

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Facultad de Ciencias Médicas
UNAN – LEÓN**



Tesis de investigación para optar al título de:

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA.

**“Cumplimiento de las Normas del Programa de Atención Prenatal
en el Municipio de Bonanza. Región Autónoma del Atlántico Norte”**

AUTORES:

**ANDREA PATRICIA ARÁUZ JIMÉNEZ
FABIO ALBERTO NÚÑEZ RUEDA**

TUTOR:

**DR. ERICK ESQUIVEL MUÑOZ
UROGINECÓLOGO Y OBSTETRA**

ASESOR:

**DR. JUAN ALMENDÁREZ
MÁSTER EN SALUD PÚBLICA**

LEÓN, AGOSTO DEL 2008

DEDICATORIA

Dedicamos esta tesis a:

- *Dios: por permitimos culminar nuestra carrera con éxito, a pesar de las adversidades que se presentan día a día.*

- *Nuestros amados padres: por expresarnos su amor y apoyo incondicional a lo largo de toda nuestra carrera y de nuestra vida.*

- *Nuestros queridos abuelitos: por contribuir a nuestra formación y por sus sabios consejos.*

AGRADECIMIENTO

- *A nuestro tutor y asesor Dr. Erick Esquivel y Dr. Juan Almendárez por su tiempo, dedicación y entrega para la elaboración de esta tesis.*

- *Al personal del Centro de Salud Esteban Jaénz Serrano del Municipio de Bonanza – RAAN, por acogernos y facilitarnos con la mayor disposición la información solicitada.*

- *A las usuarias del programa de Atención Prenatal de este municipio, por brindarnos un poco de su tiempo para la realización de este trabajo.*

OPINIÓN DEL TUTOR

En Nicaragua cada año mueren alrededor de 144 mujeres en edad reproductiva, sin incluir el alto subregistro de casos que se calcula hasta en un 50%, y que la mortalidad materna representa cerca del 4% de todas las causas de muerte, considerándose como una de las más altas del continente.

La atención prenatal periódica, continua y completa a embarazadas es una de las actividades que ha sido priorizada desde hace dos décadas aproximadamente por el Ministerio de Salud, pues está demostrado que su aplicación incide en la disminución de las complicaciones del embarazo y de la mortalidad materna y perinatal.

Entre los principales factores que condicionan la elevada morbilidad y mortalidad materna e infantil se encuentran: factores socioeconómicos, inadecuadas condiciones de higiene, alto riesgo reproductivo, alto riesgo obstétrico y los factores asociados a la deficiente calidad en la atención. Este último factor es uno de los principales eslabones en nuestro país, ya que no se cumplen íntegramente las condiciones de que toda persona debe recibir atención integral y que el personal de salud brinde acciones integrales al binomio madre-hijo.

Con el presente estudio se pretende dar a conocer algunos de los factores encontrados como deficiencias en el sistema de atención prenatal en el Municipio de Bonanza, Región Autónoma del Atlántico Norte, con el fin de que el Ministerio de Salud adopte cambios en dicha región para la mejor atención de las mujeres embarazadas de nuestro país.



Dr. Erick M Esquivel Muñoz

Uroginecología y Obstetricia

UNAN-LEON

RESUMEN

Las tasas de cobertura de atención al parto y puerperio siguen siendo bajas en nuestro país, comportamiento que se ratifica con las cifras del MINSA y se relaciona con una historia de deficiente articulación entre las actividades de promoción de la salud desarrolladas en las comunidades y los servicios de salud del primer nivel de atención, situación que a su vez se ve agravada por la insuficiente consideración social de la mujer y por la condición de pobreza de muchas familias.

El **objetivo** de este estudio fue evaluar el cumplimiento de las Normas del Programa de Atención Prenatal en el Municipio de Bonanza de la Región Autónoma del Atlántico Norte.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio de evaluación de servicios, obteniendo la información a través de la investigación de los indicadores de cobertura, revisión de 151 expedientes clínicos y aplicación de 150 entrevistas a las usuarias.

Resultados y conclusiones: la cobertura del control prenatal fue del 100%, por un posible subregistro en las estimaciones poblacionales e inconsistente con las bajas coberturas de captación precoz, porcentaje de usuarias con 4 controles prenatales y cobertura del parto Institucional. El contexto socio - demográfico de las usuarias era congruente con el de la muerte materna en el país, el llenado de la HCPB y el cumplimiento de las actividades inadecuado y el nivel de conocimiento de las usuarias muy bajo y deficiente.

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁG
INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	3
JUSTIFICACIÓN	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
OBJETIVOS	8
MARCO TEÓRICO	9
DISEÑO METODOLÓGICO	38
RESULTADOS	41
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	54
CONCLUSIONES	60
RECOMENDACIONES	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS	69

INTRODUCCIÓN

La salud de la madre y el niño está contemplada en este momento como una prioridad de orden mundial, su situación de salud y desarrollo son indicadores de las condiciones de vida de la situación de un país. Así, a escala mundial encontramos que siguen muriendo medio millón de mujeres por causas asociadas al embarazo, parto o puerperio. El 99% de estas muertes ocurren en países pobres. En América Latina cerca de 22, 000 mujeres fallecen anualmente por estas causas que representan el 4 % de las muertes totales. Pese a todos los esfuerzos y a las políticas públicas, las cifras de progreso son menos alentadoras para las regiones en desarrollo. El riesgo de morir aumenta 30 veces más para las mujeres embarazadas que viven en regiones en desarrollo contra las que viven en regiones desarrolladas.^{1,2}

En Nicaragua de un total de 5,4 millones de habitantes más de la mitad son mujeres y las mujeres en edad fértil (MEF) representan el 49% del total, de ellas el 14% son analfabetas y solo un 10% alcanzó algún grado de educación superior. Además una de cada 4 mujeres adolescentes, entre 15 a 19 años de edad ya son madres o están embarazadas, representando el 18% del total de embarazos. Encontramos también que cada año mueren alrededor de 144 mujeres en edad reproductiva, sin incluir el alto subregistro de casos que se calcula hasta en un 50%, y que la mortalidad materna representa cerca del 4% de todas las causas de muerte, considerándose como una de las más altas del continente, ya que cada año mueren 60 mujeres como promedio, es decir una muerte casi cada dos días, siendo “las mujeres que viven en el área rural, de 20 a 34 años, con bajo nivel de educación y poco acceso a servicios de salud el perfil humano y social de la muerte materna en el país”.^{2,3}

Precisamente para el año 2007, el 64% de las muertes maternas, se concentraron en 6 SILAIS (Matagalpa, RAAN, RAAS, Jinotega, Chontales y Managua), observándose solamente un “leve descenso” del 6%, pasando de 119 casos en el 2005 y 2006 a 112 en el 2007, lo cual se ve asociado además a tasas de cobertura de atención al parto y puerperio que siguen siendo bajas, comportamiento que se ratifica con las cifras del MINSA, cuya cobertura de controles prenatales fue de 70.2 % (2001), 67. 5%(2002), 69.6% (2003), 66% (2004), 71.6% (2005) es decir menores a las alcanzadas en el 2000 del 75.2%.^{3, 4, 5}

Evidentemente la compleja problemática que reflejan estas cifras se encuentra atravesada por una historia de deficiente articulación entre las actividades de promoción de la salud desarrolladas en las comunidades y los servicios de salud del primer nivel de atención, situación que a su vez se ve agravada por la insuficiente consideración social de la mujer y por la condición de pobreza de muchas familias, que contribuyen a magnificar el impacto negativo de la falta de cuidado para preservar en la mujer su plena capacidad de salud reproductiva.⁶

Por consiguiente, en vista a la situación antes expuesta, lo que podríamos denominar “el escándalo de nuestro tiempo” la OMS se ha comprometido a lograr el Objetivo de Desarrollo del Milenio consistente en reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna y el Gobierno de Nicaragua ha asumido el compromiso que para el año 2015 se debe alcanzar la meta de reducir la mortalidad materna a 30.3 por 100 000 nacidos vivos registrados. Sin embargo para el año 2006 y 2007 las tasas de mortalidad materna fueron de 57.67 y 55.75 por 100 000 nacidos vivos respectivamente, con un descenso únicamente del 1.92% para ese año y tan solo a 8 años de la meta, por tanto, pese a los avances que se han logrado, la mortalidad materna e infantil sigue siendo motivo de preocupación, especialmente en los SILAIS del Centro, Norte y de la Costa Atlántica donde se concentran las mayores tasas de muertes maternas siendo la mayoría de éstas muertes, prevenibles cuando son tratadas a tiempo.^{2, 7, 8}

Por tanto, con el objetivo de lograr la meta de reducir la mortalidad materna, se hizo necesario establecer parámetros mínimos que garantizaran una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de actividades, procedimientos e intervenciones durante la gestación, motivo por el cual surgieron las normas de atención prenatal, las que deben ser de conocimiento, aplicación y seguimiento por todo el personal del ministerio de salud, por tal razón y considerando este como el eslabón más susceptible de ser modificado, vemos la necesidad de realizar estudios que evalúen el cumplimiento de las mismas, especialmente en las zonas donde se registran las mayores tasas de mortalidad materna, con el propósito de identificar los riesgos relacionados con el embarazo y planificar el control de los mismos, a fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo.^{9, 10}

ANTECEDENTES

Dentro de los estudios realizados relacionados con el cumplimiento de las normas de atención prenatal encontramos que:

En 1988 se realizó un estudio sobre Evaluación de la calidad del Programa de Control Prenatal en Área 5 Región II (Malpaisillo y El Jicaral, municipios de León) se encontró que el 33.75% del llenado administrativo de la HCPB era inadecuado, de todas las Captaciones al Programa solamente el 33.8% fue precoz, buen resultado en la aplicación de Antitetánica con un 87.26% y el 80.6% tenían exámenes de la laboratorio incompleto. ¹¹

En 1991 un estudio sobre valoración de la Atención a embarazadas captadas en el control prenatal en el centro de Salud Telpaneca, se encontró que el llenado de la papelería fue deficiente y alto porcentaje de pacientes con controles inadecuados y bajo porcentaje de pacientes captadas de manera precoz, así como deficiencias en la realización de los exámenes de laboratorio, con alto porcentaje de abandono por parte de pacientes captadas. ¹²

En 1992 se estudio sobre cumplimiento de las normas del control Prenatal en Embarazadas con Riesgo en el Hospital Milton Rocha Cukra Hill, se encontró que la HCPB no era llenada adecuadamente, no se manejaban bien los criterios de Riesgo, no se utilizaba el Sistema de Referencia y Contra - referencia, no se animaba a la embarazada a continuar en sus controles y no se cumplía con lo establecido con las normas del Control Prenatal. ¹³

En Bluefields, en 1992, un estudio sobre Cumplimiento de las normas del control prenatal encontraron que el llenado de la historia clínica perinatal era incorrecto, en la mitad de usuarias no se registraba antecedentes personales y familiares, a ninguna usuaria se realizo curva de altura uterina, no se le dio importancia a los datos del peso, ni se grafico su curva y la clasificación del embarazo normal o de riesgo era insatisfactorio y deficiente, y del mínimo de casos clasificados menos de la mitad se hizo correctamente. ¹⁴

En un estudio sobre Evaluación del Control Prenatal en el Centro de Salud de La Paz Centro, en el año 1994, encontraron un alto porcentaje de cobertura del Programa (84%), pero con un alto

porcentaje de HCPB incompletas o con llenado inadecuado de las mismas. Se mostró también un gran porcentaje de pacientes con realización de 1 visita al CPN y luego abandonaron el Programa. Sin embargo las usuarias referían un alto grado de satisfacción, aunque el 28% no asistieron a todos los controles y el 14% no estaban satisfechas con la atención recibida.¹⁵

Otro estudio sobre calidad y cobertura del control prenatal en el municipio de Matagalpa, en el año 1996, encontró que la estructura de la unidad mostraba insuficiencia en relación a la demanda. El proceso de la atención era adecuado pero incompleto, con insuficiencia en el examen físico y educación sanitaria y que la mayor parte de las usuarias se mostraron satisfechas con la atención recibida y la cobertura estimada fue de un 85%.¹⁶

En el Jícaro en 1997, se encontró, que la mayor parte de las gestantes fueron captadas en el Primer trimestre (61%) pero un 39% asistían tardíamente al primer control. El 55% tenía más de 4 Controles Prenatales, solamente el 54% recibieron algún tipo de consejo sobre su embarazo y un 64% afirmaron ser informadas sobre los signos de peligro. El 83% recibieron algún tipo de examen de laboratorio y el 53% se le prescribieron vitaminas, Hierro y Ácido Fólico.¹⁷

Un trabajo realizado sobre aplicación de estándares de calidad en el llenado de HCPB, en la atención prenatal en Nueva Segovia, en el año 2003, encontraron que no existía un cumplimiento de los estándares de calidad en el llenado de la HCPB, de igual forma no se estaba cumpliendo con las normas y protocolos establecidas por el MINSA en la calidad de atención a la mujer gestante y solamente el 21.87% de todos los expedientes clínicos evaluados, estaban cumpliendo con las 12 actividades normadas en el primer estándar de calidad.¹⁸

En San Carlos, Río San Juan, en el año 2004, encontraron que la estructura de la unidad mostraba deficiencias, que el proceso de atención era adecuado, pero incompleto por deficiencias en el examen físico y educación sanitaria y general la percepción de la atención recibida era buena, pero existían deficiencias en el manejo de las normas del CPN y correcto llenado de HCPB.¹⁹

En SIUNA, en el año 2005, se encontró que la atención brindada tenía gran aceptación por parte de las usuarias y que los proveedores referían que uno de los mayores problemas era la

accesibilidad que las usuarias tenían a los servicios de salud, así como la falta de recursos humanos para llegar a la población a través de trabajo de terreno.²⁰

En la ciudad de León, en el año 2006, se encontró que no existían los recursos físicos y materiales apropiados, con inadecuado llenado de expediente clínico, examen físico incompleto (80%), falta de valoración nutricional (34%) y consejería incompleta (42%), bajo porcentaje de captación precoz (31%), sin clasificación (96%) y sin revisión odontológica (80%). Alto porcentaje de exámenes sin evaluar (63%) y de inasistencia al programa (22%). Además insatisfacción de las usuarias por los trámites realizados para recibir atención y tiempo de espera (66%).²¹

En Quezalguaque, en el años 2006, encontraron que el porcentaje global de cobertura fue del 57.54% del total de embarazos esperados, con registros inadecuados en la HCPB y con respecto a los exámenes enviados se encontró que el grupo y factor fue realizado en el 31.6% de las mujeres, Hemoglobina en el 33.3%, V.D.R.L en un 27.5% y Papanicolaou en 19.1%, las mujeres se quejaron de pocas recomendaciones brindadas acerca de su embarazo, pero consideraron que la atención brindada fue buena en un 74.1%.²²

En el Centro de Salud Miguel A. Plazaola del municipio Tortuguero, año 2006, encontraron que solamente laboraban 2 recursos quienes brindaban los servicios del Programa, considerándose limitados en relación al volumen de pacientes que acuden a ese Centro, sin embargo el trato por parte de ellos era humanitario y ponían en práctica las 12 actividades principales para un control prenatal de calidad. Además encontraron que las mujeres referían como mucho el tiempo para llegar a la unidad y recibir la consulta, lo que causaba insatisfacción en las usuarias.²³

En Bluefields, en el año 2006, encontraron deficiencias en el registro de información en la HCPB, así como un incompleto cumplimiento de las normas y del estándar de calidad. Entre el personal encargado de la atención los 2 médicos tenían conocimiento satisfactorio de las normas no así el personal de enfermería, las usuarias externas se sentían satisfechas con la atención y el trato recibido, pero insatisfechas por el tiempo de espera en la atención y falta de privacidad y limpieza del cubículo.²⁴

JUSTIFICACIÓN

Las estadísticas encontradas sobre mortalidad materna a nivel mundial y nacional son alarmantes especialmente por que estas se aceptan como indicadores que reflejan la eficiencia en la atención que se le brinda a la mujer embarazada, las cuales además guardan estrecha relación con determinantes sociales, económicos y demográficos, lo cual es evidente en nuestro país, donde las mayores tasas de muerte materna se concentran en los SILAIS del centro, norte y Costa Atlántica, debido en gran parte al poco acceso a los servicios de salud en estas zonas.

Por lo cual nosotros nos hemos propuesto evaluar el cumplimiento de las normas del programa de Atención Prenatal en el Municipio de Bonanza de la Región Autónoma del Atlántico Norte, pues se ha sugerido que un adecuado y cuidadoso control prenatal y el mejoramiento en la calidad de la historia clínica, mediante el uso permanente y aplicación correcta de las normas, asociado al auto cuidado de la embarazada mediante la promoción de la educación para el reconocimiento de signos de alarma, facilita la detección precoz de complicaciones del embarazo y su referencia oportuna, lo cual ha demostrado ser eficaz en la reducción de los indicadores de mortalidad Materna y morbimortalidad perinatal.

Por consiguiente consideramos que este trabajo será de utilidad, ya que permitirá conocer en qué se está fallando y qué debemos mejorar para brindar la máxima seguridad a la embarazada y al feto, así como impulsar la realización de nuevos estudios especialmente en estas zonas de difícil acceso donde de manera histórica se concentran el mayor número de muertes maternas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cómo se encuentra el cumplimiento de las Normas del Programa de Atención Prenatal en el Municipio de Bonanza de la Región Autónoma del Atlántico Norte?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el cumplimiento de las Normas del Programa de Atención Prenatal en el Municipio de Bonanza de la Región Autónoma del Atlántico Norte.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer los indicadores de cobertura del programa de Atención prenatal en el Municipio de Bonanza.
2. Valorar el cumplimiento de las actividades del Programa de Atención Prenatal.
3. Determinar los alcances de las actividades educativas del Control Prenatal en las usuarias del programa.

MARCO TEÓRICO

I. DENIFICIÓN Y GENERALIDADES

➤ **DEFINICIÓN:** Se entiende por control prenatal a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.^{6, 10, 25, 26,27.}

➤ **OBJETIVOS:** El control prenatal persigue los siguientes objetivos:

- a) Brindar contenidos educativos para la salud de la madre, la familia y la crianza.
- b) Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.
- c) Vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal.
- d) Detectar enfermedades maternas subclínicas.
- e) Aliviar molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- f) Preparar a la embarazada física y síquicamente para el nacimiento.^{6, 10, 25, 26, 27}

➤ **REQUISITOS BÁSICOS:** la atención prenatal debe cumplir con cinco requisitos básicos.

- **Precoz:** debe ser efectuado en el primer trimestre de la gestación. Esto posibilita la ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. Además torna factible la identificación precoz de embarazos de alto riesgo, aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir y el lugar en que esta ha de realizarse.

- Periódico: las consultas se programan según los riesgos de cada mujer embarazada. Las de alto riesgo, necesitan una mayor cantidad de consultas, cuyo número varía según el tipo de problema que presenten. Las de bajo riesgo requieren un número menor. En nuestro país las normas establecen que aquellos de bajo riesgo se deben de programar al menos 4 controles.
- Completo: El contenido mínimo de las consultas debe garantizar acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.
- Amplia cobertura: Cada territorio debe conocer a todas sus embarazadas y los embarazos esperados. Se debe plantear metas de cobertura. Lo ideal sería controlar al 100% de las embarazadas, si es menor de la meta se debe aplicar metodologías de enfoque de riesgo. En la medida que el porcentaje de población bajo control es más alto se espera que aumente su contribución a la reducción de la morbilidad perinatal.
- Gratuidad: incluyendo los exámenes de laboratorio básico.^{6, 10, 25, 26, 27}

➤ BARRERAS

- Su costo: cobro de aranceles a la usuaria, gastos de transporte, pérdidas de horas laborales, etc. Reducen el acceso al control prenatal.
- Inadecuada capacidad del equipo de salud (calidad y accesibilidad).
- Problemas en la organización para brindar la atención prenatal.
- Barreras de orden cultural y religioso.
- Inaccesibilidad geográfica.
- Falta de confianza en las bondades del Sistema de Salud y la necesidad de la atención Prenatal.
- Falta de promoción en las comunidades.
- Sobrecarga de trabajo doméstico que impide a las mujeres asistir a su consulta prenatal.^{6,10,25,26,27}

II. ACTIVIDADES Y OBJETIVOS DEL CONTROL PRENATAL⁶

ACTIVIDADES	OBJETIVOS
Fijar un cronograma para las visitas prenatales	Agendar las visitas prenatales de acuerdo a la edad gestacional en la primera consulta.
Administración de ácido fólico en periodo periconcepcional	Reducir la frecuencia de defectos del tubo neural, y de malformaciones cardiovasculares y renales
Categorizar a la embarazada según riesgo, examen físico, y llenado de HCPB	Clasificar a las embarazadas de acuerdo a las necesidades específicas, registro de la información
Evaluación en cada consulta de factores de riesgo.	Detectar embarazadas con necesidad de cuidados especiales y prevenir complicaciones.
Determinar Grupo sanguíneo y factor Rh	Prevenir y tratar la enfermedad hemolítica perinatal
Medir el peso pregestacional, la talla, la ganancia de peso durante la gestación y el nivel de hemoglobina.	Evaluar el estado nutricional materno
Identificar el embarazo inesperado y/o no deseado	Prevenir el abandono del control prenatal y el poco autocuidado durante el embarazo
Preparar a la mujer para la maternidad	Informar y lograr la participación de la embarazada y su familia en la identificación de signos de alerta, protagonismo en el parto, cuidados del puerperio, recién nacido.
Detectar tabaquismo y otras adicciones.	Intervención educativa para reducir el bajo peso y el parto de pretérmino.
Medir la presión arterial	Detectar tempranamente todo tipo de hipertensión durante el embarazo, reducción de preeclampsia, eclampsia.
Determinar el nivel de hemoglobina	Detectar anemia y necesidad de dosis más altas de hierro, mejorar la salud materno y oxigenación fetal
Suplemento con hierro y ácido fólico	Evitar la anemia.
Medida seriada de la altura uterina	Identificar los fetos con crecimiento normal, embarazos múltiples, y RCIU.
Medir glucemia	Detectar diabetes gestacional
Diagnóstico de sífilis, VIH, Chagas, Hepatitis B, Toxoplasmosis	Identificar estas infecciones para su tratamiento y/o control.
Urocultivo	Diagnosticar y tratar la bacteriuria asintomática, para reducir pielonefritis y parto de pretérmino.
Vacunar contra el tétanos	Prevenir el tétanos materno y neonatal.
Detectar presentación pelviana a término	Intentar versión externa, para evitar la cesárea por presentación pelviana y en caso de ser irreversible programar la operación cesárea al término.
Comunicar e instruir sobre las principales situaciones de riesgo materno-perinatal	Participación de las embarazadas para el auto cuidado e identificación precoz de patologías de riesgo.
Recomendar la lactancia natural y preparar a la madre para la lactancia exclusiva	Contribuir al crecimiento y desarrollo del niño y reducir la morbilidad infantil.
Informar sobre métodos anticonceptivos	Prevenir el embarazo no deseado, el aborto provocado y la mortalidad materna.
Estudio ecográfico	Detectar malformaciones fetales, localizar la placenta, vigilar el crecimiento fetal, anticipar el diagnóstico y confirmar el embarazo múltiple, ajustar la edad gestacional cuando la amenorrea es desconocida.
Recomendar el lugar para la asistencia del parto	Brindar una atención del parto y del recién nacido en el nivel de complejidad que corresponda al riesgo materno perinatal.

Modificado de Schwarcz, Díaz et al, 1995

III. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LAS CONSULTAS PRENATALES DE BAJO RIESGO.

Las actividades para el control prenatal deben estar dispuestas en un cronograma y en cada consulta deben confluír la mayor cantidad de estas, con la finalidad de reducir al mínimo útil el número de controles. En nuestro país las normas de Atención prenatal establecen un número mínimo de 4 consultas, siempre y cuando se trate de un embarazo de bajo riesgo. La captación tardía impone realizar las actividades correspondientes a las actividades anteriores.^{10, 27.}

ACTIVIDADES (Edad gestacional)	1 ^{ra} consulta	2 ^{da} consulta	3 ^{ra} consulta	4 ^{ta} consulta
	Antes de 20 SG ¹	De 20-24 SG	De 28-32 SG	De 36-38 SG
Anamnesis o Interrogatorio	*	*	*	*
Cálculo de Edad Gestacional	*	*	*	*
Diagnóstico del Embarazo	*			
Examen clínico completo	*	*	*	*
Medición de la talla	*			
Determinar peso actual.	*	*	*	*
Vacunación antitetánica ²		*	*	
Determinar grupo y RH	*			
Examen general de orina	*		*	
Determinar hemoglobina	*		*	
Entrega de hierro y ácido fólico.	*	*	*	*
Glicemia	*			
VDRL	*		*	
VIH – Test de Elisa ³	*			
Examen odontológico	*			
Examen de mamas	*	*	*	*
Papanicolau	*			
Tomar presión arterial	*	*	*	*
Evaluar crecimiento fetal	*	*	*	*
Diagnóstico de vida fetal ⁴		*	*	*
Dx de número de fetos ⁵		*	*	*
Dx de presentación fetal.			*	*

Valoración de la pélvis.				*
Contenidos educativos	*	*	*	*
Evaluar riesgo perinatal	*	*	*	*
Cultivo de secreción vaginal	*		*	
Urocultivo ⁶	*			

1. Lo más precoz posible, antes de las 12 semanas.
2. Ajustarse a las Normas nacionales del Programa Ampliado de Inmunización
3. Voluntaria a población general y previa consejería y consentimiento a parejas con prácticas de riesgo.
4. El diagnóstico es anticipado si se dispone de Ultrasonido.
5. Idem al anterior.
6. Según posibilidades locales y antecedentes de la embarazada.

➤ HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

El primer contacto con la mujer gestante debería ser utilizado para realizar la historia clínica, dado que es la mejor fuente de información para evaluar los diferentes riesgos y de esta forma convertirse en un elemento de planificación para el futuro cuidado prenatal. La experiencia de la utilización de métodos de recolección de la información como es la historia clínica perinatal base ha mostrado un déficit en el llenado de la misma, impidiendo realizar un correcto análisis de la información.⁶

Con el **Interrogatorio** comienza el examen clínico de toda gestante y este debe incluir:

- Identificación de la gestante (nombres y apellidos, domicilio, localidad, teléfono, establecimiento, edad), puesto que existe acuerdo en considerar a las embarazadas de 16 a 35 años como el grupo etario de menor riesgo perinatal.²⁷
- Estado socio – económico y educacional (nivel educacional, estado civil); la fuerte asociación existente entre malos resultados perinatales y bajo nivel socio – educacional obliga a considerar estos último, toda vez que se evalúa el riesgo de una gestante. Su deterioro se asocia a un menor número de consultas prenatales, a familias más numerosas, a hacinamiento, a mayor porcentaje de embarazadas que realizan trabajo físico, al mantenimiento de la actividad laboral hasta épocas más avanzadas del embarazo.²⁷

- Antecedentes familiares (diabetes, tuberculosis pulmonar, hipertensión, embarazos múltiples), se tratará de saber la existencia de alguno de estos antecedentes que obliguen a adoptar medidas especiales de diagnóstico o de tratamiento. ²⁷
- Antecedentes personales (tuberculosis pulmonar, diabetes, hipertensión, cirugía pélvico uterina, infertilidad, otros); con el objetivo de evaluar el daño que la enfermedad pudo haber causado y como puede repercutir desfavorablemente sobre el embarazo. ²⁷
- Antecedentes obstétricos; pues los datos relativos a los embarazos anteriores tienen valor para el pronóstico del actual embarazo. Hay una tendencia a que el riesgo se repita. ²⁷
- Datos del embarazo actual: se interrogará en forma precisa y tranquila acerca del primer día y el mes de la última menstruación y si estos datos son confiables a partir de ellos se calcula la edad del embarazo y la fecha probable de parto. ²⁷

➤ **DETERMINACIÓN DE LA EDAD GESTACIONAL**

Se efectuará tomando en consideración la fecha de última menstruación (FUM), calculando la semana actual de embarazo por las reglas clásicas (Pinard, Wahl o Naegele) o haciendo uso del gestograma. En caso de duda la edad gestacional se puede corroborar por la medición de la altura uterina con la cinta obstétrica o por medio de la antropometría ecográfica. ²⁷

➤ **CONFIRMACIÓN DEL EMBARAZO**

Se debe pensar en embarazo en toda mujer con ciclos regulares que presenta un atraso en la aparición de su menstruación. El examen gineco-obstétrico al comprobar modificaciones de tamaño del útero comprueba los signos de probabilidad. Los signos de certeza se logran por la auscultación de los latidos fetales o por visualización ecográfica del saco gestacional y del embrión. También se confirma el embarazo por métodos bioquímicos como es la determinación de la hormona Gonadotropina Coriónica y su subunidad beta, la más precoz para el diagnóstico de embarazo. ⁶

➤ **EXAMEN CLÍNICO COMPLETO**

A toda gestante que concurre a control prenatal se debe realizar un examen clínico completo, en el transcurso de la primera visita, de modo que con los datos que aporta, surgen si existen estados mórbidos que requieren profundizar su estudio o tratamiento y si estos pueden resolverse en el primer nivel de atención o debe referirse.²⁷

➤ **VACUNACIÓN ANTI – TETÁNICA**

El tétanos, a pesar de tratarse de una enfermedad evitable mediante una inmunización activa de la gestante, sigue causando innumerables muertes en el período neonatal. En algunos países la enfermedad afecta de 0.5 a 10% o más de todos los nacidos vivos. La información hasta el momento ha demostrado que la inmunización de las madres las protege a ellas y al neonato del tétanos.^{6,27}

Esta inmunización debe ser realizada con dos dosis, la primera de ellas entre las semanas 20 y 24 y la segunda entre las 26 y 32 semanas. Las embarazadas que han recibido dosis previas deben recibir una sola dosis (refuerzo) en el embarazo actual.^{6,27}

➤ **DETERMINACIÓN DEL GRUPO SANGUÍNEO Y DEL FACTOR RH.**

La iso inmunización por factor Rh, es un proceso que puede ser modificado con el uso de gammaglobulina anti D hiperinmune. Las mujeres Rh negativas cuyos hijos son Rh positivos, compatibles al sistema ABO, tienen 16% de probabilidad de iso inmunizarse como consecuencia de ese embarazo y de ellos, 0,3 a 1,9 % se sensibilizan antes del nacimiento.^{6,27}

La aplicación de la gammaglobulina anti D, dentro de las 72 h. del parto, a púerperas Rh negativas no sensibilizadas, con hijo Rh positivo, protege en un 84% la probabilidad de sensibilización. Por tanto en la primera consulta se debe solicitar determinación de grupo sanguíneo y factor Rh de la embarazada.^{6,27}

➤ **EXAMEN DE ORINA Y UROCULTIVO**

Dado que aproximadamente un tercio de los casos de bacteriuria asintomático no tratados evolucionan hacia una infección sintomática en el curso de la gestación y también presentan mayor frecuencia de infección posparto, se recomienda su detección y tratamiento.²⁷

La bacteriuria asintomática, se da entre el 5 y el 10% de los embarazos. La detección de colonias de más de 100.000 bacterias/ml en una sola muestra del chorro medio de orina se acepta como diagnóstico.⁶

Dado que la calidad de las pruebas rápidas de tamizaje en el embarazo es poco confiable, cuando es posible se sugiere, realizar de rutina un urocultivo (que permanece como patrón oro en el diagnóstico), en la primera consulta prenatal, sin importar la edad de gestación.^{6,27}

El tratamiento de la bacteriuria asintomática durante el embarazo evita el desarrollo de pielonefritis aguda en un 75%. La eficacia conocida de los antibióticos para controlar la bacteriuria asintomática y reducir la incidencia de pielonefritis, también se asocia con una reducción del 40% de los nacimientos de pretérmino y bajo peso al nacer.⁶

➤ **DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA. ADMINISTRACIÓN DE HIERRO Y ÁCIDO FÓLICO.**

La anemia hipocrómica y microcítica, por déficit de hierro, es un hallazgo frecuente en la gestación, motivo por el cual en el primer control prenatal de rutina, se debe solicitar una determinación de hemoglobina. Se considera valor normal una cifra \geq a 11 g/l en cualquier momento de la gestación. En las embarazadas, la anemia por deficiencia de hierro produce:

- Aumento del riesgo de mortalidad materna posparto (en anemias severas)
- Aumento del riesgo de prematurez
- Retardo del crecimiento fetal
- Cansancio, apatía (que dificulta el cuidado de sí misma y del recién nacido)^{6,27}.

Ninguna dieta es suficiente para proveer la cantidad de hierro que se requiere; si la mujer no tiene reservas previas la consecuencia natural es que al final del embarazo esté anémica. También aumenta los requerimientos de ácido fólico. Es por ello, que es conveniente complementar la alimentación de la embarazada con un aporte de hierro y ácido fólico. ^{6,27}

Suplemento con Hierro

La provisión de suplementos rutinarios con hierro a embarazadas que no presentan anemia por deficiencia de hierro (hemoglobina ≥ 11 g/dl) tiene un resultado positivo en la reserva de hierro.

El hierro debe ser administrado a las mujeres embarazadas desde la primera visita hasta 3 meses post-parto en una dosis diaria de 60 mg de hierro elemental y 400 microgramos de ácido fólico (comprimido). ⁶

Suplemento con Folatos

La deficiencia de ácido fólico produce anemia megaloblástica y puede tener efectos sobre el peso al nacer, nacimientos de pretérmino, y defectos del tubo neural. ⁶

Durante el embarazo, en especial en el primer trimestre, las células se dividen con rapidez, lo cual conduce a un incremento de los requerimientos de folatos. La suplementación rutinaria, debe iniciarse desde el primer control prenatal. La dosis recomendada diaria es de 400 microgramos por vía oral. ⁶

➤ **DETERMINACIÓN DE GLICEMIA**

Se estima que la asociación de diabetes mellitus y embarazo se presenta entre el 0.1% y el 0.5% de las gestantes y que la incidencia de diabetes gestacional, se encuentra entre 1 y 3%. Entre las 24 y 28 semanas de gestación debe ser implementado un tamizaje selectivo para diabetes y si existen factores de riesgo es conveniente hacerlo en el primer contacto y repetir la detección en las que el resultado es negativo. ^{6,27}

➤ **SÍFILIS**

La sífilis puede infectar al feto a través de la placenta y causar aborto, mortinato, malformaciones y enfermedades neonatales. Una madre infectada puede transmitir la enfermedad a su feto tan tempranamente como en las 9 semanas de amenorrea, pero la transmisión generalmente tiene lugar luego de la semana 16 de la gestación. Si las mujeres son detectadas precozmente y tratadas oportunamente los riesgos tanto fetales como neonatales son minimizados.^{6, 27}

Una intervención oportuna debería ser la determinación de VDRL en el período preconcepcional o en la primera consulta. Si la primera determinación se realizó antes de la semana 20 se la repetirá en el tercer trimestre. En las mujeres no controladas previamente se deberá efectuar el estudio serológico en el momento del parto.^{6, 27}

➤ **VIH/SIDA.**

El riesgo de infectarse que tiene un recién nacido de madre VIH positivo no tratada es del 13% al 39%. El momento en que se realiza la transmisión es incierto pero ciertas evidencias sugieren que el mayor riesgo de la transmisión es durante el parto y la lactancia. Por tanto, conocer el estado serológico de las mujeres embarazadas brinda claros beneficios como son el diagnóstico y tratamiento tempranos, permitiendo disminuir la tasa de transmisión vertical. Por consiguiente, la realización rutinaria de las pruebas diagnósticas, con el consentimiento de la embarazada debe ser recomendado.⁶

➤ **EXAMEN ODONTOLÓGICO**

El examen bucal debe incluirse dentro de la exploración física prenatal general. Con el se pretende diagnosticar la existencia de posibles focos sépticos dentarios. El embarazo raramente es contraindicación para el tratamiento dental.²⁷

➤ **EXAMEN DE MAMAS**

Existen modificaciones gestacionales en las mamas, que deben ser especialmente tenidas en cuenta para no confundirlas con alteraciones patológicas. Los cambios de volumen, consistencia y forma, el aumento de la pigmentación, la aparición de una red venosa y la secreción de calostro son cambios fisiológicos. Pero tumores, las grandes asimetrías, sangrado por el pezón, retracciones y umbilicación del pezón y otras anomalías, deberán ser referidas al nivel de complejidad adecuado.²⁷

➤ **EXAMEN GENITAL. PAPANICOLAOU. COLPOSCOPIA.**

Deberá efectuarse un correcto examen ginecológico que deberá incluir: inspección vulvar, especuloscopia, colposcopia, toma de papanicolaou de cervix uterino, tacto vaginal y palpación abdominal simultánea.²⁷

El estudio citológico de las células de descamación cérvico – vaginales con tinción con la técnica de Papanicolaou, sigue siendo el estudio más eficaz para la pesquisa de las neoplasias cervicales. Debería usarse en forma rutinaria en toda mujer embarazada prescindiendo del aspecto del cuello uterino. Otro aliado diagnóstico inestimable es la colposcopia que debería ser utilizada siempre que la citología sea sospechosa o existan alteraciones cervicales en el examen clínico.²⁷

➤ **DETERMINACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL.**

La hipertensión arterial durante la gestación debe definirse como una presión diastólica de 90 mmHg o más, independientemente de registros previos. Una presión arterial sistólica de 140 o mayor, a pesar de que no necesariamente define hipertensión en el embarazo, debe garantizar un seguimiento cercano de la paciente y del feto.^{6,27}

La complicación más importante de la enfermedad hipertensiva en el embarazo es la preeclampsia grave-eclampsia, dado que esta tiene una alta tasa de mortalidad materna y perinatal si no es tratada rápida y adecuadamente.²⁷

Si bien el tamizaje (medida de la presión arterial, proteinuria, signos clínicos) debe ser realizado en todas las gestantes hay que poner mayor énfasis en grupos con factores que aumentan el riesgo de preeclampsia (primigrávidas, embarazo múltiple, preeclampsia en gestación previa, obesidad severa, hipertensión crónica y diabetes).²⁷

➤ **EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO FETAL POR MEDIO DE LA ALTURA UTERINA, GANANCIA DE PESO MATERNO, ECOGRAFÍA.**

Estas alteraciones pueden ser por defecto: retardo en el crecimiento intrauterino (RCIU), o por exceso (macrosomía fetal).²⁷

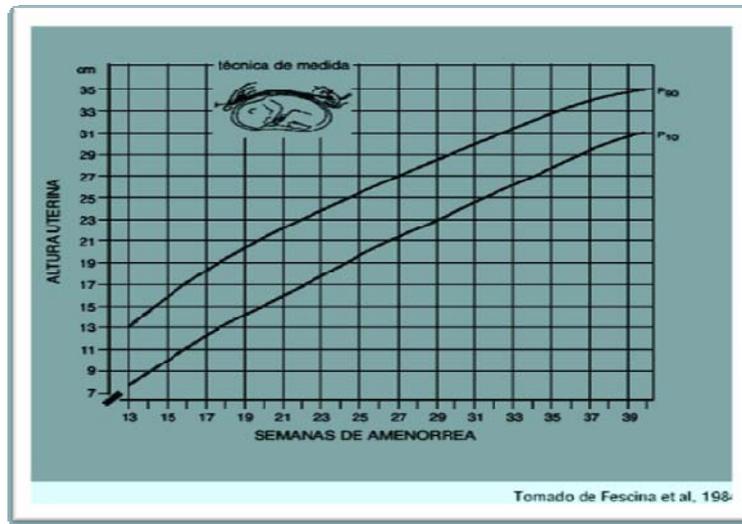
Un feto tiene un RCIU, cuando su crecimiento es menor que el esperado para la edad gestacional. En general, su peso al nacer es menor que el valor del percentil 10 de los patrones normales de peso neonatal en función de la edad gestacional.²⁷

Un feto macrosómico (grande para su edad gestacional), cuando al nacer tiene un peso mayor que el valor del percentil 90 de los patrones de peso neonatal en función de la edad gestacional.²⁷

Evaluación del incremento de la altura uterina.

La medida seriada de la altura uterina durante el control prenatal permite verificar el crecimiento fetal normal y detectar posibles desviaciones. Para ello se diseñó una curva de altura uterina en función de la edad gestacional. Se considera un crecimiento normal cuando la medida se encuentra entre los p10 y p90 de dicha curva. Cuando los datos de amenorrea son confiables y se descarta la posibilidad de feto muerto y oligoamnios la medida de la altura uterina permite diagnosticar un crecimiento intrauterino retardado con una sensibilidad de 56% y una especificidad del 91%. Para diagnosticar macrosomía fetal una vez descartada la gestación múltiple, Polihidramnios y miomatosis uterina la sensibilidad es de 92% y la especificidad de 72%.^{6,27}

Curva de altura uterina



En la figura se muestra la técnica de medida en la cual se fija la cinta métrica al borde superior del pubis con una mano, deslizándola entre los dedos índice y medio de la otra mano hasta llegar a tocar con el borde cubital al fondo uterino.⁶

Ganancia de peso materno durante la gestación.

Tiene como objetivo evaluar el estado nutricional durante la gestación para:

- Identificar a las gestantes con déficit nutricional o sobrepeso al inicio de la gestación.
- Detectar a las gestantes con ganancia de peso menor o excesivo para la edad gestacional, en función del estado nutricional previo.
- Permitir orientarlas a conductas adecuadas en cada caso, mejorando su estado nutricional, sus condiciones para el parto y el peso del recién nacido.⁶

El peso pregravídico insuficiente, y el aumento insuficiente o excesivo de peso durante la gravidez se asocian con resultados perinatales adversos. Una ganancia de peso normal durante la gestación se considera cuando oscila entre 8 y 16 Kg. a final de la gestación. La mujer que inicia su gestación con un peso adecuado para su talla deberá incrementar aproximadamente el promedio de ganancia de peso (12 Kg.), la paciente que inicia su embarazo con un peso bajo para

su talla deberá incrementar entre 12 a 16 Kg. y la mujer con sobre peso deberá aumentar entre 8 y 12 Kg. El incremento máximo se da entre las 12 y 24 semanas de amenorrea.⁶

Actividad: Medición del peso y la talla materna, calculando el aumento de peso durante la gestación.^{6,27}

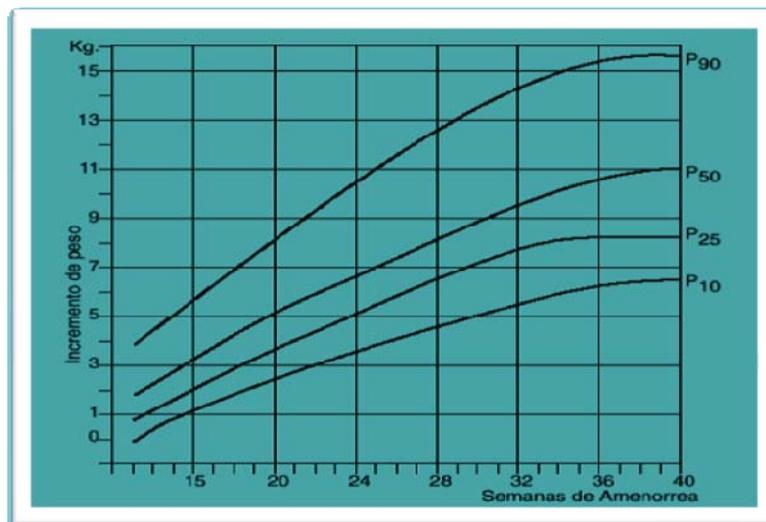
Técnica de medida: Debe medirse el peso en todas las consultas prenatales con la embarazada descalza y con ropa liviana. Se recomienda utilizar balanzas de pesas para que puedan ser calibradas periódicamente. La talla deberá ser medida en la primera consulta, la gestante deberá estar descalza con los talones juntos, erguida con los hombros hacia atrás, mirando hacia el frente.^{6,27}

Interpretación del aumento de peso con edad gestacional conocida

Adecuado: cuando el valor del aumento de peso se encuentra entre el percentil 25 y el 90.

Alerta: cuando el valor de peso se encuentra por encima del percentil 90 o por debajo del percentil 25.⁶

Incremento de peso materno en función de la edad gestacional



Tomado de Schwarcz, Díaz et al, 1995

Percentilos de Ganancia de peso materno y altura uterina según edad gestacional

Incremento del Peso Materno en Kg Percentilo		Semanas	Altura Uterina* en cm Percentilo	
25	90		10	90
0.4	3.5	13	8.0	12.0
1.2	4.0	14	8.5	14.5
1.3	4.5	15	9.5	15.0
1.8	5.4	16	11.5	18.0
2.4	6.1	17	12.5	18.0
2.6	7.0	18	13.5	19.0
2.9	7.7	19	14.0	19.5
3.2	8.3	20	15.0	21.0
4.1	8.6	21	15.5	21.5
4.5	9.4	22	16.5	22.5
4.8	10.2	23	17.5	23.0
5.1	10.8	24	18.5	24.0
5.6	11.3	25	19.5	25.5
5.9	11.6	26	20.0	25.5
6.1	11.7	27	20.5	26.5
6.4	11.9	28	21.0	27.0
6.6	12.1	29	22.5	28.0
7.0	13.5	30	23.5	29.0
7.1	13.9	31	24.0	29.5
7.6	14.5	32	25.0	30.0
7.7	14.7	33	25.5	31.0
7.9	15.0	34	26.0	32.0
7.9	15.4	35	26.5	33.0
8.0	15.6	36	28.0	33.0
8.0	15.8	37	28.5	34.0
8.0	16.0	38	29.5	34.0
8.0	16.0	39	30.5	34.0
8.0	16.0	40	31.0	34.5

Tomado de Schwarcz, Díaz et al, 1995

Interpretación:

Adecuado: cuando con una edad gestacional determinada el peso alcanzado se encuentra entre los p10 y p90 de la tabla de referencia.

Alerta: cuando con una edad gestacional determinada el peso alcanzado supera el p90 o es inferior al p10.

Percentilos de peso para la talla según la edad gestacional

Edad gestacional en semanas	Cm de altura										
	140	143	146	149	152	155	168	161	164	167	169
13	P10	38.6	40.0	41.3	42.8	42.8	42.2	45.6	47.2	49.0	52.2
	P90	51.3	53.1	54.9	57.0	58.8	60.7	62.7	65.1	67.2	69.4
14	P10	39.5	40.9	42.3	43.8	45.2	46.7	48.3	50.1	51.8	53.4
	P90	52.7	54.5	56.4	58.5	60.3	62.3	64.4	66.8	69.0	71.2
15	P10	40.4	41.8	43.3	44.9	46.3	47.8	49.4	51.3	53.0	54.6
	P90	53.1	55.0	56.9	59.0	60.8	62.8	64.9	67.4	69.6	71.8
16	P10	41.3	42.8	44.2	45.9	47.3	48.9	50.5	52.4	54.1	55.9
	P90	53.6	55.5	57.3	59.5	61.4	63.4	65.5	68.0	70.2	72.5
17	P10	42.4	43.7	45.2	46.9	48.4	49.9	51.6	53.6	55.3	57.1
	P90	54.0	55.9	57.8	60.0	61.9	63.9	66.0	68.5	70.8	73.1
18	P10	42.7	44.2	45.7	47.4	48.9	50.5	52.2	54.1	55.9	57.7
	P90	54.0	55.9	57.8	60.0	61.9	63.9	66.0	68.5	70.8	73.1
19	P10	43.6	45.1	46.1	48.4	49.9	51.6	53.3	55.3	57.1	58.9
	P90	54.0	55.9	57.8	60.0	61.6	63.9	66.0	68.5	70.8	73.1
20	P10	44.5	46.1	47.6	49.4	51.0	52.6	54.4	56.4	58.3	60.2
	P90	51.5	56.4	58.3	60.5	62.4	64.4	66.6	69.1	71.4	73.7
21	P10	45.4	47.0	48.6	50.4	52.0	53.7	55.5	57.6	59.5	61.4
	P90	54.5	56.4	58.3	60.5	62.4	64.4	66.6	69.1	71.4	73.7
22	P10	45.9	47.5	49.1	50.9	52.5	54.2	56.1	58.2	60.1	62.0
	P90	54.9	56.9	58.8	61.0	62.9	65.0	67.2	69.7	72.0	74.3
23	P10	46.3	47.9	49.6	51.4	53.0	54.8	56.6	58.8	60.7	62.6
	P90	54.9	56.9	58.8	61.0	62.9	65.0	67.2	69.7	72.0	74.3
24	P10	46.8	48.4	50.1	51.9	53.6	55.3	57.2	59.3	61.3	63.2
	P90	55.4	57.3	59.3	61.5	63.4	65.5	67.7	70.3	72.6	74.9
25	P10	47.2	48.9	50.5	52.4	54.1	55.8	57.7	59.9	61.9	63.9
	P90	55.8	57.8	59.8	62.0	64.0	66.1	68.5	70.8	73.2	75.5
26	P10	47.2	48.9	50.5	52.4	54.1	55.8	57.7	59.9	61.9	63.9
	P90	56.3	58.3	60.3	62.5	64.5	66.6	68.8	71.4	73.8	76.1
27	P10	47.7	49.3	51.0	52.9	54.6	56.4	58.3	60.5	62.5	64.5
	P90	56.3	58.3	60.3	62.5	64.5	66.6	68.8	71.4	73.8	76.1
28	P10	47.7	49.3	51.0	52.9	54.6	56.4	58.3	60.5	62.5	64.5
	P90	56.8	58.8	60.8	63.0	65.0	67.1	69.4	72.0	74.4	76.8
29	P10	47.7	49.3	51.0	52.9	54.6	56.4	58.3	60.5	62.5	64.5
	P90	56.8	58.8	60.8	63.0	65.0	67.1	69.4	72.0	74.4	76.8
30	P10	48.1	49.8	51.5	53.4	55.1	56.9	58.8	61.6	63.1	65.1
	P90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4
31	P10	48.1	49.8	51.5	53.4	55.1	56.9	58.8	61.1	63.1	65.1
	P90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4
32	P10	48.6	50.3	52.0	53.9	55.6	57.5	59.4	61.6	63.7	65.7
	P90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4
33	P10	48.6	50.3	52.0	53.9	55.6	57.5	59.4	61.6	63.7	65.7
	P90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4
34	P10	48.6	50.3	52.0	53.9	55.6	57.5	59.4	61.6	63.7	65.7
	P90	59.9	59.7	61.7	64.0	66.0	68.2	70.5	73.2	75.6	78.0
35	P10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	66.3
	P90	58.1	60.2	62.2	64.5	66.6	68.7	71.0	73.7	76.2	78.6
36	P10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	66.3
	P90	58.1	60.2	62.2	64.5	66.6	68.7	71.0	73.7	76.2	78.6
37	P10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	66.3
	P90	58.6	60.6	62.7	65.0	67.1	69.3	71.6	74.3	76.8	79.2
38	P10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	67.1
	P90	59.0	61.1	63.2	65.5	67.6	69.8	72.1	74.9	77.3	80.7
39	P10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	67.1
	P90	59.5	61.6	63.7	66.0	68.1	70.3	72.7	75.5	77.9	81.4

Tomado de Schwarcz, Díaz et al, 1995

Cuando la gestante no conoce el peso habitual antes de la gestación se calcula su ganancia normal en un aumento medio de 400 grs. por semana en el segundo trimestre y de 300 grs. en el tercer trimestre.^{6,27}

Otra forma de evaluar el peso cuando se desconoce el peso pregravídico es utilizar la tabla de peso materno para la talla según la edad gestacional. En la intersección de cada semana de amenorrea con la talla materna se presentan los percentiles 10 y 90 del peso gravídico calculados a partir de las tablas del peso actual / peso de referencia. Se procede a medir y pesar a la gestante y se observa el valor de la tabla según la edad gestacional.^{6,27}

Ecografía

Se trata del examen complementario más seguro para diagnosticar las alteraciones del crecimiento fetal. Permite diferenciar entre retardo de crecimiento simétrico y asimétrico y además, los detecta más precozmente que las medidas clínicas. Tiene como inconveniente, el costo del equipamiento y la necesidad de personal entrenado.²⁷

➤ **CONFIRMACIÓN DE LA EXISTENCIA DE VIDA FETAL.**

Los parámetros más usados para comprobar la vida fetal, son los movimientos fetales y la actividad cardíaca fetal.²⁷

Movimientos fetales: pueden ser percibidos por distintos métodos:

- **Palpación abdominal:** se detectan a partir de las 20 semanas, con la gestante en decúbito lateral y la mano del observador sobre el abdomen.
- **Percepción materna:** la gestante percibe los movimientos a edad gestacional variable, por lo general en la primípara entre las 18 y 20 semanas y algo antes en la múltipara.
- **Ecografía:** alrededor de la 7ma. Semana en exploraciones transvaginales y 9na. en transabdominales.^{6,27}

Actividad cardíaca fetal:

- Audición con estetoscopio: por este método pueden percibirse entre las 20 y 25 semanas. Su frecuencia en condiciones normales oscila, entre 120 y 160 latidos por minuto.
- Efecto Doppler: por este método puede comenzar a detectarse a partir de la semana 14 y se localiza en posición supra – púbrica.
- Ecografía: es visible a partir de la 8va semana por vía transabdominal y alrededor de las 6 semanas por vía transvaginal. ^{6,27}

➤ **DIAGNÓSTICO DE NÚMERO DE FETOS**

La frecuencia de embarazo múltiple es del 1.5 al 2% de todos los nacimientos. La mitad de los embarazos dobles terminan en partos de pretérmino y la asociación con mortalidad neonatal precoz es alta. Cuando la altura uterina de la embarazada, en el segundo trimestre supera el percentil 90, con líquido amniótico normal, debe sospecharse embarazo múltiple debiendo confirmarse con el estudio ecográfico. ^{6,27}

➤ **DIAGNÓSTICO DE PRESENTACIÓN FETAL**

Presentación es la parte fetal en contacto con la pelvis materna, capaz de desarrollar un mecanismo de parto. Puede ser la cabeza fetal (presentación cefálica) o las nalgas (presentación podálica). En caso de ser el hombro fetal, se denomina situación transversa y nunca termina espontáneamente en parto por vía vaginal. ^{6,27}

Presentación podálica: La frecuencia de la presentación podálica, en embarazadas de término, con feto único, de peso igual o mayor a 2500 grs. varía entre 2,5 % y 3 % de los partos. ^{6,27}

Situación transversa: Su frecuencia es menor a 1 cada 200 partos. Dejada a su evolución espontánea termina en rotura uterina, con alto riesgo de muerte materna y fetal. ^{6,27}

Conducta: A partir de la semana 28 se debe determinar en todos los controles prenatales la situación y presentación fetal, pero no se debe realizar ninguna maniobra. Luego ante el diagnóstico de presentación o situación fetal anormal más allá de la semana 32, es conveniente evaluar el caso por la posibilidad de intentar la acomodación externa del feto (versión externa), la cual debe ser llevada a cabo, únicamente, por personal capacitado y ambiente con recursos para resolver las complicaciones que puedan presentarse, por tanto cuando esta fracasa o no se puede practicar por contraindicaciones del caso, se debe programar la operación cesárea.^{6,27}

➤ **VALORACIÓN DE LA PELVIS**

Se hará un interrogatorio orientado a recabar datos sobre partos anteriores y existencia de afecciones o traumatismos que pudieran haber afectado la pelvis. En las multíparas un dato que permite suponer un buen canal óseo es el antecedente de partos previos de niños con peso mayor de 3000grs. El diagnóstico de una presentación cefálica encajada también permite descartar alteraciones pelvianas a nivel del estrecho superior y medio.²⁷

En casos donde no se tenga antecedentes evidentes de capacidad pélvica, conviene luego de la semana 30, realizar un examen del canal con pelvimetría y pelvigrafía y ante la sospecha de estrechez pélvica, se deberá planificar la referencia oportuna para la atención del parto de alto riesgo.²⁷

➤ **ENFOQUE DE RIESGO**

El enfoque de riesgo se fundamenta en el hecho que no todos los individuos tienen la misma probabilidad o riesgo de padecer un daño determinado, sino que para algunos, dicha probabilidad es mayor que para otros. Esta diferencia establece un gradiente de necesidades de cuidados que va desde un mínimo para las mujeres de bajo riesgo - o baja probabilidad - de presentar un daño, hasta un máximo, necesario solo para aquellas con alta probabilidad de sufrir problemas vinculados al proceso reproductivo.⁶

El uso simple de listados, permite separar a las gestantes en dos grupos, en base a características cuya presencia en la embarazada la califican de alto riesgo y la excluyen del control prenatal de bajo riesgo. Entre los factores que aumentan el riesgo perinatal y que necesitan acciones de mayor complejidad, se citan:

Características individuales	Historia reproductiva anterior	Desviaciones obstétricas en el embarazo actual	Enfermedades clínicas
<p>Edad < de 17 años o >de 35 años.</p> <p>Ocupación: esfuerzo físico, carga horaria, exposición a agentes físicos, químicos y biológicos, estrés.</p> <p>Desocupación personal y/o familiar</p> <p>Situación inestable de la pareja.</p> <p>Baja escolaridad.</p> <p>Talla baja</p> <p>Peso < de 45 Kg.</p> <p>Dependencia de drogas ilícitas y abuso de fármacos en general.</p>	<p>Muerte perinatal en gestación anterior.</p> <p>R.N con peso al nacer < de 2500 grs. o ≥ de 4000 grs.</p> <p>Aborto habitual</p> <p>Cirugía uterina anterior</p> <p>Hipertensión</p> <p>Nuliparidad o multiparidad</p> <p>Intervalo inter - genésico < de 2 años</p>	<p>Desviaciones en el crecimiento fetal, número de fetos o del volumen del líquido amniótico.</p> <p>Ganancia de peso inadecuado.</p> <p>Amenaza de parto de pretérmino o gestación prolongada</p> <p>Pre-eclampsia</p> <p>Hemorragias durante la gestación</p> <p>Madre con factor Rh negativo con o sin sensibilización.</p> <p>Óbito fetal</p>	<p>Cardiopatías</p> <p>Neuropatías</p> <p>Nefropatías</p> <p>Endocrinopatías</p> <p>Hemopatías</p> <p>Hipertensión arterial</p> <p>Epilepsia</p> <p>Enfermedades infecciosas</p> <p>Enfermedades autoinmunes</p> <p>Ginecopatías⁶</p>

IV. CONTENIDOS EDUCATIVOS DEL CONTROL PRENATAL

Este objetivo es fundamental para el éxito del control prenatal y de las futuras gestaciones. Constituyen puntos ineludibles los siguientes contenidos educacionales:²⁸

➤ **Importancia de la atención prenatal, cumplimiento de las próximas citas y parto institucional.**

Se explicará a la embarazada la importancia de realizar el control prenatal en forma periódica – mínimo 4 controles - y continúa, como un medio para detectar enfermedades que pueden afectar su salud durante el embarazo, vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal, disminuir las molestias y síntomas menores asociados al mismo y prevenir el riesgo de muerte o de alguna complicación, ubicándola si fuese necesario, en el nivel de atención que le corresponda, con la finalidad de obtener el mejor grado de salud para ella y su hijo, y finalmente el parto se realice sin complicaciones y termine felizmente con un recién nacido vivo, normal y a término.^{30, 31, 32,33, 34}

➤ **Promoción de la lactancia materna.**

La recomendación actual de la OMS y UNICEF, es mantener la lactancia materna en forma exclusiva hasta los 6 meses, momento en que recién deben agregarse otros líquidos y alimentos, manteniendo la lactancia todo el tiempo posible, incluso hasta el segundo año de vida del niño.⁶

Durante el control prenatal se deben realizar las siguientes actividades:

- Identificar mujeres en riesgo para la lactancia. (Fracasos anteriores, trabajo fuera del hogar, opinión de la madre y la familia desfavorable, etc.)
- Informar sobre los beneficios de la lactancia materna para el niño, la madre y la familia.
- Informar desventajas del uso del biberón y/o chupete así como de la incorporación de otros líquidos y/o otros alimentos (que incluye otras leches) antes de los seis meses de edad.
- Revisión rutinaria de mamas a efectos de descartar patología para la lactancia
- Indicar cuidados apropiados de higiene del pezón y mama: solo agua, aire y sol.
- Informar sobre técnicas correctas de amamantamiento
- Explicar maniobras de extracción de leche y alimentación a demanda del niño.^{6, 29}

Se debe brindar información sobre las ventajas de la lactancia materna:

- El mejor alimento que puede darle al niño desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad.
- Contiene todo lo que el niño necesita y en cantidad adecuada para que crezca sano.
- Contiene anticuerpos que sirven de protección en contra de enfermedades.
- La lactancia materna previene el cáncer de útero y de ovario.
- Ayuda a espaciar los embarazos.
- Economiza dinero.
- Ayuda a mantener la familia unida y feliz.
- Ayuda a involucionar el útero en el puerperio. ¹⁰

Detalles claves para amamantar:

- Iniciar en la primera media hora después del parto.
- Darlo cada vez que el niño lo pida.
- Cuido y ejercicio del pezón, a través de ejercicios de compresión del mismo.
- Cuido de grietas del pezón, aplicación de sustancias hidratantes (ej vaselina). ¹⁰

Posición adecuada para amamantar:

- Sentada en silla: con respaldo para evitar dolores de espalda, la cabeza del niño/a debe descansar en el pliegue del brazo de la madre.
- Acostada: es la posición más cómoda y ayuda a la madre a descansar mientras amamanta. Igual que en la posición anterior, el cuerpo del niño/a debe estar frente al cuerpo de la madre. “panza con panza”. ¹⁰

Aclarar los mitos y costumbres acerca de la lactancia y argumentar cada mito según el caso:

- No tener suficiente leche para “sustentar al niño”, para lo que se debe explicar que no se debe confundir llanto igual a hambre, que a más estímulos mayor producción de leche y que debe tomar líquidos.
- “Mi leche es rala”: explicar el contenido de la leche y la alimentación que debe tener para mejorarlo.

- “No doy de mamar porque estoy enferma”: explicar que son pocas las enfermedades que afectan la lactancia (solamente la galactosemia y fenilcetonuria son contraindicaciones absolutas de la lactancia materna).¹⁰

➤ **Nutrición**

La futura madre debe tratar de llegar al embarazo con un peso adecuado a su contextura. La subnutrición previa al embarazo, aumenta la morbilidad y mortalidad neonatal. Por otro lado, la obesidad, se asocia con Diabetes, Hipertensión y Macrosomía fetal, lo cual aumenta también el riesgo perinatal.^{6, 27}

Se debe explicar que durante el embarazo deberá ganar en promedio entre 8 y 16 k de peso, por lo cual es recomendable una dieta balanceada consistente en la ingesta de alimentos ricos en proteínas, vitaminas y minerales, principalmente calcio, hierro, ácido fólico y yodo.^{30, 31, 33}

Se debe orientar que alimentos son:

- Fuentes de calcio. Leche y derivados, como queso y crema, además de pescado, leguminosas y verduras de hoja verde.
- Fuentes de hierro y ácido fólico. Alimentos de origen animal, como hígado y huevo; frijoles, lentejas y verduras de hoja verde. Para mejorar la absorción de estos alimentos, combinar con alimentos ricos en vitamina C como guayaba, mandarina, naranja.
- Fuentes de yodo. Pescados y mariscos, además de la sal yodada.

Además sugerirle que tome suficiente cantidad de líquidos durante el día (8 vasos de agua) para facilitar el ritmo intestinal, dado que el estreñimiento es un problema común.^{10, 30, 31, 33}

➤ **Importancia de la vacunación antitetánica**

Explicar a la embarazada que la inmunización con toxoide tetánico (TT), previene el tétanos neonatal y el puerperal. El recién nacido queda protegido gracias a los anticuerpos antitoxina maternos, que pasan por la placenta al sistema circulatorio del feto y que la inmunización

adecuada es eficaz, incluso si la herida umbilical se infecta con *C. tetani*, previniendo así el tétanos neonatal.²⁷

➤ **Consejería sobre planificación familiar:** Se debe educar a la mujer acerca de los métodos planificación familiar y la aplicación de estos después del parto, en el puerperio y sus beneficios, entre los cuales cabe mencionar:

- Recuperación materna según intervalo intergenésico.
- Protección de la vida de la mujer, al evitar embarazos involuntarios.
- Los niños/as tienen mejor salud, al nutrirse mejor cuando se espacia la distancia entre ellos.
- Se disminuye la frecuencia de las enfermedades infantiles y la mortalidad en la niñez.
- Se ofrece mayor oportunidad de superación y estudio en las familias.
- Se cumple con mayor probabilidad de las metas familiares.^{10,35}

También se debe proporcionar información mínima necesaria de los diferentes métodos anticonceptivos que oferta el ministerio de salud en el post – parto y transcesárea.

Métodos de 1ra opción (métodos no hormonales)	Métodos de 2da opción (métodos solo de progestina)	Métodos de 3ra opción (métodos combinados de estrógeno y progestina)
<ul style="list-style-type: none"> ○ MELA ○ Métodos de barrera (condón). ○ Dispositivo intrauterino (DIU) ○ Esterilización femenina 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Píldora sólo de progestina ○ Inyectable de tres meses 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Anticonceptivos orales combinados (AOC) ○ Inyectables mensuales

Para las mujeres lactantes los AOC no deben utilizarse durante las primeras 6 semanas del posparto. Muchos expertos consideran que los AOC deben ser la ULTIMA opción durante cualquier estado de la lactancia, especialmente en las primeras 6 semanas a 6 meses. La razón fundamental es que incluso a dosis baja (30-35 mcg) se ha visto que disminuyen la producción de leche materna.^{36, 37, 38}

➤ **Preparación para el parto:** Existen una serie de signos y síntomas en la mujer que indican la proximidad del parto:

- Presencia de contracciones uterinas rítmicas y progresivas: Se pueden reconocer al percibir endurecimiento del abdomen, suelen ser dolorosas y normalmente se localizan en la región lumbar, el vientre, los genitales y las ingles. Al principio aparecen de forma irregular, hasta que poco a poco se hacen más intensas y regulares y con frecuencia de (al menos) 2 en 10 minutos durante 30 minutos.^{30, 31, 39}
- Desprendimiento del tapón mucoso: Su expulsión indica el inicio de la dilatación del cuello uterino y puede presentar manchas de sangre debido a la rotura de algunos capilares. Desde su expulsión pueden pasar varios días hasta que comience el parto.^{30, 31, 39}
- Rotura de la bolsa de aguas: expulsando el líquido amniótico que normalmente es transparente o ligeramente turbio. Puede ser expulsado de manera brusca o en forma de goteo, incluso en ocasiones el médico tiene que romper la bolsa durante el parto.^{30, 31, 39}

➤ **Orientación sexual.**

Los contenidos de este objetivo deben ser dados a la pareja. En un embarazo fisiológico la actividad sexual no está contraindicada, generalmente se permiten las relaciones sexuales durante todo el embarazo hasta las últimas semanas. Únicamente está proscrito en caso de dolor o sangrado post - coito, antecedente de aborto (primeros 3 meses), si hay contracciones uterinas, se rompe la bolsa de agua, picazón o flujo vaginal y especialmente en metrorragias, o en riesgo potencial de metrorragia, como la placenta previa, y en amenaza de parto prematuro o presencia de factores de riesgo para parto prematuro.^{28, 40, 41}

➤ **Estilos de vida**

Fumar: Alertar a la mujer que el tabaco es un tóxico directo sobre el feto y que está demostrado que su uso durante el embarazo en forma aislada o combinada aumenta el riesgo reproductivo y ha sido asociado con mayor proporción de: abortos espontáneos, muertes neonatales, bajo peso al

nacer, partos prematuros, muertes neonatales y disminución de la calidad y cantidad de la leche materna^{6,27}

Consumo de alcohol: Durante la gestación el alcohol debe evitarse en forma absoluta, en particular en el primer cuatrimestre de la gestación por asociarse con malformaciones fetales (puede ser teratogénico), y producir un síndrome característico identificado como “recién nacido de madre alcohólica”. Este síndrome se compone de alteraciones de la función cerebral, retardo en el crecimiento, alteraciones faciales externas.^{6,27}

Consumo de drogas: cocaína, heroína, metadona, anfetaminas, marihuana, etc. Se asocian con retardo de crecimiento intrauterino y muerte perinatal. Las mujeres que consumen drogas ilegales deben ser educadas sobre los daños que éstas producen en la descendencia.²⁷

➤ **Signos y síntomas de alarma**

Llamamos signos y síntomas de alarma a aquellos que son manifestaciones de procesos que pueden poner en peligro el curso normal del embarazo, bien porque pueden terminar con este prematuramente o porque pueden poner en peligro incluso la vida materna o fetal. Es imprescindible que la paciente los conozca y acuda rápidamente a la consulta cuando se presenten. Estos son:^{28,29}

- Pérdidas de sangre por vía vaginal.
- Contracciones uterinas, antes de la fecha probable de parto.
- Pérdida de líquido amniótico por genitales externos.
- Fiebre.
- Aumento rápido de peso.
- Visión disminuida o borrosa.
- Disminución o ausencia de movimientos fetales por más de 24 horas.
- Dolor de cabeza intenso y permanente.
- Náuseas y vómitos intensos y repetidos
- Dolor en el epigastrio
- Aumento de volumen de sus miembros inferiores y resto del cuerpo.^{6, 30, 31, 33 ,42}

➤ **Otras recomendaciones:**

- Cuide su higiene personal. Es recomendable la ducha diaria ya que durante la gestación aumenta la sudoración y el flujo vaginal.³⁰
- Cuidados dentales: Es aconsejable que se limpie los dientes después de cada comida y acuda a su odontólogo cuando sea necesario. Los empastes o extracciones dentales se pueden llevar a cabo bajo anestesia dental, local.^{30,40}
- Vestimenta adecuada: sugerirle el uso de vestidos que deben colgar de los hombros y adaptarse a la expansión del útero para lograr la máxima comodidad, observar también si complementa su vestimenta con ligas y medidas, indicarle que éstas causan constricción circular de los vasos sanguíneos de las piernas, favoreciendo la formación de várices. Otra recomendación será sobre el uso del calzado, sugiriendo zapatos con tacones bajos que ayudan a evitar caídas y disminuyen la dorsalgia del embarazo.^{30, 31, 32, 33, 40}
- Trabajo: Durante el embarazo puede desarrollar su trabajo habitual, siempre que no cause fatiga física o psíquica excesiva, hasta el octavo mes de gestación; a partir de ese momento debe reducir la actividad física, siendo recomendable el descanso laboral en las últimas semanas de la gestación.^{30, 40}
- Deportes: Durante el embarazo la mujer sana tiene una tolerancia menor al esfuerzo físico. Es conveniente realizar un ejercicio físico moderado. No se recomienda la práctica de deportes violentos, de competición o que produzcan fatiga.³⁰
- Viajes: Los viajes, en general, no están contraindicados. No es aconsejable realizar viajes a lugares con escasos servicios sanitarios. Hacia el final de la gestación deben evitarse viajes largos. Los viajes en avión no están contraindicados.³⁰
- Medicamentos: Como norma general debe evitarse tomar cualquier tipo de medicamentos durante el embarazo, a menos que hayan sido aconsejados por el médico.^{30, 40}

**V. GUÍA PARA EL MONITOREO DEL LLENADO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL
BASE (HCPB) – CONTROL PRENATAL.**

La Historia Clínica deberá facilitar la atención, el monitoreo y la supervisión del cumplimiento de las normas, de tal manera que el sistema de salud cuente con información precisa y oportuna para la toma de decisiones. ⁴³

El monitoreo del llenado de la HCPB se debe realizar como una forma de seguimiento al cumplimiento de las normas de Atención Integral a la mujer. Los resultados obtenidos deben considerarse como elementos para la mejoría de la calidad de atención en la que obtienen beneficios tanto la usuaria como los prestadores del servicio. El Ministerio de Salud de Nicaragua utiliza una guía de 6 segmentos, relacionada con el ordenamiento de la historia clínica Perinatal básica, en lo referente al control prenatal. ⁴⁴

Guía para el monitoreo del llenado de la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) y CPN

SILAIS:		Municipio:			Unidad de Salud:		
SEGMENTOS / ITEMS	1. FECHA :			2. FECHA :			
	Total de Casos Revisados:			Total de Casos Revisados:			
	llenado correcto			llenado correcto			
	Conteo - Palotes	No.	%	Conteo - Palotes	No.	%	
Segmento No. 1 Identificación							
1.1 Domicilio							
1.2 Edad							
1.3 Estudio							
Subtotal							
Segmento No. 2 Antecedentes							
2.1 Antecedentes Familiares							
2.2 Antecedentes Personales							
2.3 Antecedentes Obstétricos							
2.4 Fin de Embarazo anterior							
Subtotal							
Segmento No. 3 Embarazo Actual							
3.1 Peso anterior (Kg.)							
3.2 Talla							
3.3 F.P.P.							
3.4 Antitetánica actual							
3.5 R. h.							
3.6 Fuma							
3.7 Examen clínico							
3.8 Examen de mamas							
3.9 Papanicolaou							
3.10 Cervix							
3.11 V.D.R.L.							
3.12 Hemoglobina							
3.13 Ex. General Orina							
Subtotal							

Segmento No. 4 Atención Prenatal						
4.1 Fecha de la Consulta						
4.2 Semanas de Amenorrea						
4.3 Peso (Kg.)						
4.4 Presión Arterial						
4.5 Altura uterina						
4.6 Presentación						
4.7 Frecuencia Cardíaca fetal						
4.8 Movimientos fetales						
4.9 Edema						
Subtotal						
Segmento No. 5 Patologías						
5.2 Todas las Patologías						
Subtotal						
Segmento No.6 Puerperio						
6.1 Horas o días post-parto						
6.2 Temperatura						
6.3 Pulso						
6.4 Presión arterial						
6.5 Involución uterina						
6.6 Caract. de loquios						
Subtotal						
TOTAL						

Para su aplicación deben tomarse en cuenta los siguientes pasos:

- 1.- Observe que el instrumento, en él, aparecen en su extremo superior, casillas destinadas para colocar las fechas de las monitorías, en el orden de izquierda a derecha.
- 2.- Seleccione al azar los expedientes y/o HCPB que se decidieron monitorear extrayéndolos del archivo de la U/S. Visitada. La escogencia mínima para cada monitoría debe ser 10 expedientes. Anote en la casilla “Total de casos revisados”.
- 3.- Se verificará en cada HCPB el llenado de los ítems del instrumento. Se va colocando un “palote” en la columna ubicada a la par del Items, titulada “conteo-palotes”, cada vez que el ítem esté correctamente lleno. Para los 3 ítems del segmento “Antecedentes” se paloteará llenado correcto cuando en la HCPB se encuentre todos los componentes de cada ítem marcados con una “X”, si tan solo uno de ellos no está bien llenado, se deberá considerar incorrecto todo el Items y no se marcará el palote, también debe considerarse mal llenado, cuando se marque todos los incisos con una raya, cada ítems debe ser llenado con una “X”.

4. Al terminar de revisar las HCPB seleccionadas, se efectuará la sumatoria de los palotes acumulados para cada ítem. Este resultado se colocará en el cuadro contiguo señalado como “No.” (Número de ítems correctos)

5.- Para llenar los subtotales de cada segmento se efectuará la sumatoria de los “No.” de los ítems de ese segmento y el resultado se anota en el espacio correspondiente.

6.- El porcentaje de resultados correctos para cada segmento, se obtiene dividiendo la sumatoria del No. de ítems correctos del segmento, entre el número de ítems del segmento respectivo, lo que se multiplica por el número total de casos estudiados y este resultado se multiplica por 100. Así:

$$\% \text{ de segmento} = \frac{\text{Sumatoria del No. de ítems Correctos del segmento}}{\text{No. de Ítems del segmento} \times \text{Total de casos revisados}} \times 100$$

10.-El gran total de ítems correctos se obtiene de la sumatoria de los Subtotales de segmentos.

11.-Para obtener el porcentaje del gran total, se divide el resultado del gran total entre el número total de ítems (37) multiplicado por el número de casos revisados, lo obtenido se multiplica por 100, así:

$$\% \text{ del gran total} = \frac{\text{Gran Total}}{37 \times \text{No. total de casos revisados}} \times 100$$

En los casos que no se corresponde llenar el segmento puerperio, (paciente está aún en control prenatal, no se tomará en cuenta este segmento, en estos casos el número total de Ítems es de 31).

12.-Al final llene con letra legible el nombre y cargo del funcionario que realizó el monitoreo.⁴⁴

DISEÑO METODOLÓGICO

- **Tipo de estudio:** Evaluación de servicio de salud.

- **Área de estudio:** El estudio se realizó en el Centro de Salud Esteban Jaénc Serrano, ubicado en el Municipio de Bonanza y localizado geográficamente entre los 14°01' latitud norte y los 84°35' longitud oeste, perteneciente a la Región Autónoma del Atlántico Norte donde se atiende a una población estimada de 20,807 habitantes en los diferentes servicios como: programas de pacientes crónicos, atención integral a la mujer, niñez y adolescente, epidemiología, atención especializada, odontología, laboratorio, farmacia, curaciones, educación comunitaria y morbilidad general. De los cuales cuenta con un médico especialista (Cirugía General), 4 médicos generales, 4 médicos en servicio social, enfermeras y auxiliares. Con un total 4, 710 mujeres en edad fértil y 759 embarazos esperados en el año.

- **Procedimientos:** Para cumplir con los objetivos que nos propusimos, realizamos las siguientes actividades.
 - 1- Se solicitaron y analizaron los registros relacionados con los indicadores demográficos, y sobre todo aquellos concernientes a la cobertura del programa de Atención Prenatal.
 - 2- Se hizo revisión de los expedientes clínicos de las usuarias del Programa Atención Prenatal cuyo embarazo llegó al término en el periodo comprendido del mes octubre del año 2007 al mes de abril del año 2008.
 - 3- Se aplicaron 150 entrevistas a las usuarias del Programa de Atención Prenatal sobre aspectos educativos que se contemplan dentro de las actividades del mismo.

Los datos fueron recolectados a través de un equipo conformado por 2 encuestadores externos a la unidad de salud, con buenas relaciones interpersonales y comprensión de los dialectos misquito y mayagna; capacitados previamente en los aspectos técnicos y propósitos de la investigación con el fin de unificar criterios en cuanto a la recolección de los datos.

➤ **Instrumento de recolección de datos:** Para responder a los objetivos planteados se realizaron tres instrumentos:

1. Para responder al primer objetivo: Conocer indicadores de cobertura del programa de Atención prenatal en el Municipio de Bonanza, se realizó una investigación de tipo documental sobre toda la información referente a los mismos en los últimos tres años (año 2005 al 2007).
2. Para responder al segundo objetivo: Valorar cumplimiento de las actividades del Programa de Atención Prenatal, se elaboró una lista de cotejo para verificación de la realización de las mismas y correcto llenado de HCPB.
3. Para responder al tercer objetivo: Determinar los alcances de las actividades educativas del Control Prenatal en las usuarias del programa, se diseñó una encuesta de conocimientos con énfasis en los aspectos educativos que debe brindar el programa.

➤ **Fuente de recolección de datos:**

La fuente de recolección de la información fue:

- Primaria: a través de encuestas dirigidas a usuarias del programa.
- Secundaria: por medio de registros obtenidos en relación a los indicadores de cobertura y ficha de recolección de la información aplicable a expediente clínico.

➤ **Procesamiento y análisis de la información:**

Los datos obtenidos por medio de ficha de recolección de la información y encuestas se procesaron en el programa EPI – INFO y se realizó frecuencia simple de sus variables y los datos fueron presentados por medio de gráficos y tablas.

➤ **Control de sesgos:** Se capacitaron a los encuestadores para disminuir el sesgo de información.

➤ **Aspectos éticos:** Se solicitó autorización al director del centro de salud Esteban Jáenz Serrano para realización del trabajo investigativo y de igual manera a los responsables de los departamentos de epidemiología y estadística, para tener acceso a los registros de indicadores de cobertura y expedientes clínicos, solicitando además el consentimiento informado a las usuarias del programa para su participación en nuestro estudio. Finalmente se explicó que los datos obtenidos eran de carácter confidencial y empleados únicamente para fines investigativos; sin embargo, consideramos que nuestro estudio no tiene muchas implicaciones éticas, ya que no violenta la integridad física o mental de las personas.

➤ **Variables del estudio:**

La variable principal de este estudio es el cumplimiento de las normas del control prenatal, motivo por el cual, por tratarse de una variable muy compleja, fue operacionalizada a partir de una serie de subvariables.

Variables	Concepto	Indicador	Escala
Cobertura	Capacidad que tiene la institución por captar a la totalidad de mujeres embarazadas que requieren los Controles Prenatales	Población atendida en el programa/ estimación de embarazadas en el municipio durante un año*100	Aceptable ($\geq 90\%$) Baja ($< 90\%$)
Cumplimiento de actividades del control prenatal	Hace referencia a la ejecución por parte del personal de salud de cada una de las actividades establecidas en el programa de atención prenatal.	Expediente clínico	Cumplido No cumplido
Conocimientos sobre contenidos educativos del programa de atención prenatal.	Nociones de las usuarias sobre cada uno de los principales contenidos educativos brindados como parte de las actividades del programa.	Entrevista de conocimientos	≤ 20 preguntas correctas: deficiente 21 – 25 preguntas correctas: muy bajo. 26 – 30 preguntas correctas: suficiente. 31 – 35 preguntas correctas: muy bueno. 36 a 40 preguntas correctas: excelente.

RESULTADOS

I. Indicadores de cobertura del programa de Atención Prenatal:

De acuerdo a los datos obtenidos de los archivos del MINSA, según programación de metas del programa de Atención Prenatal y datos de estimación poblacional por el INEC, la cobertura de dicho programa en los últimos tres años (2005 a 2007) superó el 100%.

Sin embargo la cobertura de captación precoz para este municipio en el año 2005 fue del 44.9%, en el 2006 del 51.4% y finalmente en el 2007 del 52.2%.

Con respecto al porcentaje de mujeres con 4 controles prenatales en el 2005 fue del 35.7 %, en el 2006 del 36.9% y en el 2007 del 30.8%.

En relación a la cobertura de partos institucionales en este municipio para el año 2005 fue del 72.8%, en el 2006 del 59.5% y en el 2007 del 49.3%. (Ver tabla 1)

Tabla 1: Indicadores de cobertura del Programa de Atención Prenatal en el Municipio de Bonanza – RAAN. Años 2005 a 2007.

VARIABLES	AÑOS		
	2005	2006	2007
No de embarazadas captadas	795	804	954
Población de embarazos esperados	608	611	759
Cobertura del control prenatal (%)	130	131	125
1er control en el primer trimestre del embarazo	273	314	396
Población de embarazos esperados	608	611	759
Cobertura de captación precoz* (%)	44.9	51.4	52.2
4to control	284	297	294
Total captación	795	804	954
Porcentaje de mujeres con 4 controles prenatales (%)	35.7	36.9	30.8
No partos institucionales	327	327	337
Partos esperados	449	550	684
Cobertura (%)	72.8	59.5	49.3

Fuente: Registros del Programa CPN

*Parámetros: optima 61 – 70%; aceptable 51 – 60%; deficiente 41 – 50%; muy deficiente ≤ 40%

II. Cumplimiento de las actividades del Programa de Atención Prenatal:

Se revisaron 151 expedientes clínicos, en el período comprendido entre el mes de octubre del año 2007 y el mes de abril del año 2008 encontrando que:

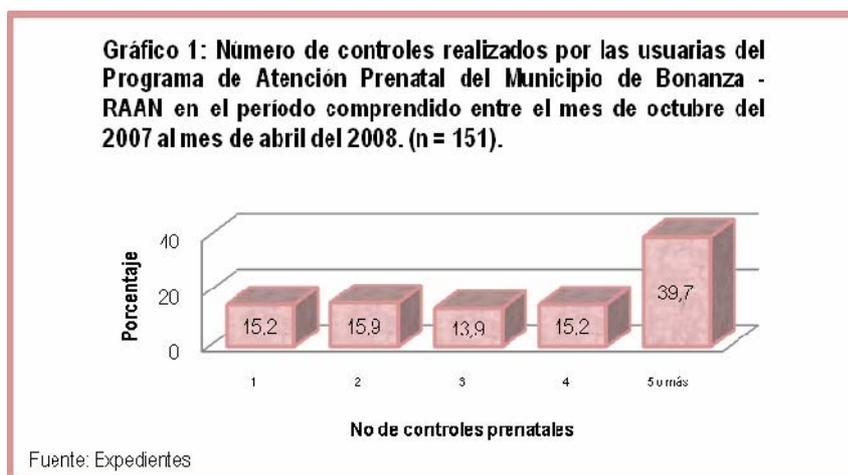
Características sociodemográficas: El grupo etéreo de mayor demanda fue el de 15 a 19 años con un 33.8% (51 usuarias), seguido del grupo de edad entre los 20 a 24 años con un 29.1% (44 usuarias), en su mayoría de procedencia urbana con un 64.9% (98 usuarias), con ocupación ama de casa en el 94% de los casos(142 usuarias), con estado civil acompañada representado en un 70% (106 usuarias), de escolaridad primaria con un 47% (71 usuarias) y finalmente en su mayoría de etnia mestiza con un 83% (125 usuarias). (Ver tabla 2)

Tabla 2: Características socio – demográficas de las usuarias del programa de Atención Prenatal en el Municipio de Bonanza - RAAN, en el período comprendido entre el mes de octubre del año 2007 al mes de abril del año 2008. (n =151).

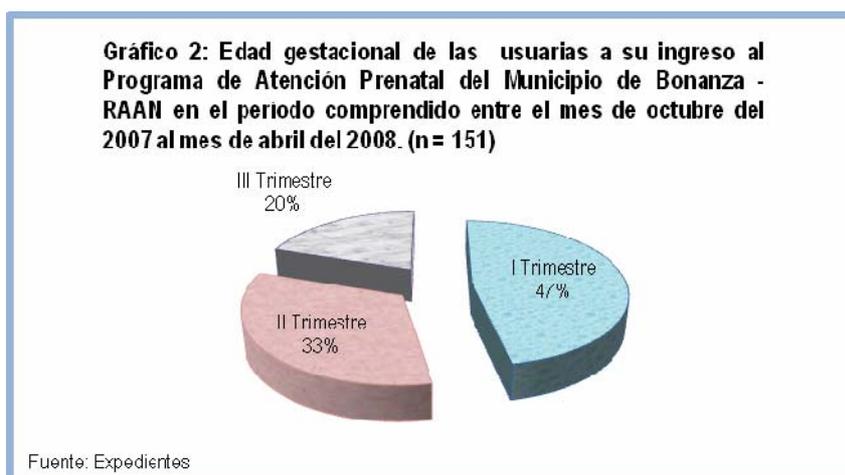
VARIABLES	Nº	%
Grupo Etéreo		
10 a 14	07	4.6
15 a 19	51	33.8
20 a 24	44	29.1
25 a 29	20	13.2
30 a 34	19	12.6
35 a 39	07	4.6
40 a 44	03	2.0
Procedencia		
Urbano	98	64.9
Rural	53	35.1
Ocupación		
Ama de casa	142	94
Guirisera	01	0.7
Maestra	06	4.0
Otra	02	1.3
Estado civil		
Soltera	19	12.6
Casada	25	16.6
Acompañada	106	70.2
Otro	01	0.7
Escolaridad		
Ninguna	28	18.5
Primaria	71	47.0
Secundaria	48	31.8
Universitaria	04	2.6
Etnia		
Mestiza	125	82.8
Misquita	23	15.2
Mayagna	03	2.0

Fuente: Expedientes

En relación al número de controles realizados en su mayoría, el 39.7% (60 usuarias), se habían realizado 5 o más controles. (Ver gráfico 1)



En relación a la edad gestacional de las usuarias la mayoría se encontraba en su primer trimestre con un 47% (71 usuarias), seguida de un 33% (50 usuarias) que se encontraban en su II trimestre. (Ver gráfico 2)



Con respecto al **correcto llenado de la HCPB** obtuvimos los siguientes resultados:

En relación al segmento No. 1 correspondiente a los datos de identificación en aproximadamente el 97.3% de los expedientes hubo un correcto llenado.

Luego de igual manera, en el segmento No. 2 correspondiente a los antecedentes, se llenó correctamente en aproximadamente el 95% de los expedientes. (Ver tabla 3)

Tabla 3: Valoración del llenado correcto de la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) a las usuarias del Programa de Atención Prenatal en el Municipio Bonanza – RAAN, en el período comprendido entre el mes de octubre del año 2007 al mes de abril del año 2008. (n = 151)

VARIABLES	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
Segmento No 1: Identificación				
Domicilio	150	99.3	1	0.7
Edad	148	98.0	3	2.0
Estudio	143	94.7	8	5.3
SUB TOTAL		97.3		2.7
Segmento No 2: Antecedentes				
Familiares	148	98.0	3	2.0
Personales	145	96.0	6	4.0
Obstétricos	137	90.7	14	9.3
Fin de embarazo anterior	144	95.4	7	4.6
SUB TOTAL		95.0		5.0

Fuente: Expedientes

Sin embargo en lo que respecta al segmento No. 3 sobre el embarazo actual únicamente en el 68.3% de los expedientes se llenó correctamente, debido a un llenado deficiente de los siguientes ítems: antitetánica actual con un llenado correcto en solamente el 72.8% de los expedientes; Grupo y Factor Rh y E.G.O con el 37.7% para ambos, V.D.R.L y Hb. con el 35.8% igualmente para ambos y finalmente el Papanicolaou con el 15.2% de llenado correcto.

Con respecto al segmento No. 4 de Atención Prenatal hubo un correcto llenado en el 98.4% de los expedientes. No así en el segmento No. 5 correspondiente a las patologías donde se llenó de manera correcta solamente en el 59.6% de los expedientes. (Ver tabla 4)

Tabla 4: Valoración del llenado correcto de la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) a las usuarias del Programa de Atención Prenatal en el Municipio Bonanza – RAAN, en el período comprendido entre el mes de octubre del año 2007 al mes de abril del año 2008. (n =151)

VARIABLES	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
Segmento No 3: Embarazo actual				
Peso anterior	139	92.1	12	7.9
Talla	143	94.7	8	5.3
FUM/FPP	146	96.7	5	3.3
Antitetánica actual	110	72.8	41	27.2
Grupo y Rh	57	37.7	94	62.3
Fuma	137	90.7	14	9.3
Examen clínico	148	98.0	3	2.0
Examen de mamas	146	96.7	5	3.3
Papanicolaou	23	15.2	128	84.8
Cérvix	126	83.4	25	16.6
VDRL	54	35.8	97	64.2
Hemoglobina	54	35.8	97	64.2
Examen general de orina	57	37.7	94	62.3
SUB TOTAL		68.3		31.7
Segmento No 4: Atención Prenatal				
Fecha de la consulta	150	99.3	1	0.7
Semanas de amenorrea	151	100	0	0.0
Peso (Kg)	149	98.7	2	1.3
Presión Arterial	151	100	0	0.0
Altura Uterina	149	98.7	2	1.3
Presentación	148	98.0	3	2.0
Frecuencia cardiaca fetal	147	97.4	4	2.6
Movimientos fetales	148	98.0	3	2.0
Edema	144	95.4	7	4.6
SUB TOTAL		98.4		1.6
Segmento No 5: Patologías				
Todas las patologías	90	59.6	61	40.4
SUB TOTAL		59.6		40.4

Fuente: Expedientes

En relación a las otras actividades contempladas dentro del Programa de Atención Prenatal, encontramos un pobre cumplimiento de ellas con un 39.3% del total de las 13 actividades evaluadas en los expedientes; de las cuales destacan las siguientes actividades principalmente: envío de análisis de laboratorio (Glicemia) con un 48.3% de cumplimiento, evaluación de análisis de laboratorio enviados con un 45%, categorización de la gestante según riesgo con un 64.9% de cumplimiento, realización de gráfica de crecimiento uterino y ganancia de peso materno en un 9.3% y evaluación en cada consulta de factores de riesgo con 1.3% únicamente. Y finalmente no

se cumplió en ninguno de los casos la valoración nutricional, valoración de la pelvis, estudio ecográfico y examen odontológico. (Ver tabla 5)

Tabla 5: Valoración del cumplimiento de otras actividades del Programa de Atención Prenatal en el Municipio Bonanza – RAAN, en el período comprendido entre el mes de octubre del año 2007 al mes de abril del año 2008. (n = 151)

VARIABLE	SI		NO	
	No	%	No	%
Anamnesis	129	85.4	22	14.6
Dx de embarazo (Pba)	111	73.5	40	26.5
Examen físico completo	128	84.8	23	15.2
Valoración del estado nutricional	00	00	151	100
Entrega hierro y ácido fólico	149	98.7	2	1.3
Estudio ecográfico	00	00	151	100
Examen odontológico	00	00	151	100
Valoración de la pelvis	00	00	151	100
Glicemia	73	48.3	78	51.7
Se evaluaron exámenes enviados	68	45.0	83	55.0
Gráfica de crecimiento uterino y ganancia de peso materno	14	9.3	137	90.7
Evaluación en cada consulta de factores de riesgo	2	1.3	149	98.7
Se categorizó a la embarazada según riesgo (normal, bajo o alto riesgo obstétrico)	98	64.9	53	35.1
SUB TOTAL		39.3		60.7

Fuente: Expedientes

III. Alcance de las actividades educativas del Control prenatal.

Se aplicaron 150 entrevistas a las usuarias del programa, con énfasis en los aspectos educativos obteniendo los siguientes resultados:

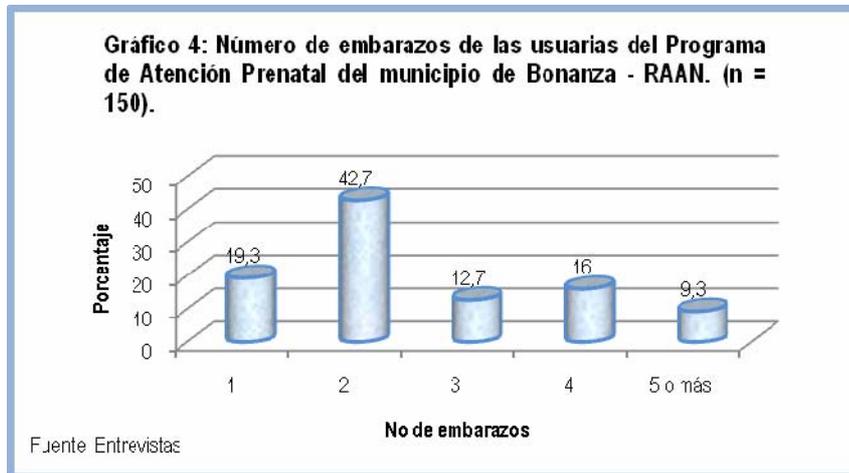
En relación a la edad de las usuarias entrevistadas encontramos que el mayor porcentaje 40.7% (61 usuarias) se encuentra en el grupo de edad entre los 20 a 24 años. Con respecto a su procedencia la mayoría son del área rural con un 53% (80 usuarias); en lo referente a su ocupación el 81% (121 usuarias) son amas de casa; la gran mayoría se encuentran en unión estable con un 78% (117 usuarias), el 40% (60 usuarias) son de escolaridad primaria y finalmente el 88% de las entrevistadas (132 usuarias) eran mestizas. (Ver tabla 6).

Tabla 6: Características socio – demográficas de las usuarias del programa de Atención Prenatal entrevistadas en el Municipio de Bonanza de la Región Autónoma del Atlántico Norte. (n = 150)

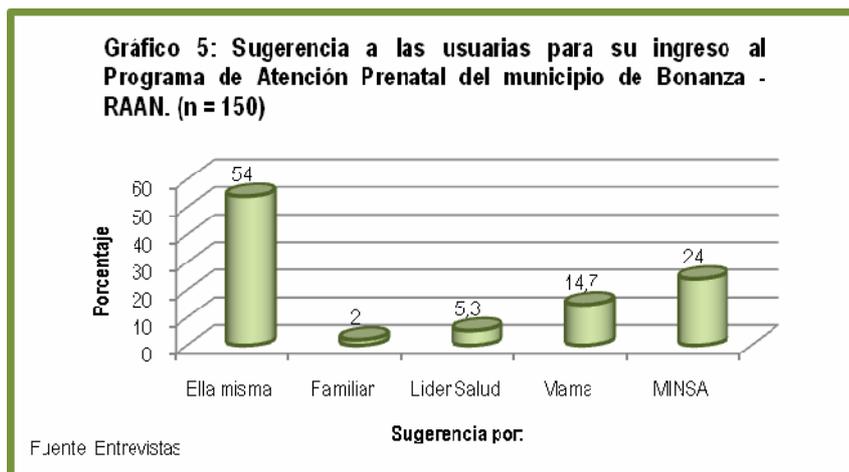
VARIABLE	Nº	%
Grupo Etéreo		
15 a 19	36	24.0
20 a 24	61	40.7
25 a 29	26	17.3
30 a 34	09	6.0
35 a 39	11	7.3
40 a 44	07	4.7
Procedencia		
Urbano	70	46.7
Rural	80	53.3
Ocupación		
Ama de casa	121	80.7
Guirisera	11	7.3
Maestra	04	2.7
Otra	14	9.3
Estado civil		
Soltera	12	8.0
Casada	21	14
Acompañada	117	78
Escolaridad		
Ninguna	35	23.3
Primaria	60	40
Secundaria	48	32
Universitaria	07	4.7
Etnia		
Mestiza	132	88
Misquita	11	7.3
Mayagna	07	4.7

Fuente: Entrevistas

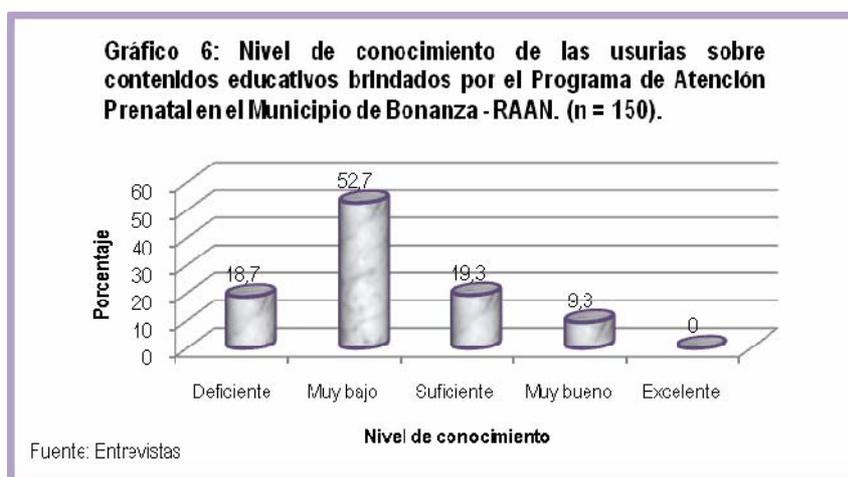
Con respecto al número de embarazos anteriores de las usuarias encontramos que en su mayoría 42.7% (64 usuarias) tenían 2 embarazos anteriores. (Ver gráfico 4).



En relación a la sugerencia de realización de los Controles Prenatales, encontramos que en su mayoría con un 54% (81 usuarias) fue por iniciativa propia, y un 24% (36 usuaria) fue por un trabajador de la salud (MINSA). (Ver gráfico 5)



Con respecto al nivel de conocimientos de las usuarias sobre los contenidos educativos brindados por el programa, encontramos que en su mayoría con un 71.4% (107 usuarias), tenían conocimientos muy bajos y deficientes. (Ver gráfico 6).



En lo que concierne a los componentes educativos evaluados a través de la entrevista aplicada a las usuarias del programa, encontramos que:

En relación a los conocimientos sobre las generalidades del programa el 72.4% de las usuarias contestó correctamente, principalmente por bajo porcentaje de conocimiento en correspondencia con el número mínimo de controles prenatales que deben realizarse, con un 40% de respuestas correctas.

Luego con respecto a la Lactancia Materna, únicamente el 48.4% de las usuarias contestó correctamente, especialmente por deficiencia en relación a la mayor parte de conocimientos a evaluar, pues en relación al significado de la lactancia materna solo el 7.3% de las usuarias contestó correctamente; con respecto al ingreso de otros líquidos o alimentos antes de los 6 meses de vida, solo un 28%; referente a los conocimientos sobre enfermedades y lactancia materna solo el 39.3%, la frecuencia de lactancia materna el 40.7%, sobre posiciones de amamantamiento el 57.3%, edad límite de lactancia materna exclusiva el 59.3% y tiempo de inicio de lactancia materna el 65.3%. Encontrándose solamente un buen porcentaje de respuestas correctas en relación a los beneficios de la lactancia materna con un 90%. (Ver tabla 7).

Tabla 7: Conocimiento sobre contenidos educativos que tienen las usuarias del Programa de Atención Prenatal del Municipio de Bonanza – RAAN. (n = 150)

VARIABLE	SABE		NO SABE	
	No	%	No	%
I. GENERALIDADES				
Importancia Control Prenatal	131	87.3	19	12.7
Importancia parto hospitalario	135	90.0	15	10.0
Nº mínimo de controles prenatales	60	40.0	90	60.0
SUB TOTAL		72.4%		27.6%
II. LACTANCIA MATERNA				
Beneficios Lactancia Materna	135	90.0	15	10.0
Tiempo de inicio de la lactancia	98	65.3	52	34.7
Significado de lactancia materna a libre demanda	11	7.3	139	92.7
Edad límite de lactancia materna exclusiva	89	59.3	61	40.7
Otros alimentos antes de los 6 meses	42	28.0	108	72.0
Frecuencia de lactancia materna	61	40.7	89	59.3
Posiciones para amamantar	86	57.3	64	42.7
Enfermedad y lactancia materna	59	39.3	91	60.7
SUB TOTAL		48.4%		51.6%

Fuente: Entrevistas

En relación a la alimentación hubo un muy bajo porcentaje de conocimiento por parte de las usuarias, pues solo el 23.7% de ellas contestó correctamente. Con respecto a la vacunación solo el 44.9% de las usuarias tenía conocimientos adecuados y en cuanto a la planificación familiar solo el 41.3% contestó de manera apropiada, especialmente por desconocimiento de los métodos de planificación en el 83.3% de estas y el uso de anticonceptivos orales combinados durante la lactancia en el 80% de los casos. (Ver tabla 8)

Tabla 8: Conocimiento sobre contenidos educativos que tienen las usuarias del Programa de Atención Prenatal del Municipio de Bonanza – RAAN. (n = 150)

VARIABLE	SABE		NO SABE	
	No	%	No	%
III. ALIMENTACIÓN				
Incremento de peso durante el embarazo	60	40.0	90	60.0
Alimentos fuentes de calcio, hierro y vitamina C	11	7.3	139	92.7
SUB TOTAL		23.7%		76.3
IV. VACUNACIÓN				
Vacuna en el embarazo	69	46.0	81	54.0
Enfermedad contra la cual le protege	68	45.3	82	54.7
Protección del niño	65	43.3	85	56.7
SUB TOTAL		44.9%		55.1%
V. PLANIFICACIÓN FAMILIAR				
Beneficios Planificación Familiar	131	87.3	19	12.7
Métodos de planificación y lactancia materna	25	16.7	125	83.3
AOC y lactancia materna	30	20.0	120	80.0
SUB TOTAL		41.3		58.7

Fuente: Entrevistas AOC (Anticonceptivos Orales Combinados)

Con respecto a los signos y síntomas de trabajo de parto el 48% de las usuarias contestó correctamente, luego en relación a los conocimientos sobre relaciones sexuales y embarazo, solo un pequeño porcentaje contestó de manera apropiada con un 42% y de manera semejante en lo que refiere a los estilos de vida donde únicamente el 50.2% de las usuarias tenían conocimientos adecuados, especialmente por deficiencia en cuanto a los conocimientos sobre las complicaciones del tabaquismo, alcoholismo y drogadicción con el 97.3%, 99.3% y 100%, de desconocimiento respectivamente. (Ver tabla 9)

Tabla 9: Conocimiento sobre contenidos educativos que tienen las usuarias del Programa de Atención Prenatal del Municipio de Bonanza – RAAN. (n = 150)

VARIABLE	SABE		NO SABE	
	No	%	No	%
VI. PREPARACIÓN PARA EL PARTO				
Signos y síntomas de trabajo de parto	72	48.0	78	52.0
SUB TOTAL		48.0		52.0
VII. ORIENTACIÓN SEXUAL				
Relaciones sexuales y embarazo	63	42.0	87	58.0
SUB TOTAL		42.0		58.0
VIII. ESTILOS DE VIDA				
Tabaquismo	149	99.3	1	0.7
Complicaciones tabaquismo	4	2.7	146	97.3
Alcoholismo	149	99.3	1	0.7
Complicaciones del alcoholismo	1	0.7	149	99.3
Droga	149	99.3	1	0.7
Complicaciones de las drogas	0	0.0	150	100
SUB TOTAL		50.2		49.8

Fuente: Entrevistas

En relación a los signos y síntomas de alarmas encontramos que el 86.5% de las usuarias, contestó de manera correcta, encontrando el menor porcentaje de conocimientos con respecto a la disminución o ausencia de los movimientos fetales con un 76.7%, el sangrado con el 78.7% y el dolor de estómago con el 79.3% de respuestas correctas respectivamente.

Con respecto a otras recomendaciones obtuvimos que el 72.7% de las entrevistadas contestó correctamente, especialmente por deficiencia de conocimientos en relación al trabajo y uso de medicamentos durante el embarazo con el 54.7% y el 69.3% de respuestas correctas respectivamente. (Ver tabla 10)

Tabla 10: Conocimiento sobre contenidos educativos que tienen las usuarias del Programa de Atención Prenatal del Municipio de Bonanza – RAAN. (n = 150)

VARIABLE	SABE		NO SABE	
	No	%	No	%
IX. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA				
Secreciones vaginales	144	96.0	6	4.0
Edema	137	91.3	13	8.7
Sangrado	118	78.7	32	21.3
Hiperemesis	122	81.3	28	18.7
Cefalea intensa y constante	127	84.7	23	15.3
Visión borrosa	141	94.0	9	6.0
Dolor de estómago	119	79.3	31	20.7
Fiebre	145	96.7	5	3.3
Disminución o ausencia de movimientos fetales	115	76.7	35	23.3
SUB TOTAL		86.5		13.5
X. OTRAS RECOMENDACIONES				
Higiene personal	129	86.0	21	14.0
Ropa y calzado	121	80.7	29	19.3
Trabajo	82	54.7	68	45.3
Medicamentos	104	69.3	46	30.7
SUB TOTAL		72.7		27.3

Fuente: Entrevistas

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

I. Cobertura del Control Prenatal

En relación a la cobertura del control prenatal para el municipio de Bonanza en los últimos tres años (2005 a 2007), según datos obtenidos de los archivos del MINSA y estimación poblacional por el INEC, encontramos que esta ha superado el 100% en los tres años estudiados, excediendo la meta nacional del 90%, contrario a la situación presentada por el Ministerio de Salud en el país, lo cual resulta interesante ya que: ⁵

- A nivel nacional e internacional ha sido difícil lograr este objetivo.
- El resto de indicadores de cobertura continúan siendo bajos.
- Las particularidades propias de la zona; que la han caracterizado por ser de difícil acceso, con altos índices de pobreza y bajo nivel de educación.
- Existencia de una mayor utilización de los servicios por parte de las usuarias del área urbana, según los datos obtenidos de la revisión de los expedientes clínicos.
- Y un bajo nivel de conocimiento según entrevistas aplicadas a las mismas. ^{2,5, 6.}

De tal manera que lo anteriormente expuesto nos lleva a reflexionar entonces sobre una serie de incógnitas: ¿Porque siguen muriendo mujeres en esta zona?, ¿Por qué el resto de indicadores de cobertura reflejan un bajo cumplimiento?, ¿Qué está pasando con el seguimiento de estas pacientes?, ¿El trabajo que se está realizando es de calidad?, o bien ¿Esta cobertura es real?

Por tanto, ante tales interrogantes, nosotros consideramos que existe la posibilidad de que estos resultados obedezcan a la existencia de un alto subregistro en cuanto a la estimación poblacional para esta región, con la consiguiente subestimación de embarazos esperados, la programación de metas bajas y un alto porcentaje de cumplimiento de cobertura irreal, pues resulta difícil desligar un indicador del otro, ya que las actividades realizadas para lograr su cumplimiento son las mismas, lo cual se sustenta en los datos obtenidos sobre los otros indicadores de cobertura, que reflejan como se está trabajando y son semejantes a los resultados presentados a nivel nacional pues:⁵

En relación a la cobertura de captación precoz esta fue deficiente para el año 2005 y aunque aceptable según metas para el 2006 y 2007, continua siendo baja y similar al comportamiento observado a nivel nacional, reflejando la pobre calidad del trabajo de terreno y de la atención brindada en la unidad de salud, así como una deficiente promoción de la educación, expresado en la falta de preocupación de las usuarias por la realización de sus controles.⁵

Con respecto al porcentaje de usuarias con 4 controles prenatales, también fue bajo en los tres años evaluados y semejante a los datos nacionales, reflejando a su vez el poco seguimiento que se da a las mujeres inasistentes al programa, poca accesibilidad a los servicios de salud, la cultura de la zona donde la partera es quien lleva el control del embarazo y en alguna proporción la satisfacción de las usuarias sobre la atención recibida.⁵

Y finalmente también se halló una cobertura de parto institucional para el 2005 aceptable según metas (Meta 2004 a 2008 del 40%), aunque igualmente baja para el 2006 - 2007 y parecida a lo expuesto a nivel nacional, relacionado con la pobre educación de la población, inaccesibilidad de los servicios y la cultura del parto extrahospitalario.²

II. Valoración del cumplimiento de las actividades del Programa de Atención Prenatal

En cuanto al entorno socio - demográfico encontramos que el mayor porcentaje de usuarias se encontraban entre los 15 a 19 años de edad (33.8%), lo cual se corresponde y supera los datos nacionales donde apenas el 18% de los embarazos se atribuyen a este grupo, en su gran mayoría amas de casa, en unión estable, con escolaridad primaria y de etnia mestiza, lo cual también se relaciona con el perfil humano y social de la muerte materna en el país. Pero en su mayoría del área urbana, similar también a lo observado a nivel nacional, probablemente porque las mujeres del área rural en estas zonas, acostumbran a parir en la casa, atendidas por partera, posiblemente por el difícil acceso a la unidad de salud, aspectos económicos, educacionales y la cultura de la región.^{2,3}

También observamos que en relación al número de controles prenatales realizados, la mayoría (39.7%), se realizó 5 o más controles, probablemente también asociado a que la mayoría era del área urbana, por consiguiente con mejor acceso a la unidad de salud y mejor seguimiento de

aquellas inasistentes, resultados que coinciden, con los encontrados en un estudio en el Júcaro en julio a diciembre de 1996 y a lo observado a nivel nacional también.^{2, 17}

Con respecto a la edad gestacional a su ingreso al programa más de la mitad (53%), se encontraban en su II y III trimestre de embarazo, lo cual confirma los datos obtenidos sobre los registros de cobertura de captación precoz en esta zona, lo que puede asociarse a la baja calidad del trabajo de terreno, a la falta de preocupación por parte de las mujeres sobre sus controles y falta de promoción de la educación, resultados que coinciden con lo observado a nivel nacional y con el estudio realizado en el Area 5 región II en 1988, así como el estudio realizado en el centro de salud de Telpaneca y en el Centro de Salud Pedro Picado – León en abril a septiembre del 2006.^{5, 11, 12, 21.}

En relación a la HCPB, observamos que hubo un bajo porcentaje de pacientes con un correcto llenado en relación al tercer segmento del embarazo actual (68.24%), debido a su vez, a un deficiente llenado de los ítems correspondientes a: antitetánica actual y en menor porcentaje los exámenes de laboratorio; grupo y Rh, E.G.O., V.D.R.L, Hb, lo cual también influye de manera negativa con respecto a la atención de la embarazada y su categorización por riesgo, ya que la aplicación de la vacuna y realización de los exámenes permite la prevención, detección precoz y tratamiento oportuno de las enfermedades, disminuyendo así los riesgos fetales o neonatales; resultados que concuerdan con los obtenidos en los estudios realizado en el Área 5 – región II en Julio 1987 a Junio 1988; en el Centro de Salud de Telpaneca en Enero 1988 a Diciembre 1990 y en la Unidad de Salud de Quezalguaque en Enero a Octubre del 2006. Observando también un muy pobre llenado del Papanicolaou (15.2%), lo cual podría estar relacionado con la falta de educación por parte del personal de salud, resultado que concuerda con un estudio realizado en el Centro de Salud Pedro Picado – León en abril a septiembre del 2006.^{11, 12, 21, 22}

De igual manera en lo que refiere al quinto segmento correspondiente a las patologías donde obtuvimos un bajo porcentaje de llenado correcto (59.6%), lo cual influye al momento de categorizar a la embarazada según riesgo ya que este segmento funciona como un registro de las complicaciones que se presentaron durante el embarazo y el parto.⁶

En lo que respecta al resto de actividades contempladas dentro del Programa de Atención Prenatal, encontramos que de un total de 13 actividades solamente la entrega de hierro y ácido fólico se realizó en un alto porcentaje (98.7%), cumpliendo con las recomendaciones establecidas por el programa de atención prenatal, favoreciendo así la sobrevivencia y salud de la madre, el tamaño fetal y la prevención de defectos en el cierre del tubo neural (anencefalia, espina bífida, mielomeningocele, etc.), coincidiendo con un estudio realizado en el Centro de Salud Pedro Picado – León en abril a septiembre del 2006. Seguido, aunque en menor medida por la realización del interrogatorio, examen físico completo y diagnóstico de embarazo (prueba de embarazo).^{6,21}

Luego observamos un bajo porcentaje de categorización de la embarazada según riesgo, envío de glicemia y evaluación de exámenes enviados, lo que se relaciona con un incorrecto llenado del expediente en general, así como deficiencia con respecto a la atención brindada por el personal de salud, resultados que concuerdan con un estudio realizado en Bluefields en septiembre de 1992 y otro realizado en León en abril a septiembre del 2006.^{14,21}

En relación a la realización de gráfica de peso y crecimiento uterino y evaluación en cada consulta de sus factores de riesgo, el porcentaje de cumplimiento fue mucho menor, lo cual dificulta tomar medidas adecuadas en cada caso según estado nutricional de la paciente, impidiendo además un seguimiento adecuado del crecimiento fetal y detección de posibles desviaciones, así como la referencia oportuna a una unidad de mayor resolución en caso necesario, lo cual se asocia con resultados perinatales adversos, semejante a los resultados obtenidos en un estudio realizado en Bluefields en septiembre de 1992.¹⁴

Y finalmente encontramos que en ninguno de los casos se hizo valoración del estado nutricional lo cual también se asocia con el incumplimiento de otras actividades (realización de gráfica de ganancia de peso materno) y el examen odontológico, similar a los resultados obtenidos en un estudio realizado por Zaira Salgado en León, encontrándose además, que tampoco se realizó la valoración de la pelvis y estudio ecográfico, lo cual también se relaciona con una labor deficiente por parte del personal de salud y además con la falta de recursos humanos, ya que el centro cuenta con un equipo para la realización de ultrasonidos y también con un consultorio odontológico, pero no con el personal calificado para su correcto uso.²¹

III. Alcances de las actividades educativas del Control prenatal en la usuarias del programa

En relación al contexto socio – demográfico, encontramos que el mayor porcentaje de usuarias pertenecían al grupo de edad comprendido entre los 20 a 24 años (40.7%), de procedencia rural, amas de casa, en unión estable, de escolaridad primaria y mestizas, lo cual también es congruente con el perfil humano y social de la muerte materna en el país. ²

Los grupos de edad de mayor prevalencia, ya tenían 2 niños, y de igual manera el mayor porcentaje de usuarias acudieron a la unidad de salud por iniciativa propia, lo que puede deberse a que en su mayoría eran jóvenes y existe cierto temor en relación a la evolución de su embarazo, y por otro lado también podría relacionarse con la procedencia de las usuarias, pues cuando son del área rural acuden aunque sea en una ocasión a la unidad, para ver como está ella y su niño y si todo está bien, parir en el hogar. ²

En relación al nivel de conocimientos de las usuarias sobre los contenidos educativos brindados por el programa, encontramos que en general la mayoría tenían conocimientos muy bajos y deficientes, asociado a un gran porcentaje de desconocimiento en relación a la mayoría de los contenidos, principalmente sobre alimentación, planificación familiar, orientación sexual, vacunación, signos y síntomas de trabajo de parto y lactancia materna. Y llamando también la atención el porcentaje de desconocimiento (13.4%), en relación a los signos y síntomas de alarma, que aún siendo el menor no se considera despreciable, sino por el contrario inquietante por la importancia que reviste este punto con respecto al resto, al facilitar a la embarazada en base a sus conocimientos la decisión de acudir a la unidad de salud, de tal manera que una vez en ella, se detecte, trate o refiera cualquier complicación de manera oportuna. ^{28,29}

Por tanto consideramos preocupantes dichos resultados y pensamos que podría estar relacionado en alguna medida con la escolaridad de las usuarias, el poco interés por parte de la embarazada, la cultura y creencias de esta zona, la mayor importancia que se le da a los conocimientos transmitidos por sus antecesores y parteras, la ausencia de promoción de la educación a través de los medios de comunicación, la falta de educación por parte del personal de salud, asociado a los pocos recursos y afluencia de pacientes, resultando difícil brindar una atención de calidad, pues

no existe un consultorio exclusivo para el programa, sino que las usuarias se atienden junto con morbilidad general, ya que en este centro la atención se encuentra sectorizada.²

Por consiguiente, vemos la existencia de un déficit importante de educación sanitaria, pudiendo a su vez deducir que probablemente en esta zona se ha dado a la salud un enfoque más curativo, que preventivo, lo cual se relaciona con los resultados encontrados sobre los indicadores de cobertura del programa con respecto a la captación precoz, porcentaje de mujeres con 4 controles y parto institucional, pues los conocimientos que tengan las usuarias, van a influir en gran medida con la toma de decisiones de estas en relación a la búsqueda de atención para el control de su embarazo, la presencia de cualquier complicación o para la atención del parto por personal calificado, a fin de prevenir riesgos.²

CONCLUSIONES

1. La cobertura del Control Prenatal para el Municipio de Bonanza de la Región Autónoma del Atlántico norte en los años 2005 a 2007 fue del 100%, asociado a un posible subregistro en relación a las estimaciones poblacionales de esta región.
2. Existe inconsistencia con los bajos niveles de cobertura encontrados en relación al resto de indicadores (cobertura de captación precoz, porcentaje de usuarias con 4 controles prenatales y cobertura del parto Institucional), en esta zona.
3. El contexto socio - demográfico de las usuarias del Programa de Atención Prenatal en este municipio, es congruente con el perfil humano y social de la muerte materna en el país.
4. En cuanto al cumplimiento de las actividades del programa de Atención Prenatal, el llenado de la historia clínica perinatal base es inadecuado, principalmente por un registro deficiente de la antitetánica actual, los exámenes de laboratorio, Papanicolaou y las patologías.
5. Las otras actividades contempladas dentro de las normas del programa de Atención Prenatal no se están cumpliendo en un gran porcentaje de los casos.
6. El nivel de conocimiento de las usuarias con respecto a los contenidos educativos que debe brindar el programa son en su mayoría muy bajos y deficientes, especialmente en relación a la alimentación de la embarazada, métodos de planificación familiar, orientación sexual, vacunación, signos y síntomas de trabajo de parto, lactancia materna y un pequeño porcentaje con respecto a los signos y síntomas de alarma.

RECOMENDACIONES

I. En relación a la Cobertura del Control Prenatal

- a. Solicitar a las instituciones responsables de realizar las estimaciones poblacionales (INEC), la revisión y actualización del censo en esta zona y al Ministerio de salud la programación de metas en base a dichas estimaciones.
- b. El Director del Centro de Salud debe promover la realización de redes comunitarias en esta zona, conformadas por médicos, enfermeras, parteras, brigadistas, líderes comunales y líderes de salud, que bajo la organización del Ministerio de Salud y mediante la capacitación de los mismos sobre la importancia del Control Prenatal, contribuyan a mejorar la captación temprana de las embarazadas en las comunidades, el seguimiento de aquellas inasistentes al programa y el parto institucional.
- c. El Ministerio de Salud debe realizar acciones de monitoreo, seguimiento y evaluación de la oferta y calidad de los servicios, en vista a mejorar la calidad de la Atención Prenatal en esta zona.

II. Con respecto al cumplimiento de las actividades del Programa de Atención Prenatal

- a. Implementar Talleres de capacitación continua para el personal de salud con temas relacionados al correcto llenado de la HCPB y cumplimiento de las actividades contempladas dentro de las normas del Programa de Atención Prenatal, con el objetivo de actualizar y fortalecer sus conocimientos y habilidades.
- b. Realizar un monitoreo periódico al azar de expedientes clínicos de las usuarias del programa, para comprobar los avances.
- c. Verificar mediante la aplicación de indicadores o estándares de calidad, el correcto cumplimiento de las normas de la Atención Prenatal.

III. En relación a las actividades educativas del Control prenatal.

Se debe difundir toda la información concerniente a los principales contenidos educativos del programa, importancia del control prenatal, su iniciación precoz, realización de sus controles sucesivos y el parto institucional a través de la:

- a. Realización diaria de charlas en la unidad de salud con el apoyo de los medios audiovisuales (televisor, retroproyector, etc) con los que cuenta el centro, para que exista una mejor atención y comprensión por parte de la usuaria.
- b. Conformación de brigadas móviles en asociación con el Ministerio de Educación, para llegar a las comunidades más alejadas y de difícil acceso, con el objetivo principal de llevar la información hasta estas zonas.
- c. Hacer campañas educativas a través de los medios de comunicación masiva, para llevar la información hasta los hogares y así, que la misma población o la embarazada bien instruida sirvan como docentes de otras embarazadas que están sin control prenatal o en control prenatal deficiente.
- d. Coordinar actividades de capacitaciones a parteras, brigadistas y líderes comunales, para que estos que están en mayor relación con la población, sirvan también como voceros de la información.
- e. Implementar un programa de educación continua en control prenatal para el personal de salud, que debe estar bien informado, para poder transmitir los conocimientos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alfaro V. y Col. Algunos aspectos históricos de la atención al embarazo. Vol. VIII. Número 1. Abril 2006. URL disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/142/14280108.pdf>
2. Ministerio de Salud de Nicaragua. Salud Materna e Infantil en Nicaragua. Avances y desafíos 2005. URL disponible en:
<http://www.unfpa.org.ni/documentos/Salud%20Materna%20e%20Infantil.pdf>
3. Castillo I. Las Casas Maternas, una iniciativa de las mujeres. Abril 2008. URL disponible en:
<http://www.puntos.org.ni/boletina/contenido.php?CodBole=137&key=1835&subsec=1847>
4. Ministerio de Salud de Nicaragua. Análisis comparativo Anual de Situación de Mortalidad Materna años 2005, 2006, 2007. Enero 2008. URL disponible en:
http://www.ops.org.ni/index.php?Itemid=34&func=fileinfo&id=525&option=com_
5. Ministerio de Salud de Nicaragua. Indicadores de Cobertura relacionados a la Atención Materna, Nicaragua 2000 – 2005. URL disponible en:
http://www.minsa.gob.ni/estadisticas/ind2006/images/ind_cobertura_atencion_materna.jpg
6. Schwarcz y col. El Cuidado Prenatal. Guía para la práctica del Cuidado Preconcepcional y del Control Prenatal. Argentina. 2001. URL disponible en:
<http://www.sarda.org.ar/Docs/GuiaMinisterio.pdf>
7. Martínez M. y Col. Servicio de Salud Materna. Bibliomed. Vol 14. N° 6. La Habana Cuba. Junio 2007. URL disponible en:
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/bmn/jun_2007_servicios_de_salud_materna.pdf
8. Ministerio de Salud de Nicaragua. Muertes sujetas a vigilancia epidemiológica. Nicaragua semana N° 40, año 2007. URL disponible en:
http://www.minsa.gob.ni/vigepi/html/tablas_temporal07/Boletin-40.pdf

9. Detección de alteraciones en el embarazo. URL disponible en:
<http://www.usanar.com/detecbr.html>
10. Ministerio de Salud de Nicaragua. Normas para la atención Prenatal Parto de Bajo Riesgo y Puerperio. Managua, Nicaragua. Junio 1997.
11. Portillo C. Evaluación de la Calidad del Programa Control Prenatal área 5 – Región II. Julio 1987 – Junio 1988. Tesis para optar al título de doctor en medicina y cirugía.
12. Medina R. y Tórrez R. Valoración de la Atención a embarazadas Captadas en el Control Prenatal en el Centro de Salud de Telpaneca. Enero 1988 – Diciembre 1990. Tesis para optar al título de doctor en medicina y cirugía.
13. Acevedo D. y Pineda E. Cumplimiento de Normas en Control Prenatal en Embarazadas con riesgo en Hospital Milton Rocha Cukra Hill. Octubre 1990 – Septiembre 1991. Tesis para optar al título de doctor en medicina y cirugía.
14. García G. y Saavedra H. Cumplimiento de las Normas de Control Prenatal en Unidades urbanas de Atención Primaria de la ciudad de Bluefields. Septiembre 1992. Tesis para optar al título de doctor en medicina y cirugía.
15. Echaverry M. y col. Evaluación del Control Prenatal en el Centro de Salud La Paz Centro. 1993. Tesis para optar al título de doctor en medicina y cirugía.
16. Herrera R. y Herrera R. Calidad y Cobertura del Control Prenatal. Matagalpa, Agosto de 1996. Tesis para optar al título de doctor en medicina y cirugía.
17. Duarte R. y Gámez H. Control Prenatal en el Jicaro. Un estudio en pacientes que acuden a la Unidad de Salud. Julio – Diciembre 1996. Tesis para optar al título de doctor en medicina y cirugía.

18. Benites F. y Gonzales J. Aplicación de estándares de Calidad, en el llenado de la Historia Clínica en la atención Prenatal en el Centro de Salud Vicente Godoy, Macuelizo, Nueva Segovia año 2003. Tesis para optar al título de doctor en medicina y cirugía.
19. Argüello D. y Mejía G. Calidad de prestación de los Servicios del Subprograma control Prenatal. San Carlos, Río San Juan. Enero – Marzo 2004. Tesis para optar al título de doctor en medicina y cirugía.
20. Maltez KD. Calidad de Atención en el subprograma de Atención Prenatal en el Centro de Salud Carlos Centeno. SIUNA. Enero – Marzo 2005. Tesis para optar al título de doctor en medicina y cirugía.
21. Salgado ZT. Evaluación de la Calidad del Programa de Atención Prenatal en el Centro de Salud Pedro Picado. Sutiava – Leòn. Abril a Septiembre 2006. Tesis para optar al título de doctor en medicina y cirugía.
22. Montes O. y Villega S. Calidad de Prestación de los Servicios en el Subprograma Control Prenatal de la Unidad de Salud Quezalguaque. Enero a Octubre del 2006. Tesis para optar al título de doctor en medicina y cirugía.
23. Barrera J. y Cisneros Y. Calidad de Atención Brindada en las mujeres embarazas que acuden al Control Prenatal en el Centro de Salud Miguel Plazaola del Municipio Tortuguero en Junio del 2006. Tesis para optar al título de doctor en medicina y cirugía.
24. Martínez M. y Téllez J. Calidad de atención del Subprograma de Control Prenatal en el Centro de Salud Juan Manuel Morales. Bluefield – Octubre 2005. Tesis para optar al título de doctor en medicina y cirugía.
25. Schwarcz y col. Obstetricia. Editorial el Ateneo. 5ta edición. Buenos Aires – Argentina. 2003.

26. Ministerio de Salud de Nicaragua. Módulo Maternidad Segura I. Managua, Nicaragua. 1ra edición. 2002.
27. Schwarcz y col. Salud Reproductiva Materna Perinatal. Atención Prenatal y del Parto de Bajo Riesgo. Publicación Científica CLAP N° 1321.01. Uruguay. OPS/OMS. 2005. URL disponible en:
http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP%201321.pdf
28. Ministerio de Salud Pública de Chile. Control Prenatal. URL disponible en:
http://escuela.med.puc.cl/paginas/Departamentos/Obstetricia/AltoRiesgo/control_prenatal.html
29. Fabr e y Col. Protocolo de detección, control y seguimiento del embarazo de bajo riesgo. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Madrid – España. URL disponible en:
http://www.minsa.gob.ni/enfermeria/doc_inter/prot_embarazo_bajo_riesgo.pdf
30. Cancino y Col. Guía de Control Prenatal y Factores de Riesgo. Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología. URL disponible en:
<http://oscarbogota.googlepages.com/GUIA1.CONTROLPRENATALYFACTORESDERIESGO.pdf>
31. Pérez, E.M. La enfermera como educadora de la embarazada y su núcleo familiar. Revista Hospital Materno – Infantil Ramón Sarda. 1996. XV. N  3. URL disponible en:
<http://www.sarda.org.ar/Revista%20Sard /96c/102-106.pdf>
32. Reyes A. y Cazorla M. La importancia de la educación en la atención preventiva de la salud. URL disponible en: <http://servicio.cid.uc.edu.ve/educacion/revista/a6n13/6-13-7.pdf>

33. Tezoquipa I. y col. Cuidados Prenatales. Boletín de Información Científica para el cuidado en Enfermería. Vol 1. N° 1, 2002. URL disponible en:
http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/2D237BB1-BEF4-49FD-BDE0-7DC59841743D/0/3_145149.pdf
34. La importancia del Control Prenatal. Colombia 2007. URL disponible en:
<http://www.solsalud.com.co/contenido/contenido.aspx?catID=65&conID=97>
35. Quintanilla y col. Anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto. México, D. F. 1ra edición. 2002. URL disponible en:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7204.pdf>
36. Ovies G. y col. Anticoncepción posparto. Revista Cubana de Endocrinología. Vol 10. N° 1. 1999. URL disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol10_1_99/end09199.htm
37. Gámez ML. Anticoncepción en el postparto. Universidad del Valle. URL disponible en:
<http://www.direccionsaludpasto.gov.co/a22.ppt>
38. Robey y col. Anticonceptivos orales combinados. The Johns Hopkins University School of Public Health. Volumen XXIV. Número 2. Octubre 1996. URL disponible en:
<http://www.infoforhealth.org/pr/prs/sj44/sj44chap1.shtml#top>
39. Cambios y Síntomas del Parto. Julio 2006. URL disponible en:
http://us.starmedia.com/mujer/sexualidad/reproduccion/1848_1.html
40. Barrera y Col. Guías Clínicas Terapéuticas para servicios del primer nivel de atención médica. Atención Prenatal. México. 2004. URL disponible en:
<http://200.94.154.100/CoordSalud/MedicinaPreventiva/GUIAS/atencion%20prenatal.pdf>

41. Relaciones Sexuales durante el embarazo. The Ohio State University Medical Center. Septiembre – 2005. URL disponible en:
<http://medicalcenter.osu.edu/pdfs/PatientEd/Materials/PDFDocs/spanish/women-infant/sex-during-pregnancy.pdf>

42. Ríos Reyes, Amilcar. Control Prenatal. Madrid. Enero 2003. URL disponible en:
http://www.geocities.com/amirhali/_fpclass/CPN.htm

43. Fescina R. y col. Sistema informático Perinatal – Historia Clínica Perinatal. Instrucciones de llenado y definición de términos. OPS – OMS. Publicación CLAP/SMR N° 1563. Junio 2007.

44. Ministerio de Salud de Nicaragua. Guía para el Monitoreo del llenado de la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) y CPN. Bonanza. 2007.

ANEXOS

ANEXO N° 1: LISTA DE COTEJO PARA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PRENATAL A PARTIR DE HISTORIAS CLÍNICAS.

I. DATOS GENERALES

Edad:
 Procedencia: Urbano: _____ Rural: _____
 Ocupación:
 Estado civil:
 Escolaridad:
 Etnia: Mestiza: _____ Misquita: _____ Mayagna: _____ Otra: _____
 Número de controles prenatales:
 Edad gestacional al momento del primer control:

II. REVISIÓN DE LLENADO CORRECTO DE HCPB – CONTROL PRENATAL.

Segmento No. 1 Identificación	Si	No	N/A
1.1 Domicilio			
1.2 Edad			
1.3 Estudio			
SUBTOTAL			
Segmento No. 2 Antecedentes			
2.1 Antecedentes Familiares			
2.2 Antecedentes Personales			
2.3 Antecedentes Obstétricos			
2.4 Fin de Embarazo anterior			
SUBTOTAL			
Segmento No. 3 Embarazo Actual			
3.1 Peso anterior (Kg.)			
3.2 Talla			
3.3 F.U.M / F.P.P.			
3.4 Antitetánica actual			
3.5 Grupo y R.h			
3.6 Fuma			
3.7 Examen clínico			
3.8 Examen de mamas			
3.9 Papanicolaou			
3.10 Cervix			
3.11 V.D.R.L.			
3.12 Hemoglobina			
3.13 Ex. General Orina			
SUBTOTAL			

Segmento No. 4 Atención Prenatal	Si	No	N/A
4.1 Fecha de la Consulta			
4.2 Semanas de Amenorrea			
4.3 Peso (Kg.)			
4.4 Presión Arterial			
4.5 Altura uterina			
4.6 Presentación			
4.7 Frecuencia Cardíaca fetal			
4.8 Movimientos fetales			
4.9 Edema			
SUBTOTAL			
Segmento No. 5 Patologías			
5.2 Todas las Patologías			
SUBTOTAL			

Nota: Cuando se constata que el ítem se llenó adecuadamente se coloca SI de lo contrario se coloca NO. No aplica (n/a) corresponde a los ítems del 4.5 al 4.8 y generalmente se da cuando la gestación a controlar es menor de 12 semanas.

III. REVISIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL RESTO DE ACTIVIDADES CONTEMPLADAS EN LAS NORMAS DE ATENCIÓN PRENATAL

Actividades	Si	No	N/A
1. Anamnesis (interrogatorio)			
2. Diagnóstico de embarazo (prueba de embarazo)			
3. Examen físico completo.			
4. Valoración del estado nutricional			
5. Entrega de hierro y ácido fólico			
6. Estudio ecográfico cuando se dispone de equipo.			
7. Examen odontológico			
8. Valoración de la pelvis			
9. Glicemia			
10. Se evaluaron los exámenes enviados			
11. Gráfica de crecimiento uterino y ganancia de pesomaterno.			
12. Evaluación en cada consulta de factores de riesgo			
13. Se categorizó a la embarazada según riesgo (normal, bajo o alto riesgo obstétrico).			
SUBTOTAL			

ANEXO N° 2: ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS SOBRE CONTENIDOS EDUCATIVOS QUE TIENEN LAS USUARIAS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PRENATAL

Objetivo: Evaluar los conocimientos que usted tiene acerca de las recomendaciones brindadas por el personal de salud que atiende el Programa de Atención Prenatal en el Centro de Salud Esteban Jaénz Serrano del municipio de Bonanza de la Región Autónoma del Atlántico Norte.

I. DATOS GENERALES

Edad:

Procedencia: Urbano: _____ Rural: _____

Ocupación:

Estado Civil:

Escolaridad:

Etnia: Mestiza: _____ Misquita: _____ Mayagna: _____ Otra: _____

Embarazos:

II. CONOCIMIENTOS

➤ Generales

¿Quién le sugirió realizar sus controles prenatales?

¿Cuál es la importancia de acudir al control prenatal?

¿Dónde cree que es mejor parir a su hijo, en el hospital o en su casa? ¿Por qué?

¿Cuál es el número mínimo de citas a su control prenatal a las cuales debe acudir?

➤ Lactancia Materna

¿Conoce los beneficios de la lactancia materna?

- a. Si
- b. No.

Enumérelos.

¿Cuál es el momento ideal – en tiempo - para dar inicio a la lactancia materna después del parto?

¿Qué significa lactancia Materna a libre demanda?

¿Hasta qué edad debe de dar solamente el pecho al niño?

¿Es bueno darle agua, otros líquidos o alimentos al niño antes de los 6 meses de edad?

- a. Si
- b. No

¿Por qué?

¿Con que frecuencia debe de dar el pecho al niño?

¿Conoce al menos 2 posiciones adecuadas para amamantar?

- a. Si
- b. No

¿Cuáles?

¿Si usted está enferma puede dar de mamar?

- a. Si
- b. No

➤ **Alimentación**

¿Lo normal es que la mujer aumente entre 8 y 16 kg (17 – 35 libras) al término de su embarazo?

- a. Si
- b. No

¿Sabe que alimentos debe consumir que sean fuente de calcio, hierro - ácido fólico y vitamina C?

- a. Si
- b. No

¿Cuáles?

Calcio: _____

Hierro y ácido fólico: _____

Vitamina C: _____

➤ **Vacunación**

¿Qué vacuna deben aplicarle durante su embarazo?

¿Contra qué enfermedad la protege?

¿Esta vacuna protege también al niño?

➤ **Planificación familiar**

¿Conoce los beneficios de la planificación familiar después del parto o puerperio?

- a. Si
- b. No

¿Cuáles? Enumérelos.

¿Conoce que métodos son los más adecuados para planificar después del parto, para las mujeres que dan de mamar?

- a. Si
- b. No

¿Cuáles? Enumérelos

¿Se recomienda la planificación con anticonceptivos orales combinados después del parto para las mujeres que dan de mamar?

- a. Si
- b. No

¿Por qué?

➤ **Preparación para el parto**

¿Sabe que signos o síntomas indican inicio de trabajo de parto?

➤ **Orientación sexual**

¿Está contraindicado tener relaciones sexuales durante el embarazo?

- a. Si
- b. No

➤ **Estilos de vida**

¿Considera que es malo el hábito de fumar durante su embarazo?

- a. Si
- b. No

¿Cuáles son las complicaciones para su embarazo?

¿Considera que es malo tomar alcohol durante el embarazo?

- a. Si
- b. No

¿Cuáles son las complicaciones para su embarazo?

¿Considera que es malo consumir drogas durante el embarazo?

- a. Si
- b. No

¿Cuáles son las complicaciones para su embarazo?

➤ **Signos y síntomas de alarma**

¿Si usted presenta salida de líquido por la vagina, debe acudir de inmediato al centro médico más cercano?

- a. Si
- b. No

¿La inflamación de la cara o los dedos es una situación normal del embarazo que no necesita ser consultada de inmediato con el médico o enfermera?

- a. Si
- b. No

¿Solamente se debe acudir de inmediato al centro de salud más cercano cuando hay hemorragia vaginal, si esta ocurre en cantidad abundante?

- a. Si
- b. No

¿El vómito abundante y continuo es una reacción normal ante el embarazo y no amerita que se consulte de inmediato al centro médico?

- a. Si
- b. No

¿El dolor de cabeza continuo e intenso suele ser normal en algunas mujeres embarazadas, no es necesario consultar de inmediato cuando se presente?

- a. Si
- b. No

¿Si usted presenta visión borrosa o “ve puntos brillantes” debe consultar rápidamente al centro médico?

- a. Si
- b. No

¿El “dolor de estómago” suele ser normal en muchas embarazadas, no es necesario consultar rápidamente al médico o enfermera cuando se presente?

- a. Si
- b. No

¿Los escalofríos y la fiebre son signos de alarma en una embarazada que deben hacerla consultar de inmediato al centro médico?

- a. Si
- b. No

¿La disminución o ausencia de movimientos fetales por más de un día es normal en algunas embarazadas o deben hacerla consultar de inmediato a su unidad de salud?

- a. Si
- b. No

➤ **Otras Recomendaciones**

¿Qué recomendaciones le dieron sobre su higiene personal?

¿Qué recomendaciones le dieron sobre su vestimenta y uso de calzado?

¿Qué recomendaciones le dieron con respecto al trabajo durante su embarazo?

¿Qué recomendaciones le dieron sobre el uso de medicamentos durante su embarazo?

¡MUCHAS GRACIAS!