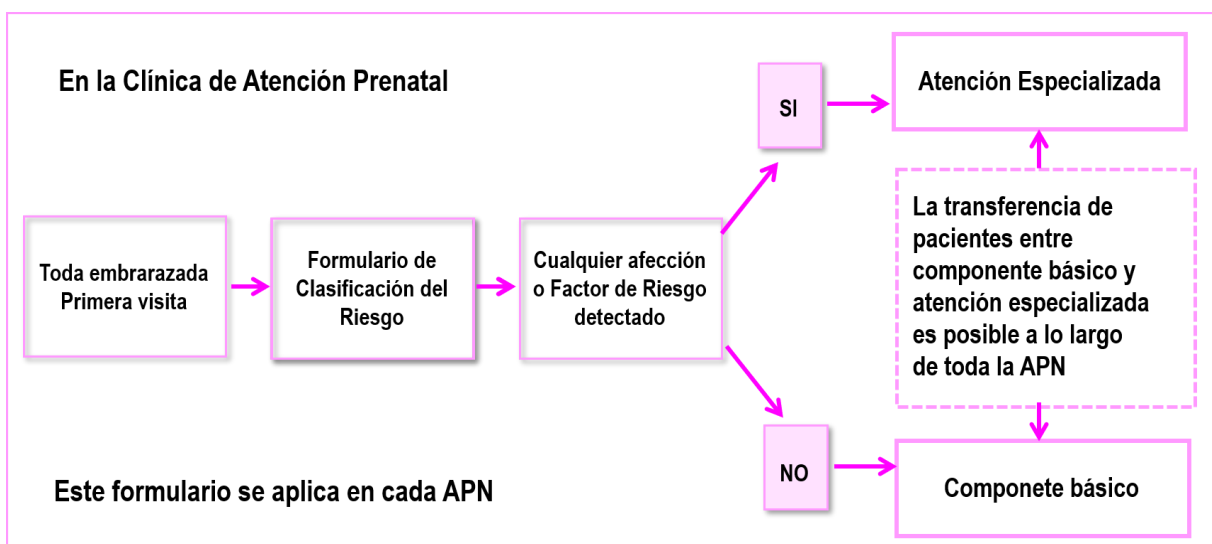
(2) Alto Riesgo

- Se le brindan las acciones del componente básico + los cuidados especiales de acuerdo a los requeridos por la patología materna.
- Las atenciones prenatales en este grupo de riesgo son un máximo de 7 consultas.

- La vigilancia de la comorbilidad es mediante consultas y evaluaciones periódicas sin que estas se consideren atención prenatal (debiendo designarse oportunamente el motivo de consulta si es Atención Prenatal ó Consulta Médica por Patología / Seguimiento de Patologías).
- Es importante mencionar que si por alguna razón la paciente acude a una consulta medica (que no sea APN) y se le encuentre alguna prueba de laboratorio alterada que requiera re-clasificación, se llena la casilla correspondiente de **clasificación del riesgo**, se pasa al grupo de ARO para la siguiente atención prenatal y su seguimiento se cumple de acuerdo a lo establecido (por ejemplo, una curva de tolerancia oral a la glucosa positiva, una prueba de VIH positiva, referencia al especialista, etc).
- No obstante, en cada consulta, se le deben de realizar las actividades que son de realización obligatoria con el fin de que se garantice estabilidad y vigilancia fetal y deben de interrogarse y dejarse establecido en la evaluación médica en el expediente clínico, como los (signos vitales, Frecuencia cardiaca fetal y movimientos fetales, evaluación de datos de alarma, peso y análisis del incremento del mismo).

(N-011, Segunda edición, Normas y Protocolos para La Atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo, páginas 52-53)

Figura 3. **Algoritmo Clasificación de riesgo en la Atención Prenatal**



Para determinar el Nivel de riesgo de la embarazada. Se utilizará el formulario de clasificación de Riesgo (Ver ANEXO No. 3)

- 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**.
- Se clasifica el riesgo y se designa tipo de atención a desarrollarse: **básico** (Este concepto de **básico** equivale a decir **Embarazo de Bajo Riesgo** y **cuidados especiales** es igual a **Embarazo de Alto Riesgo**).

El **formulario** (Ver Anexo No. 3) **debe de aplicarse en cada atención prenatal** y de acuerdo a resultados la paciente puede continuar en **BAJO RIESGO** o progresar a **ALTO RIESGO** (Ver Figura 3).

(N-011, Segunda edición, Normas y Protocolos para La Atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo, página 54-55)



2. Medición del peso

1) Técnica para la toma adecuada del peso

(1) Objetivos

- Evaluar la ganancia de peso normal durante el embarazo.
- Detectar cualquier anomalía que afecte el estado nutricional de la madre y del feto.

(2) Equipo

- Balanza

(3) Procedimientos

- ① Orientar a la mujer embarazada el procedimiento a realizar y cuide el ambiente.
- ② Ajustar la balanza en **“cero”** Si es posible se debe usar siempre la misma balanza.
- ③ Pedir a la mujer embarazada que se quite todo exceso de ropa. Si es posible siempre la misma ropa para pesar.
- ④ Ayudar a la mujer embarazada a subir a la balanza, mirando donde se encuentra la pesa, sin los zapatos.
- ⑤ Solicitar colocar ambas manos a los costados.
- ⑥ Ajustar la pesa en Libras y en onzas (en Kg y en gramos) hasta que el indicador (el fiel) se encuentre en la parte media.
- ⑦ Registrar en la Historia Clínica Perinatal, carné perinatal y expediente clínico los números que indican Libras y los que indican onzas (en Kg y en gramos).
- ⑧ Ayude a bajar a la mujer embarazada.
- ⑨ Regrese la pesa hasta el punto **“Cero”**.
- ⑩ Comparar los datos obtenidos, con los datos de consultas anteriores o con los valores normales correspondientes a la edad.
- ⑪ Explicar a la mujer embarazada los resultados y haga las orientaciones correspondientes.

Recuerde: Existe una relación directa entre la talla y el peso antes del embarazo y el crecimiento del feto. Es muy importante enseñar a la mujer embarazada sobre la buena nutrición durante el embarazo para prevenir complicaciones, la calidad de los alimentos es un factor muy importante para su salud y del niño antes y después del parto.

(Manual de Técnicas sobre Control Prenatal, MSPAS-JICA, Proyecto de Salud Materno Infantil Guatemala 2011, páginas 1-2)

2) Anotación del resultado del peso en Kg

El dato obtenido se registrará en kilogramos.

Ejemplo: Paciente que acude a la consulta de captación para su APN, a las 7 semanas de gestación, que pesó 58.0 kg.

Registrar: Peso anterior 58.0kg y peso actual 58.0kg. (Ver Figura 4)

Figura 4

| GESTACION ACTUAL | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-------------------|-------------|--------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------|--------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------|
| PESO ANTERIOR Kg | | IMC | TALLA (cm) | FUM | EG CONFIABLE por FUM Eco <20 | FUMA ACT. 1º trim | FUMA PAS. 2º trim | DROGAS ALCOHOL 3º trim | VIOLENCIA | ANTIRUBEOLA | ANTITETANICA | EX. NORMAL |
| PESO ANTERIOR | | IMC | TALLA (cm) | FUM | EG CONFIABLE por FUM Eco <20 | FUMA ACT. 1º trim | FUMA PAS. 2º trim | DROGAS ALCOHOL 3º trim | VIOLENCIA | ANTIRUBEOLA | ANTITETANICA | EX. NORMAL |
| DEPVAX | Insp. visual | PAP | COLP | GRUPO Rh | Immuniz | TOXOPLASMOSIS | Hb <20 sem | Fe/FOLATOS | Hb ≥20 sem | VIH - Diag - Tratamiento | SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento | Tto. de la pareja |
| CHAGAS | PALUDISMO/MALARIA | BACTERIURIA | GLUCEMIA EN AYUNAS | ESTREPTOCOCCO B | PREPARACION PARA EL PARTO | CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA | signos de alarma, exámenes, tratamientos | Iniciales personal de salud | próxima cita | | | |
| ATENCIONES PRENATALES | dia mes año | edad gest. | peso (kg) | P A | altura uterina | presen tación | FCF (lpm) | movim. fetales | protei nuria | | | |

Ejemplo como registrar e interpretar en el expediente

Paciente con 7 semanas de gestación y un peso actual de 58.0 kg en su primer APN (no se conoce su peso antes del embarazo). El peso actual servirá como referencia del peso anterior para comparar el incremento de peso materno en sus siguientes atenciones. Se registra el peso en la tarjeta de HCP, se registra e interpreta en el expediente clínico.

3. Medición de la talla

1) Técnica para la toma adecuada de la talla

(1) Objetivos

- Evaluar el estado de la talla.
- Detectar cualquier anomalía que afecte el estado nutricional de la madre y del feto.

(2) Equipo

- Tallímetro

(3) Procedimientos

- ① Orientar a la mujer embarazada lo que va a realizar y cuido el ambiente.
- ② Ayudar a la mujer embarazada a colocarse, parada de espaldas a la barra de medición en posición recta sobre la plataforma de la balanza (tallímetro).
- ③ Pedir juntar los talones, quedando bien apoyados al tallímetro y separe la punta de los pies en un ángulo de 45°.
- ④ Levantar la barra por encima de la cabeza y extienda la barra medidora, luego bájela hasta tocar la parte más alta de la cabeza.
- ⑤ Ayude a bajar a la mujer embarazada y realice la lectura de la talla que marca en el tallímetro.
- ⑥ Registrar en la Historia Clínica Perinatal, carné perinatal y expediente clínico los números que indican el metro y el que indica los centímetros.
- ⑦ Regrese la barra medidora a su posición.
- ⑧ Explicar a la mujer embarazada el resultado y haga las orientaciones correspondientes.

(Manual de Técnicas sobre Control Prenatal, MSPAS-JICA, Proyecto de Salud Materno Infantil Guatemala 2011, páginas 1-2)

2) Anotación del resultado de la talla en cm

El dato obtenido se registrará en centímetros.

Ejemplo: Paciente que midió 146 cm. Anotar: Talla 146 cm. (Ver Figura 5)

Figura 5

The image shows a complex medical form for gestational care. The 'GESTACION ACTUAL' section is at the top. The 'TALLA (cm)' field is highlighted with a red box, and a red arrow points to the value '146' entered in the field. The form includes various clinical indicators, laboratory tests, and treatment options, all organized into a grid with checkboxes and radio buttons.

Ejemplo como registrar e interpretar en el expediente

Paciente con una talla de 146 cm, cumpliendo con los procedimientos normados para su toma. La paciente presenta talla baja, ameritando referencia para valoración del diámetro cefalo pélvico por el especialista entre las 26 y 30 semanas de gestación, para descartar una DCP.



4. Evaluación del estado nutricional en base al índice de masa corporal

1) Cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC) con peso y talla

El dato es útil para evaluar el estado nutricional de la mujer antes del embarazo. La medida más utilizada es el **Índice de Masa Corporal (IMC)** que se calcula dividiendo el peso en kilogramos (Kg) sobre el cuadrado de la talla expresada en metros (m^2) (**IMC = Kg/Talla en m^2**).

Por ejemplo, si la gestante pesa antes del embarazo 60 Kg y tiene una talla de 1.60 m, el cálculo será:

$$\text{Talla en } m^2 = 1.60 \text{ m} \times 1.60 \text{ m} = 2.56$$

$$\text{IMC} = 60 / 2.56 = 23.44 \text{ Kg}/m^2.$$

(N-106, Manual para el llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP), página 19)

2) Leer Interpretación de la tabla de IMC

Ver Tabla No. 1 ¿Cómo es el resultado de IMC =23.44 Kg/m²?

De acuerdo a la Clasificación de la Organización Mundial de Salud (OMS) y el Instituto Médico de Nutrición durante el embarazo (IOM), el incremento de peso debe de clasificarse de acuerdo al IMC. **Formula:**
Peso en Kg/ Talla en m²

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



Tabla No. 1

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

| Peso Pre – Embarazo | IMC (Kg/m ²) | Ganancia de Peso en Libras | Peso recomendado Kg |
|---------------------|--------------------------|----------------------------|---------------------|
| Peso bajo | <18.5 | 28 – 40 | 12.5 – 18 |
| Peso normal | 18.5 - 24.9 | 25 – 35 | 11.5 – 16 |
| Sobrepeso | 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 |

(N-011, Segunda edición, Normas y Protocolos para la Atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo, página 76)

3) Anotación del resultado e interpretación

Ejemplo: IMC = 23.44 pero hay que redondear, anotar **IMC = 23.4** (Ver Figura 6)

Ejemplo de registro en HCP:

Talla 160cm, Peso 60Kg,

IMC 23.4.

Figura 6

Ejemplo como registrar e interpretar en el expediente:

Paciente con IMC: 23.4, se Clasifica como Índice de Masa Corporal normal.

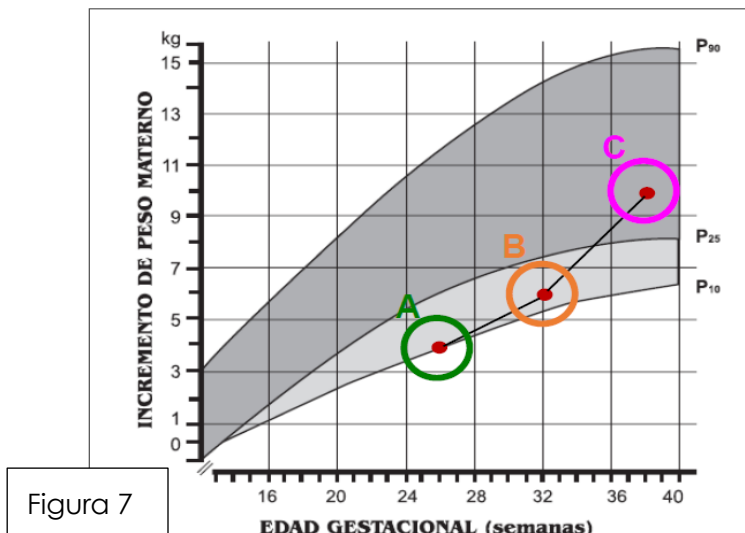
4) Comparación del resultado con los datos anteriores

Peso Anterior

Se refiere al peso habitual de la mujer PREVIO al embarazo actual. **Cuando se desconoce el peso previo y la embarazada es captada en las primeras 12 semanas, se registrará el peso en esa primera atención prenatal como Peso Anterior.** Se recomienda pesar sin zapatos y con lo mínimo de ropa posible o una bata de clínica. Calibrar la pesa al menos cada semana. Cuando el peso anterior es desconocido, estimarlo utilizando la tabla de peso materno para la talla, según edad gestacional diseñada por el CLAP. Preguntar ¿Cuánto pesaba antes de este embarazo? Se registrará el peso expresado en kilogramos.

(N-106, Manual para el llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP), página 19)

Ejemplo (Ver Figura 7): el Peso anterior de la embarazada fue 56 kg. IMC es 23.1 (Captación Precoz), Segundo APN a las 26 SG con un peso de 60 kg (por lo tanto el incremento de peso es de 4 kg entre la captación y la segunda atención prenatal); Tercer APN a las 32 SG con un peso de 62 kg (a los 4 kg incrementados anteriormente se le sumará 2 kg para un total de 6 kg de Incremento de Peso en todo el embarazo). En el Cuarto APN a las 38 SG tuvo un peso de 66 kg (a los 6 kg incrementados anteriormente se le sumara 4 kg para un total de 10 kg de Incremento de Peso (IMC) durante todo el embarazo a partir de las 13 SG basado en el peso de la captación temprana).



A. Segunda atención prenatal a las 26 semanas

B. Tercera atención prenatal a las 32 semanas

C. Cuarta atención prenatal a las 38 semanas

Si comparamos los 10 kg de IPM con respecto a la ganancia de peso recomendada de 11.5-16 kg la paciente tuvo ganancia inadecuada de peso, a pesar de que se encuentra entre el percentil 25-90.

Todos estos datos deben anotarse, graficarse e interpretarse en cada APN; en el expediente clínico y en las graficas correspondientes en la HCP.

5) Orientaciones para la mujer embarazada, puérpera y lactante según estado nutricional

A continuación, se muestra una tabla con ejemplo de alimentación durante el embarazo, puerperio y lactante. Ver Tabla 2.

Tabla 2. **Alimentación Durante el Embarazo, Puerperio y Lactancia**

| Características Alimentación | Recomendaciones para la mujer embarazada puérpera y lactante |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Alimentación variada | Consumir en cada tiempo de comida al menos: <ul style="list-style-type: none"> - Dos alimentos básicos: arroz, frijoles, pastas, papa, tortilla. - Dos alimentos que complementan la energía del alimento básico, como el aceite y el azúcar, pero en pequeñas cantidades. - Dos o más frutas y/o verduras de la estación. - Al menos una vez al día huevo, o un pedazo de queso o cuajada, o un vaso de leche, para complementar la alimentación. - Al menos una vez al día carne de cualquier tipo. |
| Cantidad de alimentos | La mujer durante el embarazo y el puerperio (si está amamantando) debe aumentar entre 360 a 660 kilocalorías al día, distribuidas en los tres tiempos de comida, que equivale a: <ul style="list-style-type: none"> - Una cucharada (de cocinar y servir) más de frijoles y más de arroz o - Dos cucharadas (de cocinar o servir) de gallo pinto o - Una cucharada de frijoles y una tortilla o - Estas mismas cantidades de alimentos, que ella tenga disponibles en el hogar. Merienda los siguientes alimentos: <ul style="list-style-type: none"> - Dos bananos y un mango - 3 guayabas y 2 naranjas - Una taza de tibio de leche con pinol o pinolillo - Una tortilla o güirila con cuajada - Una taza de atol de maíz, millón o arroz - Un vaso de leche agria con una tortilla grande |

| | |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Un pico grande - Un vaso de pinol o pinolillo - Un maduro frito con queso - Una taza de arroz con leche |
| Frecuencia de alimentos | <ul style="list-style-type: none"> - En embarazo: 3 tiempos de comida mas una merienda - En puerperio y lactancia: 3 tiempos de comida mas dos meriendas |

(N-29, Norma y Guía de Alimentación y Nutrición, para embarazadas, puerperio y niñez menor de seis años, página 44)

A continuación, se muestran orientaciones para la alimentación según clasificación del IMC, Ver Tabla 3.

Tabla 3. Orientaciones para la alimentación

| Clasificación | Orientaciones |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| BAJO PESO (IMC < 18.5) ○ MENOR DE 18 AÑOS | <ul style="list-style-type: none"> - Revise las posibilidades de adaptación de estas recomendaciones. - Revise alimentación actual y compare con los tipos de alimentos. - Dé ejemplos de alimentación adecuada según acceso y variedad, que incluya de todos los tipos de alimentos (básicos, de origen animal, frutas, verduras, azúcares y grasas) y que tome suficiente líquidos. - Aconseje el consumo de una mayor cantidad de alimentos básicos como arroz, frijol, tortillas de maíz, pan, pinol, avena, yuca, plátano, malanga, quequisque, etc. Además, consumir más alimentos que dan más energía como aceite (friendo los alimentos), azúcar, aguacate, coco, jaleas, etc. - Mencione qué si es posible coma al menos dos veces por semana huevo, o un pedazo de queso o cuajada, o un vaso de leche para complementar su alimentación. En los lugares donde hay disponibilidad de carne de cualquier tipo, que coma un trozo al menos una vez a la semana. - Aconseje consumir la cantidad extra de alimentos durante las comidas y consumir las meriendas entre comidas. - Recomiende evitar el consumo de café, té, bebidas gaseosas o jugos artificiales azucarados. - Promueva la suplementación con hierro y ácido fólico - Promueva consumo de alimentos fuentes de hierro y calcio. - Recomiende eliminar el consumo de alimentos pocos nutritivos. - Oriente sobre higiene y manipulación de alimentos. - Promueva que asista a sus citas en la unidad de salud |

| | |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Priorizarla para visita domiciliar si hay programa comunitario. - Si existe programa de ayuda alimentaria en la comunidad, refiérala. |
| NORMAL (IMC 18.5 – 24.9) | <ul style="list-style-type: none"> - Felicítela - Aconseje sobre alimentación adecuada adaptada según acceso a los alimentos y deba ser variada que incluya de todos los tipos de alimentos (básicos, de origen animal, frutas, verduras, azúcares y grasas) y que tome suficientes líquidos. - Aconseje consumir la cantidad extra de alimentos durante las comidas y consumir las meriendas entre comidas. - Recomiende evitar el consumo de café, té, bebidas gaseosas o jugos artificiales azucarados. - Promueva la suplementación con hierro y ácido fólico - Promueva consumo de alimentos fuentes de hierro y calcio. - Promueva que asista a sus citas en la unidad de salud. |
| SOBREPESO (IMC 25-29.9) OBESIDAD (IMC>30) | <ul style="list-style-type: none"> - Revise las posibilidades de adaptación de estas recomendaciones. - Revise alimentación actual y compare con los tipos de alimentos. - Explique los problemas que pueda causar el sobrepeso o la obesidad (diabetes gestacional, hipertensión, problemas cardiovasculares, etc.). - Aconseje sobre alimentación adecuada adaptada según acceso a los alimentos y deba ser variada que incluya de todos los tipos de alimentos (básicos, de origen animal, frutas, verduras, azúcares y grasas) y que tome suficientes líquidos. - No es recomendable en este período seguir ningún tipo de dieta para bajar de peso, lo más recomendable es que solo aumente la ingesta de frutas y verduras y alimentos de origen animal como la leche, huevos, queso y carnes. - El inicio del consumo extras de alimentos básicos debe hacerse hasta el 4to mes de embarazo y cuando inicie la lactancia. Además de mantener muy controlado el consumo de azúcares y grasas. - Recomiende evitar el consumo de café, té, bebidas gaseosas o jugos artificiales azucarados. - Promueva la suplementación con hierro y ácido fólico. - Promueva consumo de alimentos fuentes de hierro y de calcio. - Recomiende eliminar el consumo de alimentos pocos nutritivos. |

(N-29, Norma y Guía de Alimentación y Nutrición, para embarazadas, puerperio y niñez menor de seis años, páginas 48-49)

5. Determinación de la edad gestacional

1) Confirmación de Fecha de Última Menstruación (FUM)

FUM es el primer día, mes y año de la última menstruación.

(N-011, Normas y Protocolos para La Atención prenatal, parto, puerperio y recién nacido/a de bajo riesgo, página 131)

2) Calculo de Fecha Probable de Parto (FPP)

Se anotará el día, mes y año en que se cumplirán las 40 semanas de gestación. Para su cálculo, se recomienda usar el Gestograma diseñado por el CLAP o cualquier otro calendario obstétrico. En caso de no contar con un gestograma, se recomienda utilizar la regla de los 280 días, partiendo de la fecha del primer día de la menstruación se contarán 280 días consecutivos sobre un calendario, el día 280 coincidirá con la FPP. Existen fórmulas matemáticas que facilitan el cálculo de la FPP (Regla de Naegele, Pinard, Wahl, etc).

(N-106, Manual para el llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP), página 20)

(1) Regla de Naegele

Al primer día de la última menstruación se le suman 7 días, a los meses se le restan tres meses y al año se le suma 1 año, si los días caen a partir del 01 de abril. (**Ejemplo:** FUM es 18 de febrero de 2018. FPP será 25 de noviembre de 2018.)

Fecha de la última menstruación: día (18), mes de febrero (2)
+ (7) -(3) febrero, enero, diciembre, noviembre
Fecha probable de parto: día (25), mes de noviembre (11)

(2) Uso de Gestograma
 Gestograma (Foto 1)



① Preguntar el día de inicio de la última menstruación haciendo girar el disco amarillo, ubique la flecha roja en el lugar que corresponde a la última menstruación. (Ejemplo: FUM es 18 de febrero 2018, Foto 2)



Foto 2

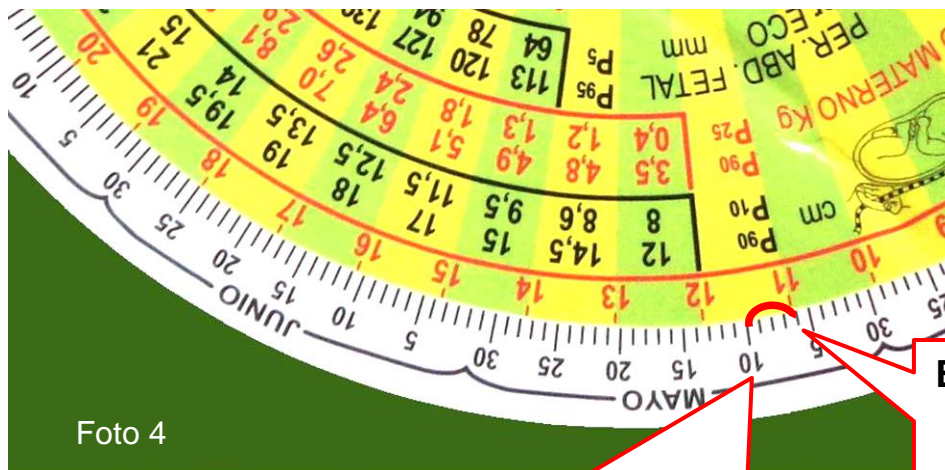
**FUM es
 18 de febrero de 2018**

- ② Mirar la franja donde marca la semana **40** y en la sección blanca le va a indicar la fecha probable de parto. (**Ejemplo:** FPP será 25 de noviembre 2018, Foto 3)

FPP será
25 de noviembre de 2018



- ③ Tendrá fácilmente a la vista la edad del embarazo en semanas, el día que necesite conocerlo. (**Ejemplo:** el día de la visita es 10 de mayo 2018, y la paciente ya tiene 11 semanas y 4 días (11 4/7) de embarazo, Foto 4)



El día 6 de mayo
tiene 11
semanas
exactas

El día de la visita es **10 de Mayo** del 2018,
Con **11** semanas y 4 días de embarazo
(11 4/7 SG)

3) Confiabilidad de la Edad Gestacional (EG confiable por FUM o Eco <20 s)

Aquí se solicita al personal de salud una evaluación subjetiva acerca de la confiabilidad del cálculo de la edad gestacional, ya sea por FUM o por ECO (USG) (SI/NO). Registrar si la edad gestacional es considerado dato confiable a partir del dato de FUM y/o la Ecografía (SI/NO), según corresponda. En caso de no efectuarse ecografía dejar en blanco.

(N-106, Manual para el llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP), página 20)

Las semanas cumplidas desde el primer día de la última menstruación hasta la fecha de la actual consulta.

Ejemplo: Fecha de atención prenatal es **10/05/2018**, Edad gestacional **11 4/7**

(Ver Figura 8)

FUM es 18 /02/2018
FPP es 25 /11/2018

Figura 8

| GESTACION ACTUAL | | PESO ANTERIOR | | IMC | TALLA (cm) | FUM | FPP | EG CONFIABLE por FUM | EG CONFIABLE por Eco <20 s | FUMA ACT. | FUMA PAS. | DROGAS | ALCOHOL | VIOLENCIA | ANTIRUBEOLA | ANTITETANICA | EX. NORMAL | | | | |
|------------------------------|--------|---------------|------------|------------|------------|----------------|----------------|----------------------|----------------------------|-----------------|--------------|------------------------------------------|----------------------|-----------|-------------|-----------------------------|----------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------|--|
| | | | | | 1 | 18 / 02 / 2018 | 25 / 11 / 2018 | no | si | 1° trim | 2° trim | 3° trim | | | previa | no sabe | ODONT. | MAMAS | | | |
| CERVIX | normal | anormal | no se hizo | GRUPO | Rh | Imuniz | TOXOPLASMOSIS | <20sem IgG | ≥20sem IgG | 1° consulta IgM | Hb <20 sem | g ¹ | Fe/FOLATOS indicados | Fe | Folatos | Hb ≥20 sem | g ¹ | VIH - Diag - Tratamiento | SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento | Tlo. de la pareja | |
| Insp. visual | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PAP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COLP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CHAGAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PALUDISMO/MALARIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BACTERIURIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| GLUCEMIA EN AYUNAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTREPTOCOCCO B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PREPARACION PARA EL PARTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ATENCIONES PREVIAS | dia | mes | año | edad gest. | peso (kg) | PA | altura uterina | presen tación | FCF (p/m) | movim. fetales | protei nuria | signos de alarma, exámenes, tratamientos | | | | Iniciales personal de salud | próxima cita | | | | |



6. Determinación del esquema vigente de dt

1) Valoración del esquema vigente de dt

Identificación del esquema de dt.

■ Antitetánica:

Con la finalidad de identificar a las mujeres que requieren inmunización antitetánica, al personal de salud se le recuerda indagar el esquema de vacunación al momento de la captación prenatal o durante la atención de emergencia en una mujer que acude para la atención de un parto o de un aborto sin control prenatal previo y registrar en la HCP.

Figura 9

El formulario muestra un recuadro rojo que resalta el campo 'ANTITETÁNICA' con los siguientes subcampos: 'vigente' (radio 'no' seleccionado), 'DOSIS 1ª' (radio 'no' seleccionado) y 'DOSIS 2ª' (radio 'no' seleccionado).

- Es importante solicitar a las gestantes la tarjeta de vacunación, o algún otro registro o documento en donde se pueda verificar el número y el intervalo entre dosis. (Ver Figura 9).
- Si la mujer presenta documentación revisar el número y el intervalo entre dosis, así como el tiempo desde la última vacunación y decidir si debe recibir una dosis adicional.
- Las mujeres que no poseen documentación de haber recibido inmunización contra el tétanos deben ser vacunadas con una primera dosis en la captación prenatal o durante la atención en una situación de aborto. La segunda dosis debe ser administrada no antes de cuatro semanas de la primera dosis a cualquier edad gestacional, o por lo menos, tres semanas antes de la Fecha Probable del Parto (FPP). La administración de las siguientes dosis debe seguir lo indicado en el Programa Nacional de Inmunización (PNI), Ver Tabla No. 4.
- Las dosis aplicadas anteriormente al embarazo, se tomarán en cuenta

las recibidas con las vacunas dt (1 dosis), DPT (2 dosis) o Pentavalente (3 dosis). Si ya tiene su esquema (respaldado) de 6 dosis previas a su embarazo no se deberá aplicar vacuna, ya que se considera inmunizada, Ver Tabla No. 4.

■ **Registro No Vigente** (Ver Figura 10)

Registrar X en "**No**" y el mes de gestación en que se aplica la vacuna en los siguientes casos:

- Cuando no ha recibido ninguna dosis o cuando exista información poco confiable acerca del número y fechas de administración de dosis previas, se deberá aplicar dos dosis durante el embarazo actual. De la siguiente manera:
 - 1ra dosis en la captación prenatal.
 - Una 2da dosis 4 semanas después de la primera dosis a cualquier edad gestacional, o por lo menos, tres semanas antes de la Fecha Probable del Parto (FPP).

■ **Registrar X en Vigente en los siguientes casos (Ver Figura 11)**

- Recibió 2 dosis y el embarazo actual está dentro de los 3 años de protección.
- Recibió 3 dosis y el embarazo actual está dentro de los 5 años de protección.
- Recibió 5 dosis.

“Vacunar a una mujer no protegida con toxoide tetánico, además, de protegerla a ella constituye una medida preventiva preconcepcional para un futuro embarazo.”

Tabla No. 4

Esquema de vacunación de la dt según el Programa Nacional de Inmunización

El esquema actualizado es el siguiente:

- 1ra dosis al contacto (captación).
- 2da dosis un mes después de la primera dosis (4 semanas).
- 3ra dosis 6 meses después de la segunda dosis.
- 4ta dosis un año después de la tercera.
- 5ta dosis un año después de la cuarta.

(N-106, Manual para el llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP), páginas 22-23)

Cuando se apliquen vacunas adicionales (Influenza), se debe registrar en un lado de la HCP y además registrar en el formato correspondiente del Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI).

Figura 10. **Ejemplo de llenado del esquema “no” vigente de aplicación de dt**

Figura 10

El formulario muestra el título "ANTITETANICA" y la opción "vigente no" marcada con un círculo con una X amarilla. La opción "si" tiene un círculo blanco. Debajo, "DOSIS 1 mes gestación" tiene un cuadro con el número "2" escrito a mano. "DOSIS 2" tiene un cuadro con una diagonal roja y la letra "R" a la derecha.

Ejemplo como registrar e interpretar en el expediente

La paciente no cuenta con evidencia de registro de vacuna dT previa, por lo que se aplica 1ra dosis de dT en la captación.

Figura 11. Ejemplo de llenado vigente de dT “Si” (marca X en si) e interpretación de Aplicación.

El formulario muestra el título "ANTITETANICA" y la opción "vigente no" con un círculo amarillo. La opción "si" está marcada con un círculo con una X azul. Debajo, "DOSIS 1ª mes gestación" tiene un cuadro vacío. "DOSIS 2ª" tiene un cuadro con una diagonal roja y el número "3" escrito a mano a la izquierda, y la letra "R" a la derecha.

Figura 11

Ejemplo como registrar e interpretar en el expediente

Embarazada que asiste a su primer APN, presentando tarjeta de vacuna con registro de vacuna antitetánica vigente, aplicada el 08/04/2018, procedemos a marcar en la HCP, como acudió hoy 12/08/2018, marcar vigente (si) y se deberá aplicar una dosis de refuerzo según el esquema y registrar en la HCP en el espacio correspondiente a refuerzo el mes de embarazo en que se aplica.

7. Examen odontológico y de mamas

1) Examen odontológico

(1) Anotación del resultado e interpretación

La atención odontológica en el embarazo es una oportunidad para promover la salud oral de la mujer y su familia. LA INFECCIÓN PERIODONTAL ESTA ALTAMENTE ASOCIADA CON NACIMIENTOS PRETERMINOS, BAJO PESO AL NACER Y PRE-ECLAMPSIA 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.

Examen Odontológico:

Examinar la cavidad oral y registrar si se observan caries o alteraciones en los tejidos blandos alrededor de los dientes. Marcar según corresponda. Si el examen fuera anormal registrar "no" y referir al odontólogo. En caso de ser normal registrar "sí". (Ver Figura 12 y 13).

(N-106, Manual para el llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP), página 23)
(Intervenciones Basadas en Evidencia para reducir la Mortalidad Neonatal 2da Edición, OPS, páginas 27-28)

Figura 12

El formulario muestra una cuadrícula de campos para registrar datos clínicos. En la parte superior derecha, un recuadro rojo resalta los campos 'EX. NORMAL', 'ODONT.' y 'MAMAS', cada uno con botones de 'sí' y 'no'.

Ejemplo como registrar e interpretación en el expediente

Al revisar la cavidad oral se observan caries dentales, piezas dentales incompletas, mal implantados, con protésis y sin alteraciones de tejidos blandos. Se recomienda higiene de la cavidad oral y se refiere al servicio de odontología para su debido seguimiento y tratamiento.

2) Examen de mamas

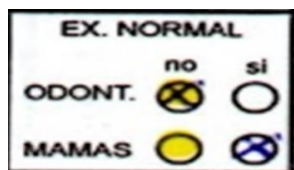
(1) Registro del resultado e interpretación

Con este examen 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, ya que la lactancia materna dentro de la primera hora de vida del recién nacido evita hasta en un 22% las muertes neonatales.

Examen de Mamas: marcar "no" cuando el examen de mamas sea anormal, y "sí" en caso contrario, ver Figura 9. Si se encuentran hallazgos en los siguientes controles, deberá registrarse en el expediente clínico.

(N-106, Manual para el llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP), página 24)

Figura 13. Ejemplo de llenado e interpretación de Examen odontológico y de mamas



Ejemplo como registrar en el expediente

Al realizar examen físico de las mamas se observa: A la inspección y palpación de las mamas: aspecto de la piel normal, sin cambios de coloración, no hay calor, rubor, ni dolor, no masas, ni nódulos palpables, pezón evertido, sin secreción.

Examen de mamas sin alteraciones, pezón apto para lactar.

En el caso de una embarazada con pezón plano, se recomienda hacer ejercicios para ir preparándolos para la lactancia materna, como presionar la areola y tratar de estirar suavemente el pezón y las areolas de forma que formen una tetilla, orientar como sacar el pezón a partir de las 26 semanas de gestación una vez al día en embarazo de Bajo Riesgo y cuando no presente amenaza de parto prematuro y de las 36 semanas de gestación en adelante 3 veces al día.

8. Exámenes de laboratorio

1) Exámenes de laboratorio

(1) Identificación de los resultados de exámenes.

① Exámenes de sangre:

- a. **Grupo:** Registrar en la casilla el grupo sanguíneo que corresponda (A, B, AB, O). Este examen es de suma importancia tenerlo siempre, ante cualquier complicación asociada a hemorragia para preparar la sangre necesaria según el tipo de sangre de la paciente desde antes del traslado de la complicación obstétrica.
- b. **Rh:** Marcar **(+)** si la mujer es Rh positivo y **(-)** si es Rh negativo. Se entiende que la mujer está **inmunizada** cuando tiene anticuerpos anti D. Si la mujer está inmunizada (tendrá positivo el test de Coombs indirecto y en ese caso se marcará **"Si"**, en caso contrario se marcará **"No"**.
- c. **Gammaglobulina Anti D (Globulina anti D):** Esta variable está destinada para la aplicación de gammaglobulina anti D durante el embarazo (A las gestantes Rh negativas no inmunizadas se aplicará a las 28 semanas de gestación y la siguiente dosis, a las 72 horas postparto). Se marcará **"Si"**, si siendo Rh negativo no inmunizada recibió gammaglobulina anti D en el embarazo y si no la recibió se marcará **"No"**. En caso de mujer Rh positivo o Rh negativo inmunizada se deberá registrar **"n/c"** (no corresponde). En caso de abortos ninguna de estas dos situaciones aplica.
- d. **Toxoplasmosis:** La infección por *Toxoplasma Gondii* durante el embarazo es relativamente frecuente y puede afectar gravemente el feto. Esta infección deja una inmunidad permanente y no se repite en embarazos siguientes. La medición de la IgG permite detectar pacientes susceptibles al *Toxoplasma Gondii*, es decir que tengan títulos positivos de IgG y por lo tanto hayan sufrido una infección antes del embarazo. Debe realizarse el estudio de la IgG específico desde la primera atención prenatal. Y la IgM implica una infección aguda actual por *Toxoplasma Gondii* y en la que se debe tratar inmediatamente. Según los resultados que se obtengan del toxotest (IgG o IgM), se deberá

marcar una "x" el círculo que corresponda. Especificando si el toxotest fue realizado antes de las 20 semanas o después de las 20 semanas de gestación. En caso de aborto y aunque en su servicio se realice serología para toxoplasmosis, no se deberá registrar la variable > 20 semanas.

(Ver N-106, Manual para el llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP), páginas 24-25)

“Siempre es aconsejable impartir mensajes educativo-preventivos para disminuir el riesgo de toxoplasmosis congénita”.

(Ver Anexo No.4 de N-106, Manual para el llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP), página 48)

e. **Prueba de Hemoglobina (Hb):** La anemia es un problema de salud pública por su alta prevalencia y por las consecuencias que tiene sobre la salud humana, especialmente en el embarazo donde se asocia con aumento del riesgo de mortalidad materna y perinatal (en especial en casos de anemia severa); prematuridad y bajo peso al nacer.

En Nicaragua se considera que una gestante tiene anemia cuando el valor de la hemoglobina es inferior o igual a 11 gr/dl, o el Hematocrito es inferior al 33% y el recuento eritrocitario está por debajo de 3,000.000 mm³, en cualquier trimestre del embarazo.

La HCP ofrece dos instancias para registrar los resultados de la prueba de hemoglobina, uno en la primera visita antenatal o por un aborto y otro en un control prenatal luego de las 20 semanas. Los valores obtenidos se registrarán en los rectángulos correspondientes y en caso que los niveles sean inferiores a 11 gramos, marcar el círculo amarillo.

Marcar el círculo amarillo "**no**" si no se indicó suplemento de hierro y ácido fólico y marcar el círculo blanco "**Si**" cuando se lo haya indicado.

En relación a la anemia, la administración de antiparasitarios en la embarazada reduce la anemia y la mortalidad infantil.

Dosis: Albendazol 1 dosis de 400 mg VO en el 2do y 3er trimestre del embarazo con diferencia de 6 semanas entre las 2 dosis. Los efectos de antiparasitarios, suplemento de hierro y ácido fólico son de suma importancia.

(Intervenciones Basadas en Evidencia para reducir la Mortalidad Neonatal 2da Edición, OPS, páginas 33-34)

f. **Infección por Virus de Inmuno Deficiencia Adquirida (VIH-Diag-tratamiento):** Se anotará en solicitado la consejería brindada por el personal de salud, a fin de que la usuaria tome una decisión informada para aceptar le sea tomada la prueba de VIH, antes de las 20 semanas, siendo la evidencia la hoja de consentimiento informado. También está indicada una segunda prueba en el tercer trimestre del embarazo. Si la prueba es positiva en la embarazada, proceder de acuerdo al protocolo nacional (profilaxis con Antiretroviral), preparar el nacimiento oportuno por vía cesárea y manejo del recién nacido de acuerdo al protocolo nacional.

Registrar Test VIH: Solicitado: "no" o "Si", Resultado: positivo "+" y negativo "-" y no corresponde "n/c" según corresponda. Se marcará el círculo de n/c en los siguientes casos

- Cuando se trate de una gestante ya diagnosticada.
- Cuando la prueba no haya sido solicitada.
- Cuando se tratase de una gestante que se niega a realizarse la prueba habiendo sido esta solicitada.
- Cuando la paciente sea captada mayor de 20 semanas de gestación.

Se anotará en el círculo amarillo "s/d" (sin datos), si la prueba fue solicitada y aún no se conoce el resultado.

TARV: Se debe registrar si la paciente con resultado "+" está recibiendo tratamiento en el embarazo según corresponda (si, no, n/c).

En caso de una mujer que controlaba el embarazo y sufre un aborto sólo anotar si el test fue solicitado/realizado antes de las 20 semanas. Si la mujer ingresa para atención de un aborto y sin control previo se llenará la variable VIH en el formulario complementario de aborto.

El expediente es un documento médico-legal y en el cual se deberá anotar los resultados de la paciente. Los resultados de la prueba de anticuerpos al VIH, deben comunicarse de manera confidencial y personal mediante consejería. En ningún caso podrá ser utilizado el documento de los resultados como elemento probatorio, publicitario o de índole diferente al ámbito de su salud individual.

(Intervenciones Basadas en Evidencia para reducir la Mortalidad Neonatal 2da Edición, OPS, página 28-29)

g. **Sífilis – Diagnóstico y Tratamiento:** La sífilis congénita sigue siendo un problema relevante de salud pública. La estrategia para la eliminación de la sífilis congénita incluye el tamizaje en la primera consulta prenatal, la promoción de una atención prenatal temprano y la disminución del riesgo de reinfección mediante tratamiento a las parejas sexuales y consejería sobre el uso del condón.

Las pruebas de detección utilizadas pueden ser No Treponémicas (VDRL o RPR) o Treponémicas (FTAABS). Se sugiere que las pruebas de detección se realicen en dos oportunidades, una al momento de la captación en la primera atención prenatal (antes de las 20 semanas de gestación) y otra en el tercer trimestre (28 - 32 semanas de gestación). En caso de prueba No Treponémica se marcará **(-)** cuando la prueba fue no reactiva, **(+)** si fue reactiva y **(s/d)** sin dato. En las pruebas Treponémicas se agrega la opción (n/n) cuando no corresponda (ej. recuerdo inmunológico de infección previa)

Registrar si recibió tratamiento o no en caso de tener resultado "+" y si la pareja también recibió dicho tratamiento. En ambos casos se deberá especificar si los resultados o el tratamiento fueron antes de las 20 o después de las 20 semanas de gestación.

A las mujeres con pruebas reactivas se les deberá tratar, brindar consejería e información sobre la enfermedad, sus riesgos y la necesidad de tratar a sus parejas sexuales y eventualmente al niño después del nacimiento. A las mujeres con prueba negativa proveerles información acerca de cómo prevenir las infecciones de transmisión sexual.

h. **Chagas:** La enfermedad de Chagas (infección por tripanosoma cruzi). Marcar el resultado de la prueba de Chagas (PCR), en el círculo asignado;

Negativo **(-)** o Positivo **(+)**, así como si no se realizó dicha prueba. Según la normativa vigente del país, se les indicará a las mujeres embarazadas sintomáticas o que vivan en áreas endémicas de la región de acuerdo a comportamiento epidemiológico.

i. **Paludismo/Malaria:** Marcar el resultado de la prueba de Paludismo/Malaria (Gota Gruesa), en el círculo asignado; Negativo **(-)** o Positivo **(+)**, así como si no se realizó dicha prueba. **Según la normativa**

vigente del país, se le indicara a las mujeres embarazadas sintomáticas o que vivan en áreas endémicas de la región de acuerdo a comportamiento epidemiológico.

- j. **Glucemia en Ayunas:** registrar el valor de la glucemia obtenida (en miligramos por decilitro) en el rectángulo correspondiente antes y después de las 24 SG. Anotar el resultado obtenido de la glucemia en ayunas de la embarazada. Si la glucemia basal es igual o mayor a 92 mg/dL marcar X en el círculo amarillo (ALERTA). Previo a la toma de la muestra de glicemia, orientar a la embarazada que debe acudir a un Establecimiento de Salud por la mañana sin haber ingerido ningún tipo de alimentos. En caso de aborto no se anotará el dato mayor de 24 semanas.
- ✓ De encontrarse resultados de glicemia en ayuna mayor o igual a 92 mg/dl, la diabetes en la paciente embarazadas deberá ser clasificada y referida y/o consultada al especialista para para su valoración, seguimiento y manejo.
 - ✓ Antes de las 24 SG el diagnostico requiere determinaciones de glucemia plasmática en sangres venosa; no debe realizarse con determinaciones de glucosa capilar. Solo si las pruebas indican diabetes pregestacional se debe hacer la confirmación con otra prueba en un día diferente (GPA, Glucemia al azar, HbA1C, o Prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa, PTOG) tomando en cuenta los valores según normativa.
 - ✓ Después de las 24 SG para el diagnostico se recomienda realizar la PTOG.

(N-077, Protocolo para el abodaje del Alto Riesgo Obsterico, páginas 137-140)

② Examen de cérvix

Se recomienda realizar una revisión ginecológica en la captación de APN con previa sensibilización a la embarazada para determinar infección y alteraciones locales que puedan tratarse y evitar mayores complicaciones, en los casos que la embarazada refiera sintomatología genital la especuloscopia es de estricto cumplimiento en cada APN y debe quedar registrada en el expediente.

Se debe indicar el resultado del chequeo ginecológico de la embarazada con X si es normal, anormal o si no se hizo la inspección visual.

Papanicolaou (PAP): Se recomienda tomar PAP durante la atención prenatal, de preferencia durante la captación o bien tomar como dato actual (vigente), el PAP realizado en el último año, de acuerdo a la indicación del seguimiento. Registrar el resultado del PAP según corresponda: "**Normal/Anormal** " y si el PAP no se realizó, registrar X en "**no se hizo**".

(N-011, Segunda Edición, Normas y Protocolos para la atención prenatal, parto, Recien Nacido/a y Puerperio de Bajo Riego, página 77)

③ Examen de orina

Bacteriuria: Bacteriuria asintomática es la colonización bacteriana del tracto urinario en ausencia de síntomas. En lugares donde no se dispone de urocultivo la tirilla reactiva en orina podrá ser una alternativa durante la atención prenatal.

Marcar con "**x**" el resultado de la prueba en el círculo asignado, se realizarán en dos momentos (antes de las 20 semanas y después de las 20 semanas). Se deberá realizar una prueba por cada atención prenatal. En caso de aborto no se anotará el dato de > de 20 semanas.

Marcar "**Anormal** " cuando: Con Cintas de Esterasa Leucocitaria y Nitritos: se encuentren **Leucocitos Positivo más Nitritos Positivos**.

Con Cintas Reactiva de Uroanálisis: cuando se encuentren **Leucocitos Trazas o más y Nitritos Positivos**.

Examen de urocultivo positivo.

Resultado de Urocultivo: Se marcará Bacteriuria: Normal, cuando el urocultivo es negativo menos de 100,000 Unidades Formadoras de Colonia (UFC)/ml o la cinta es negativa. Es Anormal cuando sea mayor de 100,000 UFC/ml o la cinta es positiva. En el caso de aborto no se Anotará el dato mayor de 20 semanas.

En caso de no realizar urocultivo o la cinta reactiva a lo largo de la atención prenatal, se registrará en el círculo amarillo que "**no se hizo**".

NOTA: Para realizar la lectura de la cinta de uroanálisis se debe esperar entre 2-3 minutos en promedio o bien según indique el frasco que contiene las cintas, ya que este es cambiante de acuerdo al fabricante.

(2) Registro del resultado de las cintas uro-análisis.

Figura 14

| GESTACION ACTUAL | | | | | | | | | | EG CONFIABLE por FUM Eco <20 s. | | | | | | | | | | FUMA ACT. FUMA PAS. DROGAS ALCOHOL VIOLENCIA | | | | | | | | | | ANTIRUBEOLA ANTITETANICA EX. NORMAL | | | | | | | | | |
|------------------|--|-------------------|--|------------|--|---------------|--|-----------------|--|---------------------------------|--|-----------------|--|---------------------------|--|-------------------------------------|--|-------------|--|----------------------------------------------|--|------------------------------------------|--|-----------------------------|--|--------------|--|----|--|-------------------------------------|--|----|--|----|--|----|--|----|--|
| PESO ANTERIOR | | IMC | | TALLA (cm) | | FEPP FUM | | no | | si | | 1° trim | | 2° trim | | 3° trim | | no | | si | | no | | si | | no | | si | | no | | si | | no | | si | | | |
| CERVIX | | GRUPO Rh | | Inmuniz. | | TOXOPLASMOSIS | | Hb <20 sem | | Fe/FOLATOS | | Hb ≥20 sem | | VIH - Diag - Tratamiento | | SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Insp. visual | | normal | | anormal | | no se hizo | | -<20sem IgG | | +≥20sem IgG | | -g ⁺ | | +g ⁻ | | Si | | No | | n/c | | no | | si | | no | | si | | no | | si | | no | | si | | | |
| PAP | | yglubulina anti D | | no | | si | | 1° consulta IgM | | <11.0 g/dl | | >11.0 g/dl | | Si | | No | | n/c | | no | | si | | no | | si | | no | | si | | no | | si | | | | | |
| COLP | | CHAGAS | | PALUDISMO | | MALARIA | | BACTERIURIA | | GLUCEMIA EN AYUNAS | | ESTREPTOCOCO B | | PREPARACION PARA EL PARTO | | CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA | | 20 sem | | Prueba | | TARV | | no | | si | | no | | si | | no | | si | | no | | si | |
| no se hizo | | no se hizo | | no se hizo | | no se hizo | | sem. <20 | | sem. ≥20 | | sem. <24 | | sem. ≥24 | | sem. 35-37 semanas | | no | | si | | no | | si | | no | | si | | no | | si | | no | | si | | | |
| dia | | mes | | año | | edad gest. | | peso (kg) | | P A | | altura uterina | | presen tación | | FCF (lpm) | | movim fetal | | protei nuria | | signos de alarma, exámenes, tratamientos | | Iniciales personal de salud | | próxima cita | | | | | | | | | | | | | |

Registrar en el expediente clínico análisis e interpretación de todos los resultados de exámenes que se indican a la paciente según el caso lo amerite, ya sean positivos o negativos. (Ver Figura 14).

Ejemplo: paciente embarazada de 20 años de edad, captada en el primer trimestre de embarazo, que asiste a su 2do APN y valoración de exámenes:

Ejemplo como registrar e interpretar en el expediente

Tipo y Rh O (+), VDRL (no reactor), BHC (Hto 30, Hb 10 grs), EGO o Cintas de Uroanálisis (en parametros normales), Glicemia (70 mg/dl), GG (negativa), pendiente resultado de Toxotest, la mayoría de sus exámenes se encuentran dentro de parametros normales, a excepción del Hto de 30 grs/dl se le dará seguimiento por que su embarazo esta iniciando.

NOTA: cuando la paciente acuda para valoración de exámenes, esta atención no debe ser registrada como APN, sino que se debe registrar como consulta de morbilidad.

(N-106, Manual para el llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP), páginas 24-28)

Ver Anexo No.5 (Toma de muestra de orina)

Ver Anexo No.6 (Guía para el Diagnostico y Tratamiento de Infecciones Urinarias Asintomáticas y Sintomáticas en Embarazadas)

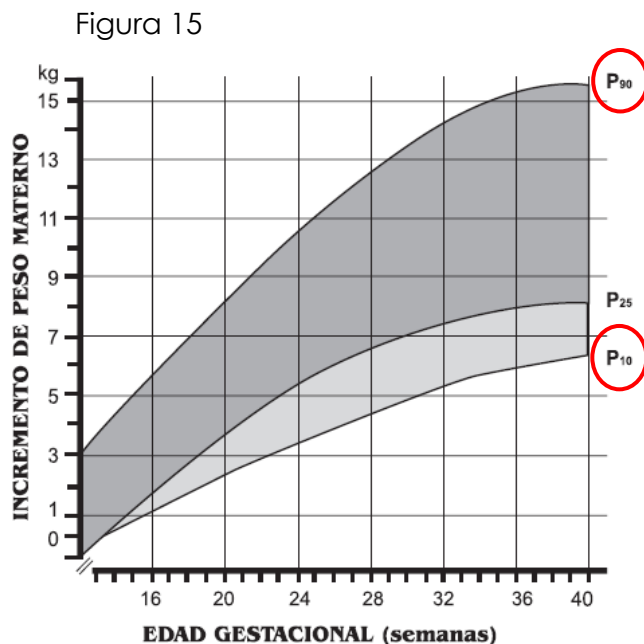


9. Evaluación e interpretación del estado nutricional en base al incremento de peso materno

1) Valoración del incremento de peso materno

(1) Comparación del resultado con los datos anteriores como incremento de peso

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



Ejemplo (Ver Figura 15)

A las **16 SG**, el rango de incremento de peso normal es de entre **1.8 y 5.1Kg**.

a las **20 SG** es de entre **3.2 y 8.2 Kg**.

A las **28 SG** entre **6.2 y 12.9**. A las **36 SG** entre **8.2 y 15.7 Kg**.

Analice y tome decisiones diagnósticas, de tratamiento y/o de referencia cuando haya un incremento exigido de peso, cuando haya disminución del peso o la línea se haga plana.

- ② No conoce el peso pre gestacional o la embarazada fue captada después de las 12 semanas de embarazo, los valores de incremento de peso normal están entre los percentiles **10 y 90** (parte oscura más la parte clara del gráfico). Para saber en dónde graficar, debe utilizar para cada APN la tabla peso para la talla según la edad gestacional (Talla en centímetros).

(2) Leer tabla de incremento de peso

Ejemplo (Ver Tabla 5)

Si la gestante mide entre **152-154 cms** de talla, a las **16 SG** debería pesar entre **47.3 y 61.4 Kg**, a las **20 SG** entre **51.0 y 62.4 Kg**, a las **28 SG** entre **54.6 y 65.0 Kg** y a las **36 SG** entre **56.2 y 66.6 Kg**.

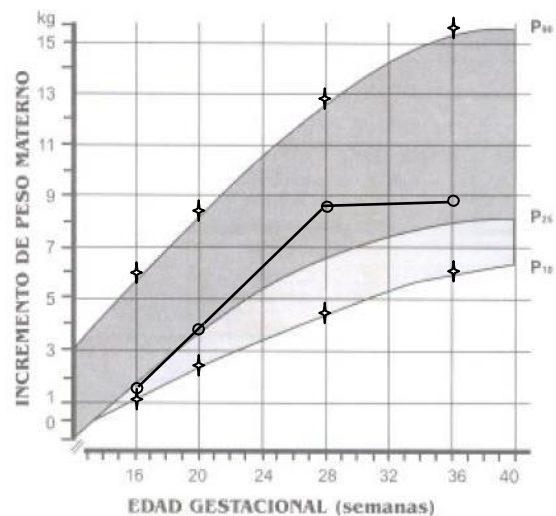
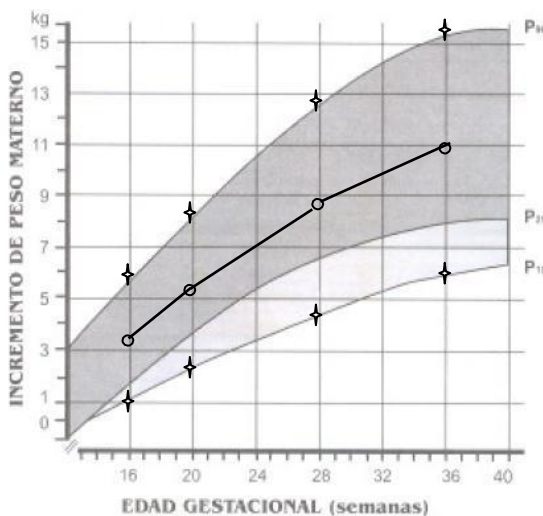
Tabla 5

| 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 | 48.4 | 50.1 | 51.9 | 53.6 | 55.3 | 57.2 | 59.3 | 61.3 | 63.2 |
| | 90 | 55.4 | 57.3 | 59.3 | 61.5 | 63.4 | 65.5 | 67.7 | 70.3 | 72.6 | 74.9 |
| 25 | 10 | 47.2 | 48.9 | 50.5 | 52.4 | 54.1 | 55.8 | 57.7 | 59.9 | 61.9 | 63.9 |
| | 90 | 55.8 | 57.8 | 59.8 | 62.0 | 64.0 | 66.1 | 68.5 | 70.8 | 73.2 | 75.5 |
| 26 | 10 | 47.2 | 48.9 | 50.5 | 52.4 | 54.1 | 55.8 | 57.7 | 59.9 | 61.9 | 63.9 |
| | 90 | 56.3 | 58.3 | 60.3 | 62.5 | 64.5 | 66.6 | 68.8 | 71.4 | 73.8 | 76.1 |
| 27 | 10 | 47.7 | 49.3 | 51.0 | 52.9 | 54.6 | 56.4 | 58.3 | 60.5 | 62.5 | 64.5 |
| | 90 | 56.3 | 58.3 | 60.3 | 62.5 | 64.5 | 66.6 | 68.8 | 71.4 | 73.8 | 76.1 |
| 28 | 10 | 47.7 | 49.3 | 51.0 | 52.9 | 54.6 | 56.4 | 58.3 | 60.5 | 62.5 | 64.5 |
| | 90 | 56.8 | 58.8 | 60.8 | 63.0 | 65.0 | 67.1 | 69.4 | 72.0 | 74.4 | 76.8 |
| 29 | 10 | 47.7 | 49.3 | 51.0 | 52.9 | 54.6 | 56.4 | 58.3 | 60.5 | 62.5 | 64.5 |
| | 90 | 56.8 | 58.8 | 60.8 | 63.0 | 65.0 | 67.1 | 69.4 | 72.0 | 74.4 | 76.8 |
| 30 | 10 | 48.1 | 49.8 | 51.5 | 53.4 | 55.1 | 56.9 | 58.8 | 61.6 | 63.1 | 65.1 |
| | 90 | 57.2 | 59.2 | 61.2 | 63.5 | 65.5 | 67.7 | 69.9 | 72.6 | 75.0 | 77.4 |
| 31 | 10 | 48.1 | 49.8 | 51.5 | 53.4 | 55.1 | 56.9 | 58.8 | 61.1 | 63.1 | 65.1 |
| | 90 | 57.2 | 59.2 | 61.2 | 63.5 | 65.5 | 67.7 | 69.9 | 72.6 | 75.0 | 77.4 |
| 32 | 10 | 48.6 | 50.3 | 52.0 | 53.9 | 55.6 | 57.5 | 59.4 | 61.6 | 63.7 | 65.7 |
| | 90 | 57.2 | 59.2 | 61.2 | 63.5 | 65.5 | 67.7 | 69.9 | 72.6 | 75.0 | 77.4 |
| 33 | 10 | 48.6 | 50.3 | 52.0 | 53.9 | 55.6 | 57.5 | 59.4 | 61.6 | 63.7 | 65.7 |
| | 90 | 57.2 | 59.2 | 61.2 | 63.5 | 65.5 | 67.7 | 69.9 | 72.6 | 75.0 | 77.4 |
| 34 | 10 | 48.6 | 50.3 | 52.0 | 53.9 | 55.6 | 57.5 | 59.4 | 61.6 | 63.7 | 65.7 |
| | 90 | 59.9 | 59.7 | 61.7 | 64.0 | 66.0 | 68.2 | 70.5 | 73.2 | 75.6 | 78.0 |
| 35 | 10 | 49.0 | 50.8 | 52.5 | 54.4 | 56.2 | 58.0 | 59.9 | 62.2 | 64.3 | 66.3 |
| | 90 | 58.1 | 60.2 | 62.2 | 64.5 | 66.6 | 68.7 | 71.0 | 73.7 | 76.2 | 78.6 |
| 36 | 10 | 49.0 | 50.8 | 52.5 | 54.4 | 56.2 | 58.0 | 59.9 | 62.2 | 64.3 | 66.3 |
| | 90 | 58.1 | 60.2 | 62.2 | 64.5 | 66.6 | 68.7 | 71.0 | 73.7 | 76.2 | 78.6 |
| 37 | 10 | 49.0 | 50.8 | 52.5 | 54.4 | 56.2 | 58.0 | 59.9 | 62.2 | 64.3 | 66.3 |
| | 90 | 58.6 | 60.6 | 62.7 | 65.0 | 67.1 | 69.3 | 71.6 | 74.3 | 76.8 | 79.2 |
| 38 | 10 | 49.0 | 50.8 | 52.5 | 54.4 | 56.2 | 58.0 | 59.9 | 62.2 | 64.3 | 67.1 |
| | 90 | 59.0 | 61.1 | 63.2 | 65.5 | 67.6 | 69.8 | 72.1 | 74.9 | 77.3 | 80.7 |
| 39 | 10 | 49.0 | 50.8 | 52.5 | 54.4 | 56.2 | 58.0 | 59.9 | 62.2 | 64.3 | 67.1 |
| | 90 | 59.5 | 61.6 | 63.7 | 66.0 | 68.1 | 70.3 | 72.7 | 75.5 | 77.9 | 81.4 |

Observe estos dos ejemplos de gestantes de 152 a 154 cms de talla. (Ver Figura 16), **en quienes se desconoce su peso pre-gestacional** y que fueron captadas a las 16 SG con citas subsiguientes para APN similares. En el ejemplo 1 hay buen progreso en la ganancia del peso materno. En el ejemplo 2, la gestante tenía malnutrición, la que mejoró en las dos APN siguientes, pero esta ganancia de peso se detuvo en el último periodo.

Figura 16

| Ejemplo 1: Talla de la gestante 152-154 cms | | Ejemplo 2: Talla de la gestante 152-154 cms | |
|--------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------|
| Peso para esa talla | Peso en este APN | Peso para esa talla | Peso en este APN |
| 16 SG: 47.3 - 61.4 Kg | 54.3Kg | 16 SG: 47.3 - 61.4 Kg | 48.0Kg |
| 20 SG: 51.0 - 62.4 Kg | 56.7Kg | 20 SG: 51.0 - 62.4 Kg | 55.0Kg |
| 28 SG: 54.6 - 65.0 Kg | 59.8 Kg | 28 SG: 54.6 - 65.0 Kg | 59.8 Kg |
| 36 SG: 56.2 - 66.6 Kg | 61.4 Kg | 36 SG: 56.2 - 66.6 Kg | 59.8 Kg |



(N-106, Manual para el llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP), páginas 29-30)

(3) Manera de graficar incremento de peso materno

¿Cómo graficar peso anterior desconocido y la embarazada es captada después de las 12 semanas?

Ejemplo 1: 152cms, 54.3kg, 16SG

PASO 1: Talla de la gestante: 152 cms; Peso en captación 54.3 kg, Edad gestacional 16 semanas.

PASO 2: Paciente debería pesar entre **47.3** (p10) y **61.4** Kg (p90).
(Ver Tabla 5)

P90 – p10 = X → 61.4 – 47.3 = 14.1 = 14, equivale a 14 puntos que dividirán

en partes iguales espacio comprendido entre p10, p90 en la semana 16 de gestación.
Ver Figura 17.

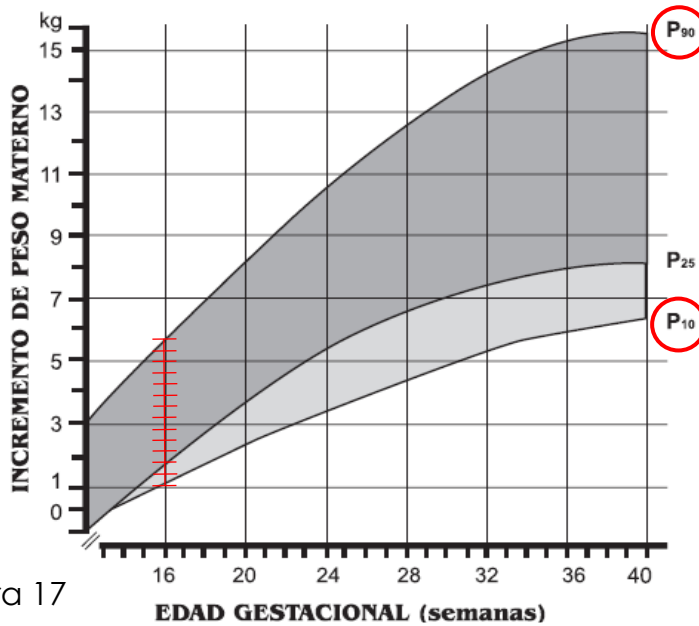


Figura 17

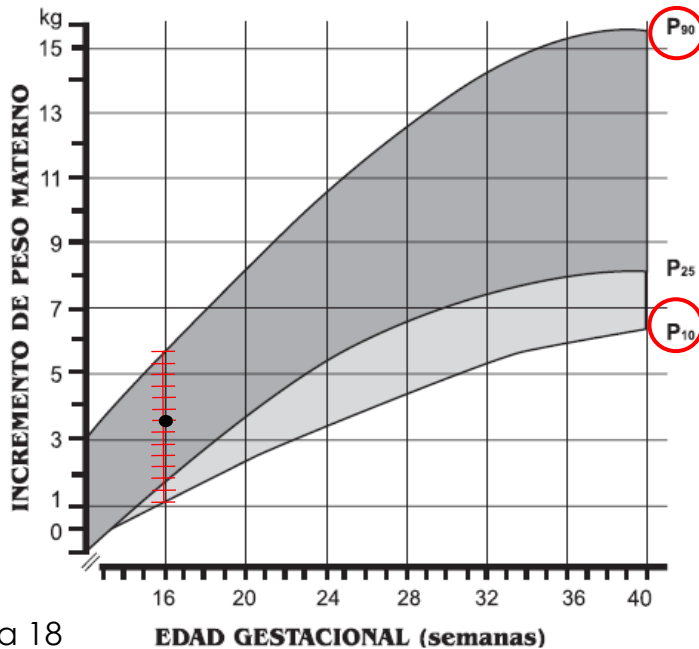


Figura 18

PASO 3:

Peso real – p10 = Y →

54.3 kg – 47.3 = 7 este

valor será el punto donde se ubicará el punto basal en la división del espacio comprendido entre p10,

p90. Ver Figura 18.

PASO 4:

En la siguiente grafica se aprecia la continuidad a las **20 SG**, a las **28 SG** y a las **36 SG**. Ver Figura 19.

A. 152 cms, 56.7 kg, 20 SG.

$$P90 - p10 = X \rightarrow 62.4 - 51.0 = 11.4 = \textcircled{11}$$

$$\text{Peso real} - p10 = Y \rightarrow 56.7 \text{ kg} - 51.0 = 5.7$$

B. 152 cms, 59.8 kg, 28 SG.

$$P90 - p10 = X \rightarrow 65.0 - 54.6 = 10.4 = \textcircled{10}$$

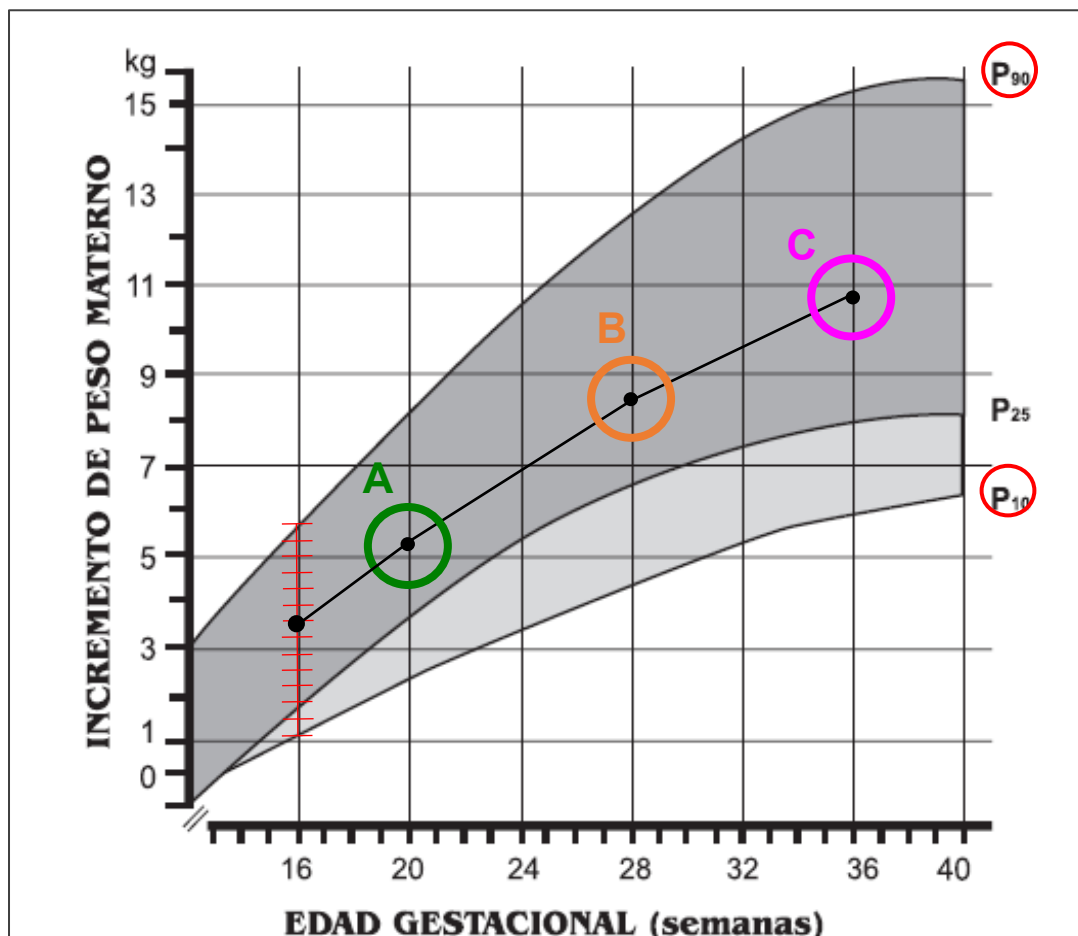
$$\text{Peso real} - p10 = Y \rightarrow 59.8 \text{ kg} - 54.6 = 5.2$$

C. 152 cms, 61.4 kg, 36 SG.

$$P90 - p10 = X \rightarrow 66.6 - 56.2 = 10.4 = \textcircled{10}$$

$$\text{Peso real} - p10 = Y \rightarrow 61.4 \text{ kg} - 56.2 = 5.7$$

Figura 19



Recordar que en este caso donde se **desconoce el peso anterior pre gravídico** el análisis no se hace para evaluar la ganancia de peso materno durante el embarazo, sino **para evaluar si para la edad gestacional el peso alcanzado por la madre se encuentra entre p10 y p90 o por encima de p90 o por debajo de p10**, es decir para determinar si el peso alcanzado por la gestante de acuerdo a su talla es **adecuado o no** para una determinada edad gestacional.

(4) Anotación de resultados e interpretación.

Interpretación Ejemplo 1

152-154cm, 28SG (59.8kg), 36SG (61.4kg)

Ejemplo como registrar e interpretar en el expediente

Se observa que hay incremento de peso materno. Respecto al estado nutricional se observa que hubo un buen progreso en la ganancia del peso materno. Se brinda consejería a la mujer embarazada sobre nutrición según normativa.

Paciente con buen estado nutricional se le felicita y se le aconseja mantener su alimentación adecuada según disponibilidad en el hogar, consumiendo alimentos básicos y líquidos abundantes.

Debe consumir cantidad extra de alimentos en las comidas y meriendas. Evitar café, té, bebidas azucaradas y enlatadas. Consumir alimentos ricos en hierro (vegetales verdes, carnes, etc) y calcio (pescado, lácteos, etc).

Además de la consejería registrar en el expediente y tarjeta de HCP los gráficos e interpretación de la ganancia de peso en cada APN y percentiles encontrados.



10. Determinación de la presión arterial e interpretación

1) Técnica para la toma de la Presión Arterial (P/A)

(1) Objetivos

- Evaluar los valores de la presión arterial durante el embarazo.
- Detectar a tiempo cualquier alteración de la presión que ponga en riesgo a la madre y al feto.

(2) Equipo

- Bandeja
- Esfigmomanómetro
- Estetoscopio
- Algodón con desinfectante
- Libreta y lápiz



(3) Procedimientos

- ① Preparar el equipo y asegurarse que estén en buenas condiciones.
- ② Lavarse las manos el examinador(a) y limpiar el estetoscopio con algodón con desinfectante.
- ③ Colocar a la mujer embarazada en posición sentada o acostada (posición adecuada) y explicarle lo que va a realizar. Procure un ambiente tranquilo.
- ④ Colocar el brazo desnudo a la altura del corazón con la palma de la mano hacia arriba.
- ⑤ Esperar en esta posición 5 minutos.
- ⑥ En embarazadas a partir de las 20 SG, se recomienda medir la PA con la paciente colocada en decúbito lateral izquierdo.
- ⑦ Para un adecuado resultado en la toma de la PA se debe tomar en ausencia de contracciones uterinas.

- ⑧ Palpar la arteria humeral. Colocar el brazalete de 2 a 3 cm. por encima de la flexura del codo.
- ⑨ Con el manguito completamente desinflado, envolver el brazalete suavemente alrededor del brazo y adaptarlo a éste.
- ⑩ Colocar el diafragma del estetoscopio sobre el sitio donde localizó el pulso, sosteniéndola firmemente con el pulgar.
- ⑪ Cerrar la válvula de presión siguiendo el sentido de las agujas del reloj hasta que quede apretada.
- ⑫ Inflar el manguito hasta 20-30 mmHg por encima del punto en que deje de sentir y/o escuchar el pulso.
- ⑬ Soltar lentamente la válvula, observando el descenso de la aguja del manómetro o de la columna de mercurio (2 a 3 mmHg).
- ⑭ Anotar el punto que marca el manómetro cuando se escucha nítidamente el primer sonido.
- ⑮ Seguir desinflando el manguito y anotar el punto que indica el manómetro cuando aparece un sonido apagado o desaparece.
- ⑯ Desinflar el manguito por completo.
- ⑰ Si es la primera vez que se realiza esta valoración en la mujer embarazada, se repite en el otro brazo.
- ⑱ Lavarse las manos el examinador(a).
- ⑲ Registrar en HCP, expediente clínico y carné perinatal y comparar con las cifras anteriores y/o con los valores normales de presión media para esa edad.
- ⑳ Explicar a la mujer embarazada del resultado observado.
- ㉑ Retirar el equipo y deje en condiciones para su siguiente uso.

(Manual de Técnicas sobre Control Prenatal, MSPAS-JICA, Proyecto de Salud Materno Infantil Guatemala 2011, páginas 3-4)



2) Conducta ante incrementos de Presión Arterial en el APN

| SI EXISTE | Conducta a seguir | REFIERA A |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| P.A normal: 120/60 | Continuar en atención APN de bajo riesgo. | No es necesario referir, continúe vigilando PA en los APN |
| <p>Hipertensión arterial en el embarazo: PAS mayor o igual a 140mmHg y/o PAD mayor o igual a 90 mmHg. (Se recomienda tomar después de 10 minutos de reposo)</p> <p>Clasificación del SHG:</p> <p><20 SG: - HTAc -Preeclampsia sobre agregada, HTA resistente y/o si después de las 20 SG aparece proteínas +, ++...</p> <p>> 20 SG: - HT gestacional, si proteínas negativas, -Preeclampsia, Proteínas positiva mayor o igual a una cruz (+, +...)</p> | <p>Maneje el caso según Normativa-109 Protocolo para Atención de Complicaciones Obstétricas.</p> <p>Reporte y/o traslado para atención especializada.</p> | Traslado inmediato a segundo nivel para atención especializada. |
| <p>Preeclampsia grave:</p> <p>PAS mayor o igual a 160mmHg y/o PAD mayor o igual a 110mmHg, Proteínas (+++...), y/o Signos de SEVERIDAD</p> <ol style="list-style-type: none"> Oliguria <500cc en 24 hrs. Creatinina > 1.1 mg/dl Alteraciones visuales y del sensorio. | <p>Reporte el caso a Segundo Nivel de atención y coordine el traslado e Inicie tratamiento (Ver Manejo del Síndrome Hipertensivo Gestacional en la Normativa- 109. Protocolo para la Atención de las Complicaciones Obstétricas)</p> <p>Si no puede trasladarla:</p> <p>Continúe el manejo como atención intrahospitalaria (Ver Manejo del Síndrome Hipertensivo Gestacional en la Normativa-109 Protocolo para la Atención de las Complicaciones Obstétricas).</p> | Segundo Nivel de Atención para Manejo Intrahospitalario. |

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <p>4. Edema agudo de pulmón, dolor epigástrico, alteraciones hepáticas.</p> <p>Eclampsia: presencia de convulsiones en el embarazo, parto o primeros 7 días de puerperio</p> <p>En el Dx. y manejo se debe considerar la presencia o no de Signos de Severidad.</p> | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|

(N-109, Segunda edición, Protocolo para la atención de complicaciones obstétricas, páginas 150-151 y N-011, segunda edición, Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo, paginas 70-71)

3) Anotación del resultado e interpretación en comparación con datos anteriores.

Ejemplo:

Paciente que acude a APN el día de hoy en una sede de Sector de Salud con 20 semanas de gestación, pesó 61 kg, talla 156 cm, presión arterial 120/70 mm/Hg, No hay edema, ni dolor de cabeza. La visita anterior fue a las 16 semanas de gestación, peso anterior de 57 kg, presión arterial 90/60 y no había edema.

Ejemplo como registrar e interpretar en el expediente

Paciente clínicamente estable con vitalidad fetal se observa incremento de la presión sistólica en 30 mmHg en relación a su APN asociado a un aumento significativo de su peso que fue de 4 kg en 4 semanas, se procede a ingresar a observación para realizar clasificación de Síndrome Hipertensivo Gestacional

4) Interpretación ante presencia de Proteinuria durante la APN

| Señales de alarma | Conducta a seguir | REFIERA A |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------|
| Ausencia de proteinuria y PA normal. | Maneje como bajo riesgo. | Manejo en atención primaria. |
| Bacteriuria Proteinuria hasta 2 cruces en prueba de cinta reactiva en dos tomas consecutivas con intervalo de 4-6 horas o 3 gr/litro en orina de 24 horas. Indicativo de PREECLAMPSIA | Inicie manejo y refiera | Atencion especializada por Equipo Multidisciplinario |
| Bacteriuria. Proteinuria más de 3 cruces (+++...) en prueba de cinta reactiva en dos tomas consecutivas con intervalo de 4-6 horas o es mayor de 5 gramos por litro en orina de 24 horas. Indicativo de PREECLAMPSIA GRAVE. Es importante considerar que puede haber preeclampsia antes de la aparición de proteínas en orina. | Inicie manejo y refiera | Atencion especializada por Equipo Multidisciplinario |

(N-011, Normas y Protocolos para La Atención prenatal, parto, puerperio y recién nacido/a de bajo riesgo, página 108)

Ejemplo: Continuación del ejemplo anterior (página 49).

Luego de media hora paciente con PA 130/80 mmHg, cinta de uroanálisis con 2 cruces de proteinuria, la paciente refiere cefalea.

Ejemplo como registrar el análisis en el expediente:

Paciente clínicamente y hemodinámicamente inestable, se clasifica como PREECLAMPSIA GRAVE, se interconsulta para su posterior traslado a una unidad de mayor resolución y que sea valorada por el equipo multidisciplinario.

11. Medición de la altura uterina

1) Técnica para medir la altura del fondo uterino

(1) Objetivos

- Valorar el desarrollo fetal
- Detectar tempranamente anomalías en el tamaño de la altura del fondo uterino: grande o pequeño (Embarazo múltiple, feto macrosómico o grande, retraso del desarrollo fetal y exceso o disminución del líquido amniótico, etc).

(2) Equipo

- Cinta métrica (Foto 5)

Foto 5

| Semanas de amenorrea cumplidas | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
|---------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Altura uterina (*) (cm) | 8 - 12 | 9 - 14 | 10 - 15 | 12 - 17 | 13 - 18 |
| Ganancia de peso materno (kg) | 0.4 - 3.5 | 1.2 - 4.8 | 1.3 - 4.9 | 1.8 - 5.1 | 2.4 - 6.4 |
| Peso fetal estimado (kg) | | | | | |
| Contracciones uterinas por hora | | | | | |

(3) Procedimientos

Preparación de la mujer embarazada

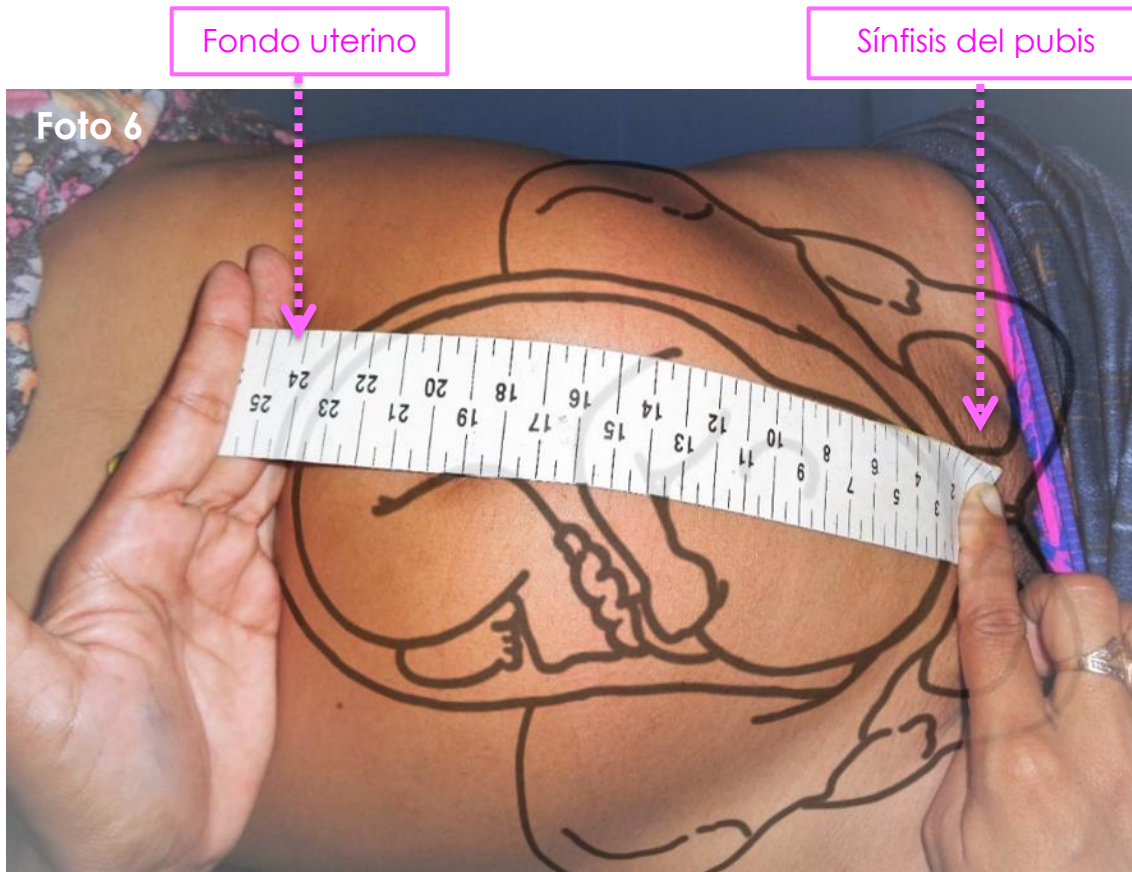
- ① Enviar a la mujer embarazada a orinar.
- ② Orientar que se le va a examinar el abdomen y que se acueste (boca arriba) con ligera flexión de las rodillas sobre una cama dura.
- ③ El examinador(a) se coloca a la derecha de la paciente y mira hacia la cabeza de la misma.
- ④ Descubrir el abdomen materno.

Medir la altura del fondo uterino con la cinta métrica (Foto 6)

- ① Localizar la sínfisis del pubis y medir hasta el fondo del útero.
- ② Colocar la cinta métrica sobre la cara anterior del abdomen.
- ③ Apoyar un extremo de la cinta sobre la sínfisis del pubis (hueso púbico) deteniéndole con los dedos índice y medio de la mano derecha.

- ④ Llevar el otro extremo entre los dedos índice y medio de la mano izquierda, delimitando el fondo uterino.
- ⑤ Mantener la cinta métrica tensa y medir desde la sínfisis del pubis hasta el fondo del útero.

Técnica para medir la altura del fondo uterino con la cinta métrica

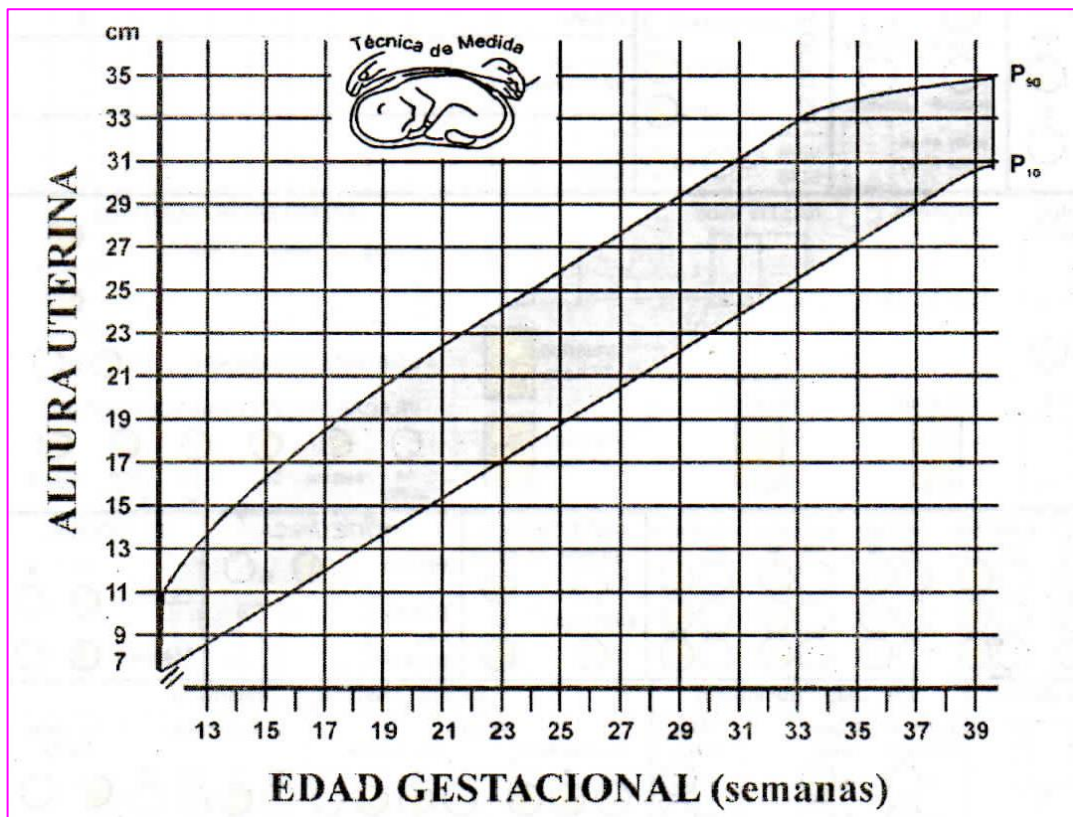


(Manual de Técnicas sobre Control Prenatal, MSPAS-JICA, Proyecto de Salud Materno Infantil Guatemala 2011, páginas 5-6)

Graficar de inmediato en el reverso de la HCP y del Carné Perinatal, el incremento de la altura uterina con un punto. Una con línea continua los puntos entre las APN realizadas. Los valores de incremento de peso normal están entre los percentiles 10 y 90. Las mismas curvas nos dicen cuánto es el incremento normal de altura uterina de la embarazada. **Ejemplo (Ver Figura 20)**, a las 16 SG, el rango de incremento de altura uterina es de entre 12 y 17 cms, a las 20 SG es de entre 15 y 21 cms, a las 28 SG entre 22 y 27

cms, a las 36 SG entre 28 y 33 cms. Analice y tome decisiones diagnósticas, de tratamiento y/o de referencia cuando haya un incremento exagerado de altura uterina, cuando haya disminución o la línea se haga plana.

Figura 20




Correlacionar los valores de incremento de peso materno con los valores de la medición de altura uterina. (Ver Tabla 6 y 7)

(N-106, Manual para el llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP), página 30)

Tabla 6

| 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 | Perímetro 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.

Tabla 7

| 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 |

2) Anotación de los resultados e interpretación en comparación a datos anteriores.

Ejemplo:

Paciente que en la visita de hoy cursa con 20 SG, su peso actual es de 58 kg, talla de 156 cm, la presión arterial 120/70 mm/Hg, no hay edema, no refiere dolor de cabeza y la altura uterina es de 20 cm. En su visita anterior tenía 16 semanas de gestación, con un peso anterior de 57 kg, presión arterial 110/70, no había edema y una altura uterina de 17cm.

Ejemplo como registrar e interpretar en el expediente

Paciente que acude a su APN con 20 SG encontrándose al examen físico que la altura uterina corresponde con la edad gestacional, sin embargo, la ganancia de peso no corresponde al incremento de peso materno esperado, en las últimas 4 semanas solo incremento 1 kg de peso y debió incrementar, según P25 3.2 kg, P90 8.2 kg, siendo necesario la valoración por el Nutricionista o Especialista y dar consejería nutricional basada en la Norma-029.

12. Auscultación de la Frecuencia Cardíaca Fetal a partir de las 20 semanas de gestación

1) Técnica de las Maniobras de LEOPOLD

¿Que es las Maniobras de Leopold?

En obstetricia las maniobras de Leopold consisten en cuatro acciones distintas que ayudan a determinar la estática fetal y que, junto con la evaluación de la pelvis materna, pueden indicar si el parto será complicado o si resultará necesario realizar una cesárea por DCP.

Objetivos

- Determinar la situación, presentación, posición y actitud del feto.
- Ayudar a la localización de la Frecuencia Cardíaca Fetal y a percibir los movimientos fetales.

Procedimientos

(1) Preparación de la mujer embarazada.

- ① Enviar a la mujer embarazada a orinar.
- ② Orientar que se le va a examinar el abdomen y que se acueste (boca arriba) con ligera flexión de las rodillas sobre una cama dura.

- ③ El examinador(a) se coloca a la derecha de la paciente y mira hacia la cabeza de la misma.
- ④ Descubrir el abdomen materno.

(2) Primera maniobra (Ver Figura 21)

- ① Mirando hacia la cabeza de la mujer embarazada coloca ambas manos en la parte superior del abdomen, abarcando el fondo uterino.
- ② Palpa el fondo uterino con una leve presión de la palma de la mano.
- ③ Determina qué parte del feto ocupa el fondo uterino.

Si es la cabeza: como una masa dura, lisa, redonda y hay peloteo.

Si es la pelvis (nalgas): como una masa blanda, irregular, depresible y no hay peloteo.

Figura 21



(3) Segunda maniobra (Ver Figura 22)

- ① El examinador(a) debe mirar hacia la cabeza de la mujer embarazada.
- ② Coloca las manos a cada lado del abdomen, sostiene el útero con la mano derecha y palpa el lado opuesto del abdomen materno para localizar el dorso fetal y viceversa.
- ③ Determina la posición (derecha o izquierda) y la situación fetal.

Si es el dorso: firme, liso, convexo y resistente.

Si son las partes menores (brazos y piernas): pequeñas, de ubicación irregular y nudosa, y movimientos activos o pasivos.

Figura 22

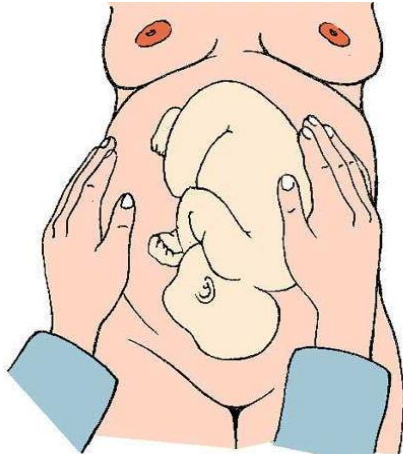


Figura 23



(4) Tercera maniobra (Ver Figura 23)

- ① El examinador(a) mira a la cara de la mujer embarazada.
- ② Coloca las puntas de los tres primeros dedos y el pulgar de la mano derecha a cada lado del abdomen, justo por arriba de la sínfisis del pubis.
- ③ Confirmación de la presentación y situación fetal.
 - # La cabeza se percibe dura y lisa, móvil si no está encajada e inmóvil si está encajada.
 - # La región pélvica se percibe blanda e irregular.

(5) Cuarta maniobra (Ver Figura 24)

- ① El examinador(a) mira hacia los pies de la mujer embarazada.
- ② Introduce los cuatro dedos de cada mano de la parte inferior del abdomen en cada costado de la cavidad pélvica.
- ③ Determina el grado de encajamiento.

Figura 24



Se realiza a partir de la semana 28 (de la primera maniobra a tercera maniobra) permiten saber cómo está ubicado el feto dentro de la cavidad uterina. Después de la semana 36 la cuarta maniobra puede confirmar si el producto está encajado.

(Manual de Técnicas sobre Control Prenatal, MSPAS-JICA, Proyecto de Salud Materno Infantil Guatemala 2011, páginas 7-11)

Ejemplo: Paciente acude con 30 semanas de gestación.

Ejemplo como registrar e interpretar en el expediente

Garantizar la inclusión del siguiente aspecto: "...Al examen físico de abdomen se realiza las maniobras de Leopold, encontrando presentación cefalica, dorso derecho y libre..."

2) Técnica de Auscultación de la Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF)

(1) Objetivos:

- Localizar la frecuencia cardíaca fetal.
- Confirmar la frecuencia cardíaca fetal normal (120~160 latidos por minuto).
- Detectar tempranamente la frecuencia cardíaca fetal fuera de los límites normales (por debajo 120 y por arriba de 160 latidos por minuto).

(2) Equipo

- Doppler
- Estetoscopio de Pinard
- Reloj

(3) Auscultación de la frecuencia cardíaca fetal (Ver Figura 25, 26 y 27)

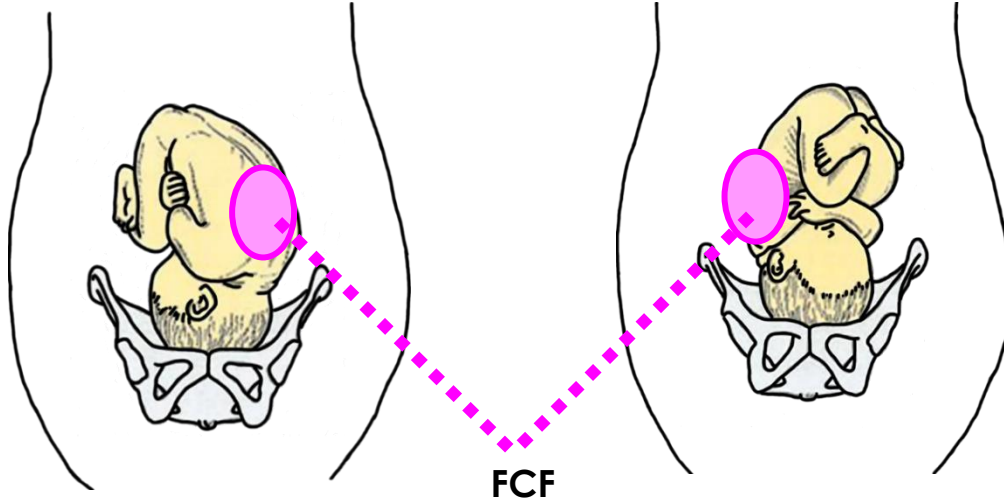
Para auscultar la frecuencia cardíaca fetal, debe primero ubicar el Dorso Fetal.

Parte para auscultar la Frecuencia Cardíaca Fetal

Figura 25 **Feto con presentación Cefálica**

Feto con Dorso Izquierdo

Feto con Dorso Derecho

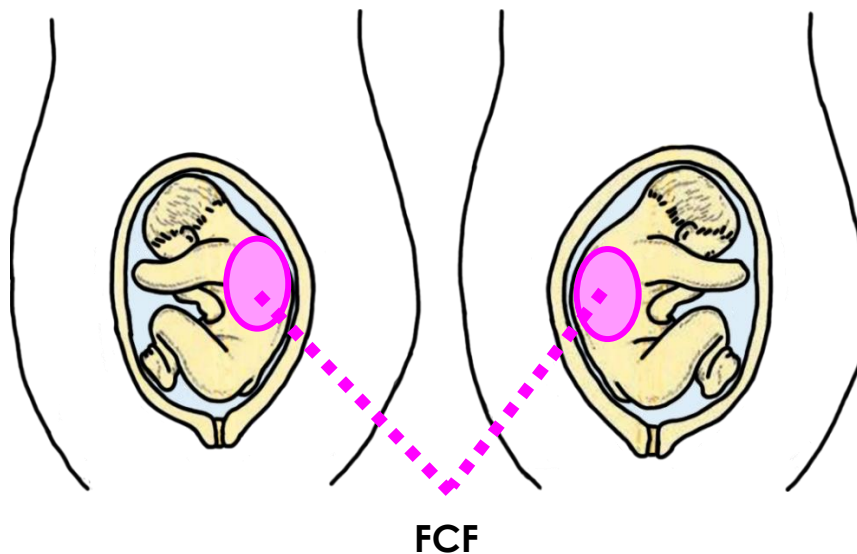


NOTA: El cuadro inserto en el Feto, nos orienta en el lugar donde se puede auscultar la FCF.

Figura 26 **Feto con presentación Pélvica**

Feto con Dorso Izquierdo

Feto con Dorso Derecho

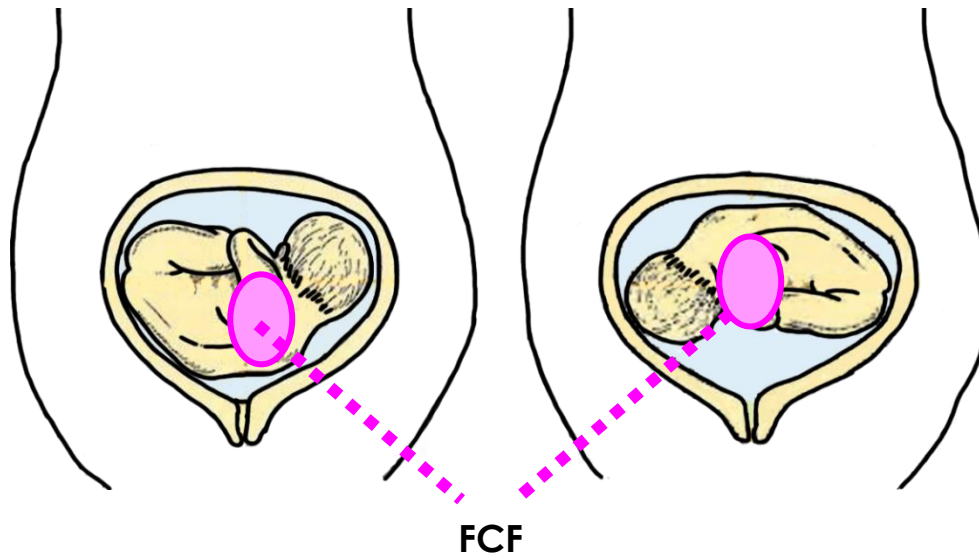


NOTA: El cuadro inserto en el Feto, nos orienta en el lugar donde se puede auscultar la FCF

Figura 27 **Feto con Presentación Transversa**

Feto con Dorso Posterior Inferior

Feto con Dorso Anterior Superior



NOTA: El cuadro inserto en el Feto, nos orienta en el lugar donde se puede auscultar la FCF.

(4) Procedimientos:

Preparación de la mujer embarazada

- ① Enviar a la mujer embarazada a orinar.
- ② Orientar que se le va a examinar el abdomen y que se acueste (boca arriba) con ligera flexión de las rodillas sobre una cama dura.
- ③ El examinador(a) se coloca a la derecha de la paciente y mira hacia la cabeza de la misma.
- ④ Descubrir el abdomen materno.

Realizar las actividades siguientes

Uso de Doppler (Foto 7)

- ① Realizar la primera (presentación) y segunda (posición) de las Maniobras de LEOPOLD.
- ② Aplicar la punta de Doppler con gel o aceite de oliva sobre el abdomen materno.
- ③ Buscar la región donde se determinó la posición fetal.

- ④ Escuchar la frecuencia cardiaca fetal y contar los latidos del corazón fetal, cuyos valores permanecen entre 120 y 160 latidos por minuto.
- ⑤ A partir de las 12 semanas de embarazo se puede auscultar la frecuencia cardiaca fetal con Doppler.



Uso de Estetoscopio de Pinard (Foto 8 y Figura 28)

- ① Buscar la región donde se determinó la posición fetal.
- ② Toca el abdomen materno con la parte del cono del Estetoscopio de Pinard y la oreja del examinador(a) en la parte contraria. Fijarlo sin colocar las manos
- ③ Escuchar la frecuencia cardiaca fetal, la que debe permanecer entre 120 y 160 latidos por minuto.
- ④ A partir de las 20 semanas de embarazo se puede auscultar la frecuencia Cardiaca fetal con Estetoscopio de Pinard.

(Manual de Técnicas sobre Control Prenatal, MSPAS-JICA, Proyecto de Salud Materno Infantil Guatemala 2011, páginas 12-15)

Foto 8

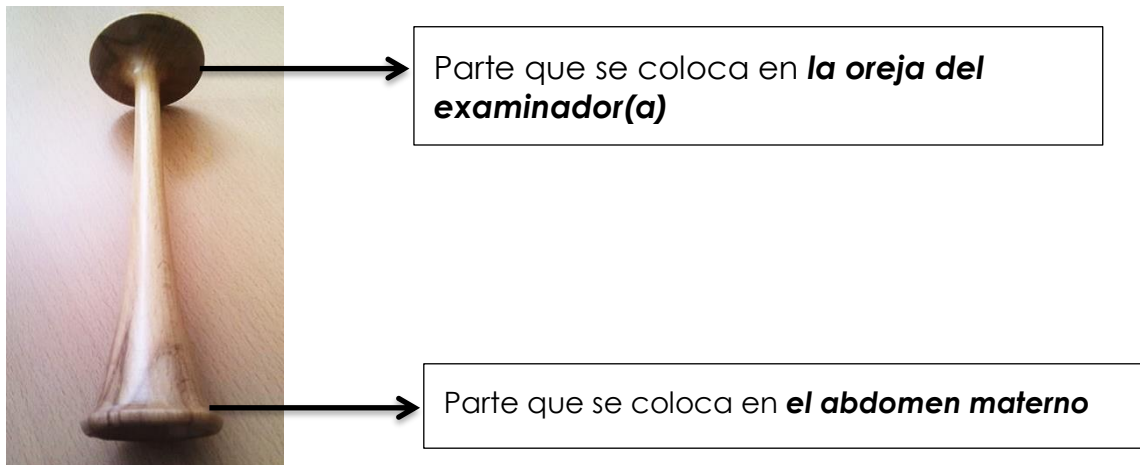
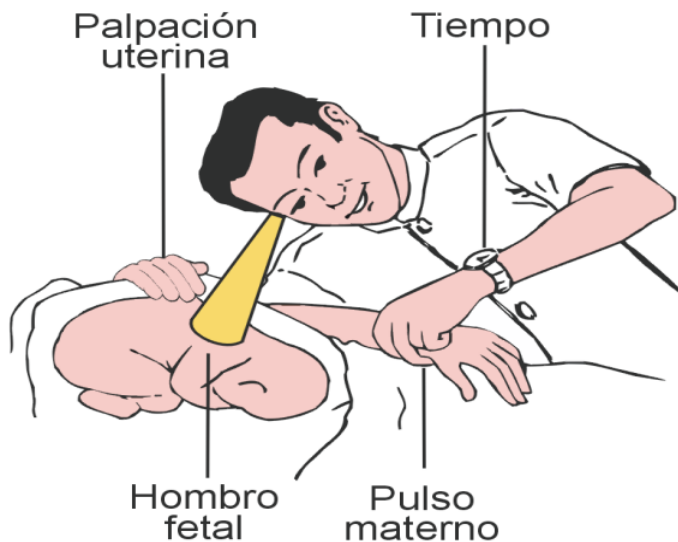


Figura 24 **Auscultación de FCF con Estetoscopio de Pinard**



Anotar la frecuencia cardíaca fetal en latidos por minuto a partir de las 20 semanas de gestación.

(N-106, Manual para el llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP), página 30)

Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF) Basal en el embarazo desde la semana 20 y entre contracciones durante el parto

- **120-160 lat/min ----- NORMAL**
- **Más de 160 lat/min Taquicardia ----- ALERTA**
- **119-100 lat/min Bradicardia ----- Hipoxia Leve**
- **Menos de 100 lat/min ----- ANORMAL, Hipoxia o Bradicardia marcada persistente bloqueo cardíaco congénito**

- ◆ Auscultar durante 15 segundos y multiplicar el valor encontrado por 4.

Ejemplo: Paciente acude a su APN con 24 semanas de gestación.

Ejemplo como registrar e interpretar en el expediente

Garantizar la inclusión del siguiente aspecto: "...Al examen físico de abdomen, con 24 semanas de gestación, se ausculta una frecuencia cardíaca fetal de 144 latidos por minutos, lo cual se encuentra entre los rangos normales (120-160 latidos por minutos) ..."



13. Movimientos fetales después de las 18 semanas de gestación

1) Movimientos fetales

(1) Identificación de movimientos fetales

(2) Anotación de los resultados

Registrar e interpretar en el expediente clínico los movimientos fetales a partir de las 18 semanas de gestación, positivos o negativos, así como los movimientos percibidos al momento de la maniobra de Leopold.

Ejemplo: Primigesta con 26 semanas de gestación, que acude a su segundo APN.

Ejemplo como registrar e interpretar en el expediente

Garantizar la inclusión del siguiente aspecto: "...Al examen físico de abdomen mediante la palpación se logra determinar presencia de los movimientos fetales los cuales se deben registrar en la HCP con (+...++...+++...) y se debe ser comparado y analizado según normas..."

NOTA: Se debe registrar en el expediente clínico la percepción de los movimientos fetales referidos por la paciente al interrogatorio.

(N-106, Manual para el llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP), página 30)

Además, en este texto se anexan los siguientes instrumentos:

1. Anexo No.4 (Actividades básicas que se deben cumplir en TODAS las atenciones prenatales)
2. Anexo No.7 (Instrumento para el monitoreo de indicadores de calidad de Proceso de Atención de Salud, Atención Prenatal)

14. Anexos

- Anexo N° 1 Historia Clínica Perinatal
- Anexo N° 2 Carné de la Historia Clínica Perinatal
- Anexo N° 3 Formulario de Clasificación del Riesgo Criterios para Clasificar el Riesgo en la Atención Prenatal
- Anexo N° 4 Actividades básicas que se deben cumplir en TODAS las atenciones prenatales
- Anexo N° 5 Toma de muestra de orina
- Anexo N° 6 Guía para el diagnóstico y tratamiento de Infecciones urinarias Asintomáticas y sintomáticas en Embarazadas, utilizando Cinta de Esterasa Leucocitaria y Nitritos o Cinta Reactiva de Uroanálisis en Orina sin Centrifugar
- Anexo N° 7 Instrumentos para el Monitoreo de Indicadores de Calidad de Procesos de Atención de Salud



Historia Clínica Perinatal

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL - MINSA NICARAGUA

DATOS DE FILIACIÓN
 NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: día mes año _____
 DOMICILIO: _____ ETNIA: blanca indígena mestiza negra otra _____
 LOCALIDAD: _____ TELEF.: _____ EDAD (años): < de 20 de 20 a 35 > de 35

ANTECEDENTES
 FAMILIARES: no sí TBC no sí diabetes no sí hipertensión no sí preeclampsia no sí eclampsia no sí otros cond. médica grave _____
 PERSONALES: no sí cirugía ginefo-urinary no sí infertilidad no sí cardiopatia no sí nefropatia no sí violencia no sí VIH+ no sí

OBSTETRICOS
 gestas previas _____ abortos _____ vaginales _____ nacidos vivos _____
 ULTIMO PREVIO: n/c <2500g normal >4500g Antecedentes Multiples no sí

GESTACION ACTUAL
 PESO ANTERIOR _____ kg IMC _____ TALLA (cm) _____ FUM _____
 EG CONFIABLE por FUM Eco <20 s. no sí

ATENCIONES PRENATALES
 día mes año edad gest. peso (kg) P.A. altura uterina presen tación FCF (lpm) movim. fatales protai nuria _____

PARTO ABORTO
 FECHA DE INGRESO: día mes año _____ CONSULTAS PRE- NATALES total _____
 LUGAR DEL PARTO: Institucional no sí Domiciliar no sí Otros no sí

ENFERMEDADES
 HTA previa no sí HTA inducida embarazo no sí preeclampsia no sí eclampsia no sí cardiopatia no sí nefropatia no sí diabetes no sí

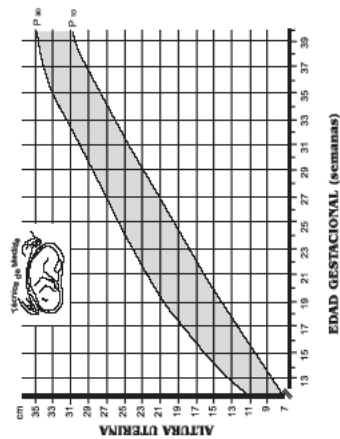
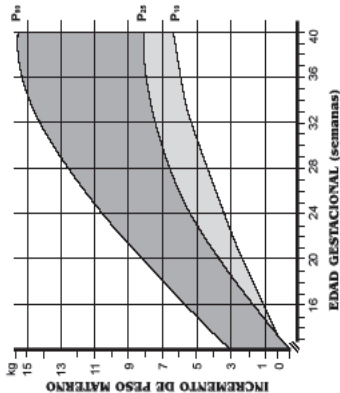
RECÉN NACIDO
 SEXO m f PESO AL NACER _____ g LONGITUD _____ cm
 DEFECTOS CONGÉNITOS no sí mayor no sí menor no sí

EGRESO RN
 vivo fallece traslado _____
 EDAD AL EGRESO días completos _____

EGRESO MATERNO
 traslado _____ lugar _____

ANTICONSEPCION
 DIU post- evento no sí DIU natural no sí DIU hormonal no sí

Carné de la Historia Clínica Perinatal



Logos de la Organización Panamericana de la Salud, UNFPA, USAID, Proyecto de Salud de la Mujer, y unicef. **Ministerio de Salud**

Proteja su Embarazo

Cumpla con sus citas y siga las recomendaciones dadas por el personal de salud.

Tome las vitaminas que entregarán en su unidad de salud.

La alimentación variada cuida su salud, la de su hijo/a y garantiza una buena lactancia.

Dele amor a su hijo/a desde el embarazo.

Aplíquese la vacuna antitetánica.

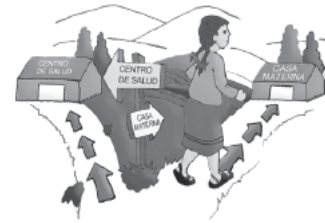
CUIDE DE SU HIGIENE PERSONAL.

Usted debe recibir atención inmediata si presenta:

- Salida de sangre o líquido por sus genitales.
- Hinchazón (edema) en sus tobillos, las piernas, las manos y la cara.
- Fiebre o escalofríos.
- Dolores de cabeza continuo, si ve lucetas o siente zumbido de oídos permanente.
- Disminución o falta de movimientos del niño/a.
- Si presenta dolores de vientre o rabadilla antes de los 9 meses.



**República de Nicaragua
Ministerio de Salud
Carné Perinatal**



EN CASO DE SEÑALES DE PELIGRO ACUDA DE INMEDIATO AL HOSPITAL



Nombres: _____

Domicilio: _____

Unidad de Salud: _____

Este carné contiene información indispensable para su salud y la de su hijo/a. Lívelo siempre con Usted y entréguelo al equipo de salud cada vez que requiera una atención, ya sea en el embarazo, parto, puerperio o control de crecimiento y desarrollo de su hijo/a.

Si este cuadro aparece pintado de color rojo indica que su parto no puede ser atendido en su casa.

(N-106, Manual para el llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP), página 46)

Anexo No. 3

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

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

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

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

Fecha: _____ Nombre: _____ Firma: _____

(Personal responsable de APN)

(N-011, Segunda edición, Normas y Protocolos para La Atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo, página 55)

Anex No. 4

Actividades básicas que se deben cumplir en TODAS las atenciones prenatales

| No. | Actividades | I APN Captación Antes de las 12 Semanas | II APN A las 26 semanas | III APN A las 32 semanas | IV APN A las 38 semanas |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Llenado del Expediente Clínico, HCP y resto de formularios. Historia integral de la/el Adolescentes y resto de instrumentos adolescentes | X | X | X | X |
| 2 | Indagar sobre factores sociales (violencia de cualquier tipo, pobreza, falta de apoyo de su familia o pareja) • Evaluar la situación psicoemocional | X | X | X | X |
| 3 | Ingreso y seguimiento al Censo Gerencial de las Embarazadas, Puérperas y Postnatales | X | X | X | X |
| 4 | Antecedentes Familiares y Personales y Antecedentes Obstétricos | X | | | |
| 5 | Medición de la Talla | X | | | |
| 6 | Medición del Peso | X | X | X | X |
| 7 | Examen Odontológico y de Mamas | X | | | |
| 8 | Edad Gestacional | X | X | X | X |
| 9 | Evaluación del Estado Nutricional en base a Índice de Masa Corporal | X | | | |
| 10 | Evaluación del Estado Nutricional en base al Incremento de Peso Materno | | X | X | X |
| 11 | Determinar Esquema Vigente de dT: Mujeres a los 20 años (o primer embarazo). 1 Dosis (0.5cc) Una dosis a los 10 años y los 20 años o primer embarazo en las mujeres. Si no se tiene registro de haber recibido el esquema básico, aplicar una segunda dosis con intervalo de 4 semanas, una tercera dosis a los 6 meses, una cuarta dosis un año después de la tercera y una quinta dosis un año después de la cuarta dosis. Esto más que todo para personas mayores de 20 años. | X | X | | |
| 12 | Determinación de la Presión Arterial (Registro, Análisis e Interpretación) y resto de signos vitales (FR, FC, T°) | X | X | X | X |
| 13 | Exámenes de Laboratorio: | | | | |
| | ➤ Grupo y Rh | X | | | |
| | ➤ PAP | X | | | |
| | ➤ VDRL/RPR | X | X | | X (De ser necesario realizara en el Trabajo de Parto cuando la madre ingresa sin atenciones prenatales previas o muy alejados del ingreso) |
| | ➤ Hemoglobina o BHC | X | X | X | X |

| | | | | | |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | ➤ Glicemia | X | X | X | X |
| | ➤ Examen General de Orina | X | X | X | X |
| | ➤ Cintas Reactivas de Uroanálisis (por cada APN y cuando exista sospecha clínica) . | EGO anormal con Cinta Esterasa Leucocitaria y Nitritos: LEUCOCITOS (+) y NITRITOS (+) | EGO anormal con Cinta Esterasa Leucocitaria y Nitritos: LEUCOCITOS (+) y NITRITOS (+) | EGO anormal con Cinta Esterasa Leucocitaria y Nitritos: LEUCOCITOS (+) y NITRITOS (+) | EGO anormal con Cinta Esterasa Leucocitaria y Nitritos: LEUCOCITOS (+) y NITRITOS (+) |
| | ➤ Aplicar esquema de tratamiento de la IVU: | | | | |
| | ▪ Esquema A: Nitrofurantoína con cubierta entérica (cápsulas) 100 mg PO c/12 horas x 7 días o Nitrofurantoina sin cubierta entérica (tabletas) 100 mg PO c/8 horas x 7 días. | | | | |
| | ▪ Esquema B: Cefalexina 500 mg PO c/6 h por 7 días o cefadroxilo 500 mg PO c/12 h por 7 días. | EGO anormal con Cinta Reactiva de Uroanálisis: LEUCOCITOS TRAZAS O MAS y NITRITOS (+) | EGO anormal con Cinta Reactiva de Uroanálisis: LEUCOCITOS TRAZAS O MAS y NITRITOS (+) | EGO anormal con Cinta Reactiva de Uroanálisis: LEUCOCITOS TRAZAS O MAS y NITRITOS (+) | EGO anormal con Cinta Reactiva de Uroanálisis: LEUCOCITOS TRAZAS O MAS y NITRITOS (+) |
| | ➤ Consejería y Prueba voluntaria de VIH | X (antes de las 20S/G) | X (después de las 20 S/G) | Consejería e indicar la prueba si no se ha realizado | X (De ser necesario realizara en el <u>Trabajo de Parto</u> cuando la madre ingresa sin atenciones prenatales previas o muy alejados del ingreso) |
| | ➤ PCR, Gota Gruesa y Chagas(según patología o endemidad de la zona) | X | X | X | X |
| 14 | Medición de la Altura Uterina | | X | X | X |
| 15 | Auscultación de FCF a partir de las 20 SG | | X | X | X |
| 16 | Movimientos Fetales después de 18 SG | | X | X | X |
| 17 | Presentación/Situación fetal | | | X | X |
| 18 | Clasificación de Alto Riesgo Obstétrico | X | X | X | X |
| 19 | Consejería en Lactancia Materna y Planificación Familiar (Anticoncepción Postevento Obstétrico - ECMAC), Cuidados del Recién Nacido/a | X | X | X | X |
| 20 | Suplemento con Sulfato Ferroso + Acido Fólico: Las dosis están expresadas en mg de hierro elemental. <u>Profilaxis de la anemia ferropénica</u> MUJERES EMBARAZADAS: 1 tableta (60 mg + 0.4 mg/d) hasta el final del embarazo. <u>Tratamiento de la anemia ferropénica</u> • Tratamiento de pacientes con Anemia leve y moderada deberán de recibir: 60 – 120 mg (1 a 2 tabletas) de Hierro elemental + 0.4 mg de ácido fólico diario por 6 meses. • Las pacientes con Anemia severa deberán de recibir: 120 – 200 (2 a 3 tabletas) mg de Hierro elemental + 0.4 mg de ácido fólico diario por 6 meses. | X | X | X | X |

| | | | | | |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| 21 | Suplemento con Ácido Fólico: Prevención de ocurrencia (primera vez): <u>4 mg de ácido fólico desde 3 meses antes hasta 3 meses después del parto y a toda paciente que esté planeando embarazarse.</u> 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 antiépiléptico o metotrexate, diabetes, Obesidad con IMC \geq 30 Kg/m ² , Madre con anemia por células falciformes o talasemia. Mujeres con bajo cumplimiento en la toma de medicamentos (Acido Fólico y/o Multivitaminas) y bajo consumo de una dieta rica en Acido Fólico, consumo de teratógenos (alcohol, tabaco). Dosis: <u>4-5 mg de ácido fólico desde 3 meses antes del embarazo hasta 3 semanas después.</u> | X | X | X | X |
| 22 | Prevención de la Pre-eclampsia y sus complicaciones Prescribe Aspirina y Calcio según Riesgo para Pre-eclampsia (P-E): | | | | |
| | Factores de Alto Riesgo para desarrollar Pre-eclampsia <ul style="list-style-type: none"> • Pre eclampsia previa • Anticuerpos anti fosfolípidos • Hipertensión arterial, enfermedad renal y/o Diabetes pre existente • IMC > 29 Kg/m² • Historia de madre/hermana con pre eclampsia (Factores genéticos 37% en hermanas, 26% en hijas y 16% en las nietas) • Extremos de edades (menores de 20 y mayores de 35 años) • Periodo Intergenésico mayor a 10 años • Migraña • Tabaquismo | NO INGERIR EL CALCIO Y EL HIERRO EN LA MISMA HORA, YA QUE SON ANTAGÓNICOS | X Aspirina 100 mg/Diario (Antes de acostarse, a partir de las 12 S/G) Recordar que iniciar la aspirina después de las 16 SG no agrega beneficio Calcio 3 tabletas por día (1800 mg/día) , a partir de las 12 S/G) <ul style="list-style-type: none"> • Vía oral • Abstención de alcohol. • Dejar de Fumar. • Realizar Doppler de arteria uterina a las 12 S/G, confirmado en S/G 20 a 24 para el diagnóstico precoz. | | |
| 23 | Prescribe Albendazol: Dosis de 400mg | | X | | X |
| 24 | Consejería en signos y síntomas de peligro de la Pre-eclampsia y Eclampsia principalmente, durante el embarazo, parto y puerperio. | X | X | X | X |
| 25 | Negociar Plan de Parto | X | X | X | X |
| 26 | Referencia a otro nivel de atención o Casa Materna, Consejería en Parto Asistido o si presenta alguna COE | X | X | X | X |
| 27 | Confirmar o Descartar alguna ITS y aplicar tratamiento según Guía para la Atención de ITS, Manejo Sindrómico N-113, MINSA. | X | X | X | X |
| 28 | En casos de Amenaza de Parto Prematuro; <ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicar Dexametazona (amp 4mg u 8mg) De acuerdo a disponibilidad del fabricante. 2. Nifedipina: presentación de tabletas de 10 mg. | | X <ol style="list-style-type: none"> 1. Dexametazona: 6mg IM c/12 horas x 4 dosis (ciclo único) a partir de las 24 hasta las 34.6S/G (antes de las 35) 2. Nifedipina: La dosis de ATAQUE a utilizar es: tabletas de 10 mg PO cada 20 minutos por 3 dosis previa valoración de la actividad uterina y si no hay actividad suspenderla. <ul style="list-style-type: none"> ○ Indicar como tratamiento de mantenimiento 20 mg PO cada 8 horas por 3 días. 7 | | |

| | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> ○ SOLO hay dos contraindicaciones para uso de Nifedipina: Si hay hipotensión arterial o si No existe disponibilidad en la Institución de Salud. ○ NO debe de inducirse a la paciente en trabajo de parto, se recomienda dejar en evolución espontanea. ○ No utilizar Nifedipina sublingual por sus efectos adversos (produce hipotensión severa). ○ No indicar betas miméticos Intravenoso ni orales de mantenimiento. | | |
| 29 | Evaluar la disponibilidad de insumos básicos para la APN y COE Básico | X | X | X | X |
| <p><u>Manejo y almacenamiento de las cintas de uroanálisis:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Las Cintas de Uroanálisis traen reflejado tanto en su empaque primario como empaque secundario la temperatura adecuada para su almacenamiento la cual va de 2 a 30 °C, sin embargo se ha observado que las almohadillas que contiene la tira reaccionan por los cambios de temperatura por lo cual se ha sugerido dejarlas a temperatura ambiente desde su almacenamiento en el CIPS suponiendo que las bodegas están debidamente ventiladas. ▪ Conserve las cintas en su envase original. ▪ No utilice las cintas después de la fecha de caducidad impresa en la etiqueta del envase. ▪ Un envase nuevo de cintas de uro análisis puede usarse durante 6 meses. ▪ Anotar en la parte de afuera del envase la fecha en que lo abrió por primera vez. ▪ No saque del envase la bolsita de desecante que proporciona el fabricante. ▪ Saque las cintas del envase solo si van a utilizar de inmediato. <p>Terminos COE: El almacenamiento de los insumos dependerá del fabricante y los requerimientos para su conservación. Estos terminos son los mismos terminos que se manejan en las unidades de salud (Rango de temperatura entre 2 a 8 °C, Proteger de la luz y No congelar)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oxitocina ▪ Ergonovina/Ergometrina ▪ Hidralazina (ampolla) ▪ Cintas de Uro análisis (Revisar indicaciones de almacenamiento orientado en el prospecto) <p>Garantizar la existencia de otros insumos COE:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sulfato de magnesio ▪ Nifedipina ▪ Clotrimazol ▪ Metronidazol ▪ Labetalol | | | | | |

(N-011, Segunda edición, Normas y Protocolos para La Atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo, página 63-66)

Anexo No. 5

Toma de muestra de orina

El personal de salud debe recomendar a la usuaria los siguientes pasos para la toma de muestra de orina, para el examen general de orina o urocultivo (Técnica del chorro medio)

Preparación para la toma de muestra de orina

1. Lavarse previamente sus genitales con agua limpia y jabón, separando sus genitales con dos dedos de una mano.
2. Recolectar la primera orina de la mañana, o dejar que transcurra al menos una hora después de la última vez que orinó.
3. La muestra debe ser recolectada hasta la mitad del frasco.

Técnica para la toma de muestra de orina

1. Destapar el frasco.
2. Evitar el contacto del frasco con sus genitales.
3. Separar los genitales con dos dedos de una mano.
4. Comenzar a orinar. A la mitad del chorro, introduzca el frasco debajo para recoger la muestra.
5. Al finalizar, lavar sus manos con agua limpia y jabón.
6. Entregar el frasco cerrado al personal del laboratorio.

NOTA: Si la muestra no es procesada inmediatamente, debe mantenerse refrigerada o en hielo.

Interpretación de Resultados de la Cinta de Esterasa Leucocitaria y Nitritos o de la Cinta Reactiva de Uroanálisis en Orina sin Centrifugar

| Nitritos | Leucocitos | Interpretación | Comentarios |
|----------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| - | - | No Infección Urinaria | No hay infección urinaria si muestra fue bien tomada (con técnica de chorro medio) y procesada en tiempo y forma (antes de 2 horas a temperatura ambiente o no más de 7 horas en refrigeración) |
| + | + | Infección Urinaria | Categoricamente hay infección urinaria si muestra fue bien tomada y procesada en tiempo y forma |
| + | - | Contaminación | Mala toma de muestra y/o no procesada en tiempo y forma. |
| - | + | Contaminación vaginal o infección con estafilococos coagulasa negativos y menos frecuente por clamidias o Ureaplasma urealyticum. | Si hay manifestaciones clínicas, diagnosticar y tratar como Infección Urinaria |

Instrucciones:

1. Verifique que está sosteniendo la cinta en la posición adecuada para contrastarla con el lector del frasco.
2. Introduzca la cinta en el frasco lo más horizontalmente posible por 1 a 2 segundos.
3. Para eliminar el exceso de orina retire la cinta de canto deslizándola en el borde del frasco. No la agite para no mezclar los reactivos.
4. Lea los nitritos al minuto y los leucocitos a los 2 minutos. Las proteínas también deben leerse al minuto.

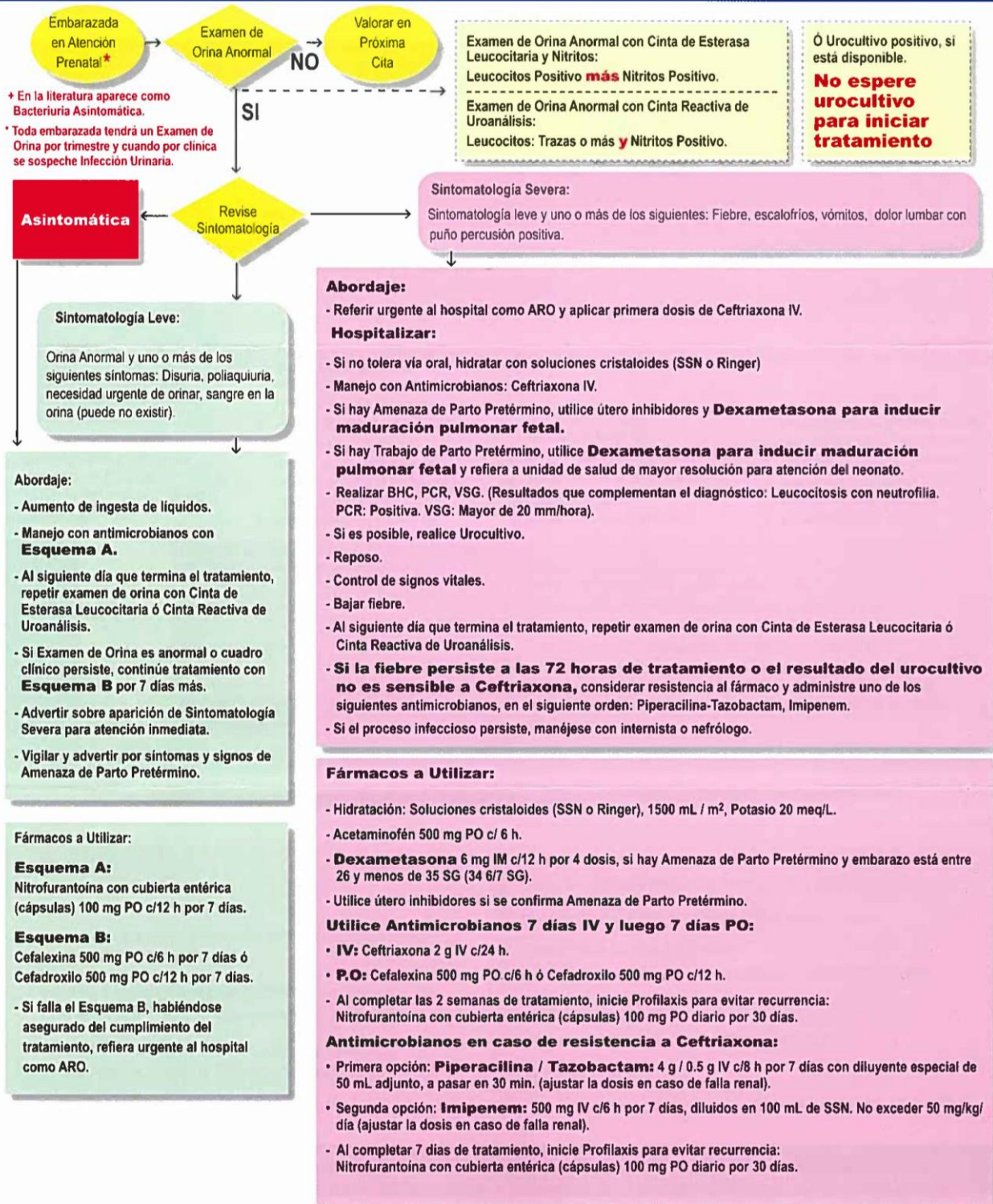
Advertencias antes de utilizar las cintas reactivas:

1. Verifique que no estén vencidas.
2. No las utilice si ha cambiado de color la parte de leucocitos o nitritos.
3. No mida la reacción de una cinta con el frasco de otra marca comercial.
4. Manténgalas preferiblemente en refrigeración y almacénelas inmediatamente después de usar.

(Guía para el Diagnóstico y Tratamiento de Infecciones Urinarias Asintomáticas y Sintomáticas en Embarazadas, utilizando Cinta de Esterasa Leucocitaria y Nitritos ó Cinta Reactiva de Uroanálisis en Orina sin Centrifugar, MINSA-USAID)

Anexo No.6

Guía para el Diagnóstico y Tratamiento de Infecciones Urinarias Asintomáticas⁺ y Sintomáticas en Embarazadas, utilizando Cinta de Esterasa Leucocitaria y Nitritos ó Cinta Reactiva de Uroanálisis en Orina sin Centrifugar



(Guía para el Diagnóstico y Tratamiento de Infecciones Urinarias Asintomáticas y Sintomáticas en Embarazadas, utilizando Cinta de Esterasa Leucocitaria y Nitritos ó Cinta Reactiva de Uroanálisis en Orina sin Centrifugar, MINSA-USAID)

Anexo No.7

Instrumentos para el Monitoreo de Indicadores de Calidad de Procesos de Atención de Salud

1.-Porcentaje de embarazadas en las que en su Atención Prenatal (APN) se llenó e interpretó la Historia Clínica Perinatal (HCP).

| ATENCIÓN PRENATAL: Basado en Normas de Atención Prenatal. MINSA. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|------|
| Cada número corresponde a un expediente de APN monitoreado. Registre el número del expediente. Anotar 1 en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (Se Cumple). Si el criterio no es satisfactorio (No Se Cumple), anotar 0 . Registrar NA (No Aplica) , en caso de que el criterio a monitorear no sea válido en el presente caso o que no pueda aplicarse en este nivel de atención. La casilla de Expediente Cumple , se marcará con 1 solamente si en el expediente monitoreado se cumplieron todos los criterios, exceptuando los NA. El Promedio Global , se obtiene de dividir el Total de Expediente Cumple (1) , entre el Total de Expedientes Monitoreados X 100 . El promedio por criterio nos servirá para focalizarnos en los Ciclos Rápidos de Mejora Continua, de el o los criterios que no estamos cumpliendo (Fallos de la Calidad de Atención). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CRITERIO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | Prom |
| Antecedentes Personales y Obstétricos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Medición de Talla | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Examen de Mamas y Examen Odontológico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Semanas de Amenorrea (Edad gestacional) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Medición del Peso | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Determinación e Interpretación de Presión Arterial | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Medición de la Altura Uterina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Auscultación de FCF a partir de las 20 SG. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Movimientos Fetales después de 18 SG | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aplicación de Vacuna Antitetánica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Exámenes de Laboratorio (Grupoy Rh, PAP, VDRL/RPR, EGO, Hemoglobina, Glicemia, Cintas de Uroanálisis, Consejería y prueba voluntaria de VIH). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Evaluación e interpretación del Estado Nutricional en base a Índice de Masa Corporal pregestacional o de las primeras 12 semanas de gestación. Evaluación del incremento del Peso Materno. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EXPEDIENTE CUMPLE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Promedio Global: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(N-011, Segunda edición, Normas y Protocolos para La Atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo, página 36)

El presente documento, fue elaborado por el Comité Técnico de Salud Materno-Infantil que se formó en los SILAIS Chontales y Zelaya Central basado en las Normativas Vigentes del MINSA, con el apoyo Técnico y Financiero de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA)

Proyecto de Salud de Madres y Niños en SILAIS Chontales y
SILAIS Zelaya Central (Proyecto SAMANI)
Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA)

