

**UNIVERSIDAD CATÓLICA REDEMPTORIS MATER
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**



**TESIS MONOGRÁFICA PARA OPTAR AL TÍTULO DE
DOCTORA EN MEDICINA Y CIRUGÍA**

LINEA DE INVESTIGACIÓN: Ginecoobstetricia

**Cumplimiento de los cuidados prenatales según normativa 011 en
pacientes con Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes
Managua junio - diciembre del 2018**

AUTORA

Hernandez-Putoy, Abigail de los Ángeles

TUTORA CIENTÍFICA

Dra. Suhayla Rodríguez Gutiérrez
Especialista en Ginecoobstetricia

TUTOR METODOLÓGICO

Dr. Jairo Baltazar Campos Valerio
Doctor en Medicina y cirugía
Master en Salud Publica

REVISORES DE LA INVESTIGACIÓN

REVISORA DE CONTENIDO

Martha de los Ángeles Galo, MD, MSc.
Salubrista Publico

Decana de Facultad de ciencias Médicas

REVISOR Y CORRECTOR DE ESTILO

Franklin Solórzano,
Secretario Académico

Facultad de Ciencias Médicas UNICA

Managua, Nicaragua
27 de septiembre 2019

I. INDICE

DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTO	5
RESUMEN.....	6
I. Introducción	7
II. Antecedentes	9
III. . Justificación	14
IV. Planteamiento del problema	15
V. Objetivos	16
VI. Objetivo general	16
VII. Objetivos específicos	16
VIII.Marco referencial	17
7.1 Clasificación.....	18
7.2 Embarazadas clasificadas como Bajo Riesgo Obstétrico	18
7.3 Determinación del Riesgo	19
7.4 Actividades básicas para todas las atenciones	20
Primera atención prenatal.....	23
Segunda atención prenatal	26
7.8 Tercera atención prenatal	29
7.9 Cuarta atención prenatal.....	30
Acciones para referir a hospitalización a embarazada	31
IX. Calidad en salud	32
X. Diseño metodológico.....	33
a) Área de estudio:	33
b) Tipo de estudio:.....	33
c) Universo:	33
d) Muestra:	33
e) Muestreo:	33
f) Unidad de Análisis:.....	33
g) Criterios de selección:	34
h) Variable por objetivo.....	34
i) Matriz de operacionalización de Variables	36
j) Fuente de Información:	40
k) Método de obtención de información.....	40

Instrumento	40
Plan de Análisis.....	41
Procedimiento y análisis de Información.....	42
XI. Consideraciones éticas	43
XII. Resultados	44
XIII. Discusión de resultados	47
XIV. Conclusiones	51
XV. Recomendaciones	52
XVI. Lista de referencias.....	53
XVII. Anexo 1: Ficha de recolección de información.....	56
XVIII. Ficha de monitoreo	58
XIX. Anexo 2: Tablas y gráficos.....	60
XX. Cumplimientos de los criterios establecidos por el MINSA	71

DEDICATORIA

El presente estudio de investigación realizado con mucho esfuerzo y dedicación, quiero dedicarlo en primer lugar a Dios creador del universo quien me dio la fortaleza, fe, salud y esperanza.

Dios padre Gracias por darme la oportunidad de llegar al final de una de mis grandes Metas, por darme sabiduría guiarme por el buen camino y colocarme a personas buenas que yo llamo ángeles enviados por ti a mi vida, gracias por tu gran misericordia y amor.

A mis padres María Elena y Ricardo Eladio por su apoyo incondicional, y sacrificio durante toda mi carrera los amo por ser unos excelentes padres.

A mi querido esposo Johnny por su amor, paciencia y apoyo en todo momento quien siempre que quería rendirme me alentaba para continuar.

A mis maestros, familiares, compañeros de estudio que sin su apoyo no hubiera culminado este estudio.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecerle al único que permite que sucedan las cosas en la vida del ser humano Nuestro Dios, por permitirme estudiar esta hermosa carrera

A mi familia luchadora que siempre creyeron en mí y nunca me negaron su apoyo, pilar fundamental de todo lo que soy.

Gracias de corazón a mi tutora de tesis Dra. Suhayla Rodríguez y colaboradores por brindarme sus conocimientos, orientaciones, paciencia, tiempo, dedicación, motivación y entrega han sido fundamentales para mi formación y un privilegio el haber contado con su apoyo.

Gracias al director docente del Hospital Carlos Roberto Huembes el Dr. Eduardo Romero, Dra. Blanca Baca por permitirme realizar la investigación en dicho hospital. Para ellos muchas gracias y que Dios los bendiga.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el nivel de cumplimiento de los cuidados prenatales según normativa 011 en pacientes con alto riesgo obstétrico Hospital Carlos Roberto Huembes Managua junio - diciembre del 2018.

Metodología: La presente investigación es un estudio de tipo descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 70 expedientes de embarazadas que acudieron a sus controles prenatales, la información de los datos sociodemográficos se recolectó con una ficha elaborada y validada, para la recolección del cumplimiento de los 12 criterios normados. Se utilizó la ficha que se encuentra plasmada en la normativa 011, en la cual se valoran los 12 criterios de atención prenatal. Estos datos fueron procesados y analizados mediante los programas spss, Microsoft Excel y Microsoft Word.

Resultados: La mayoría de las pacientes tenían entre 20 a 34 años 77.1%(54), universitarias 47.1%(33), provenían del área urbana 94.3%(66), la mayoría eran casadas, el 42.9%(30) bigestas y el 47.1%(33) se encontraban entre las 12-26 semanas de gestación (SG). La principal comorbilidad que se presentó fue la diabetes gestacional en un 20.1%(14), seguido de la obesidad con un 20.0% (14) y el 20.0% (14) no tenían comorbilidades. El 18.6%(13) eran HTA, el 15.7%(11) presentaba diabetes Mellitus; el 14.3%(10) tenían EMA, en un 8.6%(6) tenían sobrepeso, y en un menor porcentaje de 5.7%(4) eran Rh negativo, un 2.9%(2) eran VPH positivo. En las comorbilidades síndrome de flujo vaginal, epilepsia, Pre eclampsia, PLI, asma bronquial, LE; se encontraron en un 1.4%(1). Se determinó que de las 70 gestantes del estudio en el cumplimiento de las 12 actividades normadas por la normativa 011 en cuanto a los criterios de atención prenatal los datos de antecedentes personales y obstétricos, medición de talla, medición de peso, semanas de amenorrea, determinación e interpretación de la presión arterial se cumplieron en un 100 %; no así en la toma de la altura uterina, estado nutricional, examen de mama, y con un menor porcentaje, el envío de exámenes de laboratorio, la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) y registro de movimientos fetales.

Conclusión: El 61.4% de los expedientes monitoreados cumplieron con las 12 actividades normadas por el MINSA y en el 38.6% de los expedientes revisados no se cumplió con la normativa 011.

Palabras claves: Normativa MINSA, Cuidados prenatales; Embarazadas

I. Introducción

El control prenatal es una herramienta de prevención de la morbimortalidad materna y perinatal. Cuyos objetivos son identificar aquellas pacientes de mayor riesgo, con el fin de realizar intervenciones en forma oportuna que permitan prevenir dichos riesgos y así lograr un buen resultado perinatal. (Aguilera, 2014). El nuevo modelo de atención prenatal divide a las mujeres embarazadas en dos grupos; bajo riesgo obstétrico y alto riesgo obstétrico los cuales ayudaran a realizar controles sistemáticos, periódicos y específicos para cada etapa de la gravidez, en donde se deben de cuidar todos los detalles y prevenir futuras complicaciones. (MINSA, 2015)

Es responsabilidad del ginecoobstetra, la salud de la madre en el transcurso del embarazo, el parto y el puerperio, así como del bebé en su etapa de vida intrauterina. La mayoría de las causas iatrogénicas evitables en el feto tienen que ver con el estilo de vida materno en el primer trimestre del embarazo. (MINSA, 2015). La atención médica tradicional, especialmente en lo referente al programa de control prenatal, tiene un enfoque orientado a realizar un interrogatorio y un examen físico para la gestante, con complementos adicionales de evaluación de exámenes de laboratorio, ecografías y la prescripción de un tratamiento terapéutico específico para cada caso, se debe obtener la historia médica personal y reproductiva completa; la historia de salud de la pareja y las conductas de riesgo psicosocial. Se debe realizar un examen físico general (índice de masa corporal, presión arterial), un examen ginecológico, PAP. Hay que desarrollar también exámenes de laboratorio los que son: Hematocrito-Hb, Urocultivo, Grupo Rh y Coombs, VDRL, VIH. (MINSA, 2015)

En octubre del 2010 el Ministerio de Salud de Nicaragua viene trabajando desde el Programa de Atención Integral a la Mujer en el desarrollo de la maternidad segura como una estrategia para mejorar la salud materna y perinatal del país, cuyos objetivos son: reducir el número de embarazos no deseados y de alto riesgo; el número de complicaciones obstétricas y, la tasa de mortalidad perinatal y neonatal. El incumplimiento de las consultas prenatales en una mujer gestante generan riesgos. Estos factores pueden ser personales,

familiares y sociales que determinan la asistencia irregular a estas consultas por lo tanto, son un aspecto clave para la estructuración de los servicios de cuidado materno infantil.

Es muy importante enfatizar en los aspectos de calidad en la atención prenatal, debido a que el bienestar materno infantil es una prioridad para los servicios de salud; se realizó el presente estudio, el cual tuvo como propósito determinar el nivel de Cumplimiento de los cuidados prenatales según normativa 011 en pacientes con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes Managua de junio a diciembre del 2018, este estudio ayudara a que se fortalezcan más los cuidados prenatales de las embarazadas ayudando a que se realicen de forma oportuna las intervenciones diagnósticas, terapéuticas, de atención inmediata y especializada (MINSA, 2015)

II. Antecedentes

Roldan y Palaguachi (2015) estudiaron sobre el cumplimiento de las normas materno neonatales del ministerio de salud pública en el control prenatal de las embarazadas que acuden al centro de salud de Ricaurte, Cuenca 2015. El estudio fue descriptivo, se trabajaron con 70 embarazadas que acudieron al control prenatal durante el periodo de enero-julio 2015. Se determinó que de las 70 gestantes que se estudiaron el 77.1% acudieron a su primer control prenatal antes de las 20 semanas de embarazo, mientras que el 2.9% lo hizo entre las 26 y 28 semanas. De estas mujeres el 64% son adultas jóvenes entre 19 a 34 años, y el 7.1 % son mayores a 35 años; entre los signos de peligro obstétrico el 25.7% presento dolor y ardor al orinar, el 20% náuseas y vómitos frecuentes, el 12.9% dolor abdominal, el 1.4% disminución y ausencia de los movimientos fetales; el 85% indico haber recibido información de cómo actuar si se presentaba alguna de esta sintomatología pero el 14.3% respondió no haber recibido dicha información durante su etapa gestacional De acuerdo al cumplimiento del panel de control prenatal de las gestantes del CS de Ricaurte, se determinó que un gran porcentaje de gestantes cumplen con la norma establecida en el MSP, lo que demuestra que los resultados son propicios en relación a los exámenes de sangre, orina, VDRL y VIH. Así también aunque en minoría, hay una contradictoria con referencia a los estudios de examen de mamas y Papanicolaou durante su gestación.

Reyes, Quintana y Lacayo (2013) estudiaron sobre el cumplimiento del protocolo del control prenatal en embarazadas de bajo riesgo atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago. El estudio fue observacional, descriptivo de corte transversal con una muestra que la conformaron 267 mujeres embarazadas de bajo riesgo. Las mujeres en estudio eran de la zona urbana en un 100% y un 22.8% tenían su secundaria aprobada; en los

exámenes de rutina que se enviaron la mayoría fueron indicados en tiempo y forma a excepción de la Reagina Rápida de Plasmina (RPR), el toxotest en el primer trimestre del embarazo de las pacientes; con respecto al abordaje terapéutico en todas se indicó en el primer trimestre su tratamiento adecuado (sulfato ferroso más ácido fólico); en el segundo trimestre se indicó Albendazol al 65.9% de las pacientes, el calcio y la aspirina al 100%; en el tercer trimestre se indicó al 100% el calcio y aspirina, al 98.9% sulfato ferroso más ácido fólico y se prescribió el Albendazol al 14.6% de las gestantes en este último trimestre; en relación a los exámenes de indicación según protocolo de la tercera atención prenatal, al 100.0% de las pacientes no se les indicó la prueba de VIH/SIDA, y en el 98.1% no se indicó la prueba de Reagina Rápida de Plasmina (RPR), por lo cual se concluyó en orientar al personal de salud la necesidad de aplicar el cumplimiento de dicho protocolo.

Barreto y Baca (2014) estudiaron sobre la calidad del programa de atención prenatal del centro de salud Héroes y Mártires del Cuá. El tipo de estudio fue de calidad de atención de carácter descriptivo. La muestra fue de 50 embarazadas que acudieron a su atención prenatal durante el mes de mayo. Se elaboró una ficha de recolección la cual se aplicó a los expedientes de las usuarias obteniéndose datos sociodemográficos, se verificó el cumplimiento de las 13 actividades normadas para la realización de la APN de atención el cual fue revisado en los expedientes encontrando deficiente en el cumplimiento de las actividades mínimas establecidas, con un 58% incompleto fallando principalmente en: (examen de mamas, envío de exámenes de laboratorio y valoración nutricional). Se llegó a la conclusión de que solo se cumplió con el 42% de las normativas MINSA, y las usuarias percibieron como muy buena (46%) la calidad de atención.

Matute, Ortuño y Avilez (2016) evaluaron el cumplimiento de los estándares de calidad de atención prenatal en el área urbana del municipio de Condega, departamento de Estelí; durante el periodo comprendido de octubre del año 2015 hasta abril del año 2016 el tipo de estudio fue retrospectivo, descriptivo de corte transversal, la muestra estuvo establecida por 100 expedientes clínicos seleccionados al azar se encontró un incumplimiento del 69% debido a que no se consignó uno o más datos en las doce actividades, observándose la mayor deficiencia en: valoración nutricional en base a índice de masa corporal debido a que en el 48.32 % de los expedientes estudiados no se encontró realizada la curva de incremento de peso materno en la historia clínica perinatal su interpretación en la nota del expediente clínico, dato que es indispensable para la valoración de riesgo en la gestante Existe además un déficit en el examen de mama del que se registró un incumplimiento del 29.22%, aspecto de gran importancia para la preparación de la madre para la lactancia materna, así como la detección de patología de mama. La interpretación de la presión arterial no se realizó en un 24 % de los expedientes clínicos lo que dificulta el diagnóstico y adecuado manejo de las complicaciones obstétricas por síndrome hipertensivo, una de las principales causas de morbilidad en nuestro país .Es preocupante el porcentaje de incumplimiento de los indicadores de calidad en el municipio, ya que es mayor al 60 %, lo traduce un bajo nivel de calidad en la atención prenatal.

Estrada y Alfaro (2014) estudiaron sobre calidad de la atención prenatal en mujeres atendidas en el centro de salud Jairo Bismark Moncada de Somoto, Madriz ; en el periodo de Enero – Junio del 2013 de tipo retrospectivo, descriptivo de corte transversal, El universo estuvo constituido por 110 Historias Clínicas Perinatales Básicas Simplificadas de los expedientes de las pacientes atendidas en los 5 ambientes de la unidad de salud. En los resultados del estudio se encontró que en los datos de

antecedentes personales y obstétricos el proveedor de salud cumple en el 98.2%, superando de esta manera lo esperado para el cumplimiento; no así en el llenado de datos del embarazo actual, hay criterios que no fueron registrados correctamente, tales como semanas de amenorrea, medición de la altura uterina, auscultación de la frecuencia cardíaca fetal, movimientos fetales después de la 18 semanas de gestación, evaluación del peso en cuanto al incremento e índice de masa corporal. Se concluyó que el 98.2 % de las HCPB fueron llenadas correctamente, los datos socio demográficos y número de expediente se completaron en su totalidad, en muy poco porcentaje 1.8 % no se realizó correctamente el llenado análisis y registro de datos de los resultados de laboratorio.

Icaza (2013) estudiaron la calidad de la atención prenatal de pacientes atendidas en consulta externa del hospital Bautista tipo de estudio descriptivo transversal retrospectivo con una muestra que estuvo constituida de 90 embarazadas. En los resultados se encontró que un 92% de los pacientes eran embarazadas de bajo riesgo obstétrico y un 8% pacientes de alto riesgo obstétrico. Se encontró que un 8% de los expedientes cumplía con lo normado según el MINSA se pudo ver el promedio de las trece actividades realizadas de las cuales la determinación de la presión arterial, la medición de la altura uterina, y la auscultación de la FCF a las 20 SG fueron las que más se cumplieron en un 86%. También se identificaron en los expedientes complicaciones maternas, complicaciones fetales, muertes maternas y muertes fetales, a cada uno de ellos también se compararon con el cumplimiento de protocolo de atención y se obtuvo los siguientes resultados: se observó que del total de los expedientes revisados un 8% presentaba complicaciones maternas y un 1% presentaba complicaciones fetales. De todos los expedientes no se encontró evidencia alguna de muerte materna ni muerte fetal posteriormente, se relacionaron las características de las embarazadas,

las complicaciones maternas, las complicaciones fetales, las muertes maternas y las muertes fetales con respecto al cumplimiento del protocolo de cada una de ellas y se obtuvo el siguiente resultado: de los embarazos de alto riesgo, un 14% cumple con lo normado, de las complicaciones maternas, un 14% cumple con lo normado, de las complicaciones fetales solo se encontró un caso el cual no cumplía con lo normado, destacándose que no se encontraron en los expedientes revisados casos de muerte materna y fetal, no pudiéndose realizar análisis de este aspecto.

III. . Justificación

Nicaragua ante los episodios de muerte materna se vuelve signataria de una serie de compromisos nacionales e internacionales para la protección de la mujer en todas las etapas de su vida, en especial durante la gestación.

Resulta necesario implementar estrategias que permitan fortalecer el nivel de cumplimiento de la atención prenatal que se brinda a las embarazadas, razón por la cual se realizó esta investigación la que aportará datos relevantes para el personal de ginecoobstetricia del Hospital Carlos Roberto Huembes.

Desde la captación en la atención prenatal, se debe categorizar a la embarazada en alto y bajo riesgo, una paciente con alto riesgo es aquella la cual tiene antecedentes personales de enfermedades crónicas o eventos obstétricos previos los cuales hacen que la embarazada tenga la probabilidad de sufrir daño.

La utilidad práctica de la investigación fue evaluar el nivel de cumplimiento de la normativa 011 en la realización de los controles prenatales, esto ayudo a identificar los aspectos que se deben mejorar en cuanto a la atención prenatal, lo cual llevara a que se brinde un adecuado manejo de las pacientes con alto riesgo obstétrico (ARO) y así realizar una detección oportuna de diferentes patologías y con ello establecer un abordaje multidisciplinario que favorezca a la paciente y garantice el tratamiento de su patología de base, brindando consejería en todo momento.

IV. Planteamiento del problema

¿Cuál es el nivel de cumplimiento de los cuidados prenatales según normativa 011 en pacientes con Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes Managua junio - diciembre del 2018?

V. Objetivos

VI. Objetivo general

Evaluar el nivel de cumplimiento de los cuidados prenatales según normativa 011 en pacientes con alto riesgo obstétrico Hospital Carlos Roberto Huembes Managuajunio - diciembre del 2018.

VII. Objetivos específicos

1. Caracterizar sociodemográficamente a las pacientes embarazadas con alto riesgoobstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes Managua.
2. Identificar los principales factores asociados en las pacientes embarazadas con alto riesgo obstétrico Hospital Carlos Roberto Huembes.
3. Determinar el cumplimiento de los criterios de control prenatal establecidos en la normativa 011 en las pacientes embarazadas con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes Managua de junio a diciembre del 2018.

VIII. Marco referencial

La atención prenatal es la serie de visitas o entrevistas programadas a la embarazada, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados del-a recién nacido/a. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud OMS. (MINSa, 2015)

El número de controles prenatales de forma ideal es de 8 a 10 controles por el lapso total de la gestación, siempre que esta sea de carácter normal. Lo mínimo son 4 controles prenatales; según normas del Ministerio de Salud Pública. En la Atención Prenatal de Alto Riesgo se realizarán siete atenciones programadas, lo que permitirá el cumplimiento de las actividades necesarias. (MINSa, 2015)

La captación (primera atención) debe ser lo más precoz posible siendo lo correcto efectuarla en el primer trimestre de embarazo. Cuando se realiza una captación tardía se deberán realizar las actividades correspondientes que no se realizaron en las atenciones anteriores además de las que corresponden al periodo actual de embarazo. (MINSa, 2015)

El control prenatal para poder considerarlo óptimo debe cumplir los siguientes requerimientos básico:

Precoz: Es cuando la primera consulta al control prenatal se efectúa en las primeras 12 semanas de embarazo.

Periódica: Es la frecuencia con que se realizan las atenciones prenatales de las embarazadas que acuden a la unidad de salud.

Continua: Es la secuencia de las atenciones que se brindan de forma sistémica e interrumpida

Completa: Es cuando el contenido de las atenciones garantiza el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la embarazada.

El control prenatal tiene los siguientes objetivos:

1. Brindar contenidos educativos para la salud de la madre, la familia y la crianza.
2. Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.
3. Vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal.
4. Detectar enfermedades maternas subclínicas.
5. Aliviar molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
6. Preparar a la embarazada física y síquicamente para el nacimiento. (MINSA, 2015)

7.1 Clasificación

El nuevo modelo de atención prenatal divide a las mujeres embarazadas en dos grupos:

1. Bajo riesgo obstétrico
2. Alto riesgo obstétrico

7.2 Embarazadas clasificadas como Bajo Riesgo Obstétrico

- ✓ Determinado una vez que se aplique el formulario de clasificación de riesgo de la OMS modificado.
- ✓ No requieren otra evaluación o cuidado especial en el momento de la primera visita independientemente de la edad gestacional.

- ✓ Máximo cuatro atenciones prenatales durante la gestación (MINSA, 2015) Embarazadas clasificadas como Alto Riesgo Obstétrico constituyen en promedio el 25% de todas las mujeres que inician atención prenatal.
- ✓ Se le brindan las acciones del componente básico además de los cuidados especiales de acuerdo a los requeridos por la patología materna.
- ✓ Las atenciones prenatales en este grupo de riesgo son un máximo de siete consultas. (MINSA, 2015)

Hay que tomar en cuenta que a pesar de que el motivo de la consulta sea una patología determinada como (diabetes, hipertensión arterial, etc.) hay actividades que son de realización obligatoria con el fin de que se garantice estabilidad y vigilancia fetal en cada atención prenatal debe dejarse establecido la evaluación médica en el expediente clínico. Tales como signos vitales, frecuencia cardíaca fetal y movimientos fetales, evaluación de datos de alarma, peso y análisis del incremento del mismo entre otros. (MINSA, 2015)

7.3 Determinación del Riesgo

Se definen a continuación los tipos de factores de Riesgo (probabilidad que tiene la madre o su hijo, o ambos de enfermar o morir) según su asociación con el daño que producen. (MINSA, 2015). Para determinar el riesgo de la embarazada se utilizará el formulario de clasificación de riesgo. (MINSA, 2015)

Antecedentes obstétricos

- Muerte fetal o muerte neonatal previa (28SG - 7 días de vida).
- Antecedentes de 3 o más abortos espontáneos consecutivos.
- Peso al nacer del último bebé menor de 2500g.

- Estuvo internada por hipertensión arterial o preeclampsia / eclampsia en el último embarazo.
- Cirugías previas en el tracto reproductivo.

Embarazo actual

- Diagnóstico o sospecha de Embarazo Múltiple.
- Menos de 20 años de edad.
- Más de 35 años de edad.
- Isoinmunización Rh negativa en el embarazo actual o en embarazos anteriores (Realizar Coombs en II Y III trimestre)
- Sangrado vaginal.
- Masa pélvica.
- Presión Arterial Diastólica de 90mm Hg o más durante el registro. (MINSA, 2015)

Historia clínica general

- Diabetes Mellitus insulino dependiente.
- Nefropatía.
- Cardiopatía.
- Consumo de drogas.
- Cualquier enfermedad o afección médica. (MINSA, 2015).

7.4 Actividades básicas para todas las atenciones

Las actividades básicas que se deben realizar en las cuatro atenciones

prenatales a las embarazadas que asisten a la unidad de salud pública o son las siguientes:

1. Llenado y análisis de formularios de atención prenatal.
2. Indagar sobre factores sociales tales como Violencia. En donde a través del interrogatorio identificaremos si la embarazada es o ha sido víctima de algún tipo de violencia: física, psicológica o emocional, sexual, económica y por negligencia o descuido. Se debe proceder a evaluar los efectos en la respectiva visita, realizar un abordaje con ética, confidencialidad, referir según corresponda. (MINSA, 2015). Ingreso y seguimiento al censo gerencial de las embarazadas.
3. Antecedentes familiares y personales y antecedentes obstétricos.
4. Medición de talla
5. Medición de peso
6. Examen físico general completo. Este debe seguir el orden céfalo-caudal, es importante no olvidar efectuar revisión de cavidad bucal, examen clínico de mamas y revisar genitales externos. (MINSA, 2015)
7. Edad gestacional
8. Evaluación del estado nutricional en base al peso materno Luego de tener el dato del peso en kilogramo de la embarazada se procede a graficar el incremento de peso materno (IPM) en curva correspondiente según el punto de intersección de las líneas de incremento de peso materno en Kg (horizontal) y la edad gestacional en semanas (vertical). Si el incremento de peso materno (IPM) graficado es mayor o menor de lo esperado se debe referir a especialista (menos de percentil 10 y más del percentil 90, entre el percentil 10 y 25). Los criterios de hospitalización con relación al peso serán evaluados según de forma individualizada por el especialista. (MINSA, 2015)
9. Evaluación del estado nutricional en base al índice de masa corporal
10. Aplicación de vacuna antitetánica. Se administra a cualquier edad gestacional. La embarazada se considera inmunizada cuando ha recibido

dos dosis, con intervalos entre 4 a 8 semanas las mujeres que no poseen documentación de haber recibido inmunización contra el tétanos deben ser vacunadas con una primera dosis en la primera consulta prenatal o durante la atención en una situación de aborto. (MINSA, 2015)

- 11.** La segunda dosis debe ser administrada no antes de cuatro semanas de la primera dosis y por lo menos 3 semanas antes de la fecha probable de parto.
- 12.** Las dosis aplicadas anteriormente al embarazo, se tomarán en cuenta las recibidas con las vacunas DT (1 dosis), DPT (2 dosis) o Pentavalente (3 dosis). Si ya tiene su esquema (respaldado) de 6 dosis previas a su embarazo no se deberá aplicar vacuna, ya que se considera inmunizada.
- 13.** Cuando no ha recibido ninguna dosis se deberá aplicar dos dosis durante el embarazo actual de la siguiente manera: 1ra dosis en la primera atención prenatal. 2da dosis 4 semanas después de la primera o por lo menos 3 semanas antes de la fecha de parto. (MINSA, 2015)
- 14.** Determinación de la presión arterial (registro de signos vitales).
- 15.** Exámenes de laboratorio: Grupo y Rh, PAP, VDRL/RPR, Hemoglobina o BHC, Glicemia, Examen General de Orina, consejería y prueba voluntaria de VIH, PCR, Gota Gruesa y Chagas (según patología o endemicidad de la zona). (MINSA, 2015)
- 16.** Medición de Altura de Fondo Uterino (AFU), llenado y evaluación de curva del crecimiento fetal. La altura se mide en centímetros con la cinta obstétrica desde el pubis hasta el fondo uterino determinado por palpación. El extremo de la cinta métrica se fija en el borde superior del pubis con los dedos de una mano, mientras entre el dedo índice y mayor de la otra mano se desliza la cinta hasta que el borde cubital de esa misma mano alcance el fondo uterino. (MINSA, 2015)
- 17.** Auscultación de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) a partir de las 20 semanas de gestación (SG).
- 18.** Movimientos fetales después de 18 semanas de gestación (SG).

19. presentación / situación fetal.
20. Clasificación de embarazo de Bajo o Alto Riesgo.
21. Consejería en lactancia materna y planificación familiar.
22. Suplemento con sulfato ferroso más ácido fólico.
23. Prescribe albendazol a las 26 semanas de gestación (SG). (MINSA, 2015)

Orientaciones básicas de cada APN

- Recuerde hablar sobre:
- Signos o síntomas de peligro: sangrado, dolor de parto, expulsión de líquido a través de la vagina, fiebre. Se deberá de explicar que hacer y donde acudir.
- La importancia de cumplir orientaciones verbales, exámenes indicados o prescripción de medicina.
- Los hábitos personales de higiene, alimentación, vestimenta, relacionales sexuales, sexo seguro para prevenir ITS/VIH-Sida, automedicación durante el embarazo, ingesta de alcohol, fumado, aplicación de drogas.
- Indicación de próxima cita de APN Después de terminar la atención prenatal escribir en la historia clínica perinatal (HCP) y decirle a la embarazada cuando debe regresar para la siguiente atención, escribirlo además en el Carné Perinatal. (MINSA, 2015)

Primera atención prenatal

- La primera atención debe ser siempre brindada por el recurso más calificado disponible que exista en la unidad de salud, se espera que dure entre 30 a 40 minutos. El médico debe entregar a la mujer embarazada su carne perinatal y explicar la utilidad e importancia del mismo; así como su obligatoriedad de portación para toda consulta. (MINSA, 2015)
- Esta deberá realizarse durante el primer trimestre o antes de la semana 12 de embarazo, se puede efectuar según la edad gestacional que se

identifique en el momento de la primera atención. (MINSAs, 2015)

- Después de haber efectuado revisión de las 13 actividades básicas, proceda a completar los aspectos particulares de esta primera atención.
- Es importante preguntar a la embarazada sobre ciertos factores de riesgo los cuales mencionamos ya que éstos pueden significar un riesgo para desarrollar complicaciones durante el embarazo por lo que deberá ser referida al especialista para que sea atendida según normativa. (MINSAs, 2015)
- Valoración de la Antropometría
- Efectuar medición de Talla materna.
- Determinar el Índice de Masa Corporal (IMC). $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{altura (m)}^2$
- Es importante, además, relacionar el IMC con el Incremento de Peso Materno ya que sus valores son directamente proporcionales, es decir, a mayor IMC mayor será el IPM. Buscar signos clínicos de anemia severa: palidez en piel, uñas, conjuntiva, mucosa oral y punta de lengua, falta de aire. (MINSAs, 2015) permite, importante tomar en cuenta que si la embarazada no acepta se le realice en la primera consulta se deberá persuadirla para su realización en la próxima cita lo cual se debe dejar registrado en el expediente clínico. (MINSAs, 2015)

Si hay evidencia de sangrado transvaginal se debe referir a la embarazada según Protocolo de Emergencias Obstétricas (MINSAs, 2015).

Se debe realizar examen vaginal de rutina durante el embarazo en su primer control para revisar el estado del cuello uterino, presencia de infecciones de transmisión sexual o efectuar toma de muestra de citología exfoliativa o Papanicolaou, todo esto se debe realizar con el consentimiento de la embarazada y si su condición clínica lo permite ,importante tomar en cuenta que si la embarazada no acepta se le realice en la primera consulta se deberá persuadirla para su realización en la próxima cita lo cual se debe dejar registrado en el expediente clínico. (MINSAs, 2015)

Si hay evidencia de sangrado transvaginal se debe referir a la embarazada según Protocolo de Emergencias Obstétricas (MINSa, 2015). permite, importante tomar en cuenta que si la embarazada no acepta se le realice en la primera consulta se deberá persuadirla para su realización en la próxima cita lo cual se debe dejar registrado en el expediente clínico. (MINSa, 2015)
Si hay evidencia de sangrado transvaginal se debe referir a la embarazada según Protocolo de Emergencias Obstétricas (MINSa, 2015).

Exámenes de Laboratorio

Examen general de orina (EGO).

Prueba de VIH-SIDA previa consejería y consentimiento informado de la embarazada

RPR, Hemoglobina (Hb), Tipo y Rh, Glucemia.

Se deberá enviar ultrasonido del primer trimestre para la medición de longitud de cuello para predicción de proceso hipertensivo gestacional, parto pre termino y tamizaje de arterias uterinas. Este no debe de mandarse de rutina siemprey cuando exista algún factor de riesgo basándonos en el formulario de clasificación (MINSa, 2015)

En caso de que la gestante presente bacteriuria positiva se le informara a la embarazada los riesgos de esta y el manejo clínico a seguir.

- Reposo según el cuadro clínico. o Ingesta de líquido forzados 3 a 4 litros por día.
- Debe acudir a la unidad de salud si los síntomas persisten después de 3 ó 4 días.
- Evalúe presencia de dinámica uterina, en caso de trabajo de parto inicie tratamiento útero inhibidor y maduración pulmonar según esquema del Protocolo de Atención al Parto Pre término. (MINSa, 2015)

Inicie antibiótico terapia:

- Nitrofurantoina 100 mg por vía oral cada 12 horas por 10 días.
- Cefalexina 500 mg, cada 6 horas por 7 días por vía oral.

Agregar analgésico:

- Acetaminofén 500 mg cada 6 horas por vía oral. Una semana después de finalizado el tratamiento debe realizarse un examen de orina con cintas cualitativas buscando nitritos. (MINSAs, 2015)

Si existen síntomas sugestivos de infección de vías urinarias es necesario hacer Urocultivo y antibiograma.

Náuseas y vómitos frecuentes comer 3-4 galletas simples o rosquillas antes de levantarse; se aconsejara alimentación blanda de lo que guste y tolere, en pequeñas cantidades, cada 2 a 3 horas; tomar líquidos en pocas cantidades en intervalos de cada hora; evitar comidas grasosas, ácidas y condimentadas. Se puede indicar Dimenhidrinato 1 tableta antes de las comidas principales. (MINSAs,2015)

En caso de que presente Cefalea buscar causa dar analgésico oral como Acetaminofén 300mg. cada 6 u 8 horas. En Acidez, indicar comer poca cantidad de dulce; indicar el hidróxido de aluminio leche después de cada comida. (MINSAs, 2015)

Cistitis ingerir líquido en abundancia mínimo 8 vasos de agua al día; indicar EGO, si no mejora en 24 horas referirla a atención especializada. (MINSAs, 2015)

Segunda atención prenatal

La segunda visita se programara cerca de la semana 26 de embarazo. Con unaduración aproximada de 20 minutos como mínimo. Se preguntara a la hora del interrogatorio sobre signos, síntomas o situaciones particulares que se han presentado desde la primera atención prenatal relacionados o no con la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB). También se investigara

sobre la fecha en la tuvo el primer reconocimiento de los movimientos fetales para registrarlo en el expediente clínico. (MINSA, 2015)

Hay que preguntar acerca del cumplimiento de todas las indicaciones de la primera atención, la ingesta de otros medicamentos, y otros como el hierro y ácido fólico. (MINSA, 2015)

Interpretar y dar a conocer a embarazada los resultados de exámenes prescritos en la primera atención prenatal. (MINSA, 2015)

En el examen físico se deberá de repetir todo lo realizado en la primera atención prenatal y se incluirá la determinación de la presentación del feto según las maniobras de Leopold, auscultar los latido fetales, si la embarazada no permitió se le realizara examen vaginal en la primera cita se puede considerar este utilizando un especulo únicamente si no se realizado en la primera cita en caso de que la mujer este sangrando no se debe realizar y se deberá referirla tomar muy en cuenta la revisión si hay presencia de edema generalizado o en pies manos y cara se debe indicar examen general de orina, orientar sobre dieta sin sal, reposo con elevación de miembros inferiores. (MINSA, 2015)

Pruebas de Laboratorio

En caso del examen de sangre se debe repetir indicación de Hemoglobina sólo si en el primer resultado del examen estaba por debajo de 11 g/L o si se llega a observarsignos de anemia severa en el examen físico de esta atención. Si aún la embarazada no se ha realizado los exámenes se deberá enviar nuevamente. Indicar (VIH/SIDA, RPR, Tipo y Rh, Glucemia) (MINSA, 2015)

Muy importante en esta segunda atención prenatal es indagar sobre la

presencia: dolor, sangrado, “flujo vaginal” (líquido amniótico, ITS), los cuales representan un factor de riesgo para la embarazada se debe seguir conducta según evidencia (MINSa, 2015)

Se debe revisar los exámenes de laboratorio indicados en la primera atención. Dar tratamiento para resultados positivos de EGO y RPR. Indicar Albendazol 400 mg. Vía oral, dosis única, Aspirina 80 mg p.o. diario a partir de las 20 semanas a embarazadas con factores de riesgo para Pre eclampsia. (MINSa, 2015)

Tomar en cuenta que se debe iniciar aspirina después de las 16 semanas no tiene ningún beneficio ni utilidad clínica.

- Si la paciente debuta con enfermedad hipertensiva tardíamente y es captada por primera vez por personal de salud después de las 20 semanas NO iniciar aspirina por el pobre beneficio demostrado. (MINSa, 2015).
- En segundo nivel una vez que se establece la enfermedad hipertensiva discontinuar uso del calcio y aspirina, porque ya no tiene utilidad su fin preventivo. (MINSa, 2015)
- La paciente debe recibir Calcio 2 g. Po diario a partir de las 20 SG a embarazadas con factores de riesgo para Pre eclampsia. O si tiene antecedentes de cesárea previa y cursa con embarazo actual de 32 semanas de gestación, informar que el parto debe ser hospitalario. (MINSa, 2015)
- Además de lo realizado en la primera atención, revisar lo relacionado a:

Calambres: ingerir jugo de naranjas, bananos, caminar en puntillas antes de acostarse por un minuto, si hay temperaturas ambientales frías tener cuidado de abrigarse bien. Al final de la cita se deberá dar Consejos, preguntar a la embarazada acerca de dudas de todo lo informado y realizado en la segunda atención prenatal se deberá realizar la programación de la próxima atención la cual quedará anotado en su HCPB. (MINSA, 2015).

7.8 Tercera atención prenatal

La tercera atención debe realizarse a las 32 SG o alrededor de esa fecha y su duración es de 20 minutos como mínimo. Si la embarazada no asistió a la segunda atención prenatal, esta atención debe incluir todas las actividades de la segunda visita y la duración debería extenderse el tiempo. (MINSA, 2015)

El médico tratante de la embarazada debe aconsejar sobre los síntomas y signos de los prodromos del trabajo de parto normal o de un parto pre término, y la asociación de éste último con alta mortalidad perinatal. (MINSA, 2015)

En el examen físico se deberá determinar la presentación (cefálica-pélvica), posición (derecha o izquierda) y situación (longitudinal, transversa, oblicua) del feto según maniobras de Leopold, Auscultar latidos fetales. Considerar el examen vaginal únicamente si no ha sido realizado en la primera y segunda atención prenatal. Si la embarazada está sangrando, no realizarlo y referirla. (MINSA, 2015)

Se debe detectar los factores de riesgo del embarazo actual: dolor abdominal o lumbar (trabajo de parto prematuro), sangrado o flujo vaginal (líquido amniótico, sangre), movimientos fetales aumentados o disminuidos, sospecha de parto gemelar. (MINSa, 2015)

El médico debe brindar orientaciones sobre parto psicoprofiláctico y plan de parto, recomendar sobre lactancia materna, anticoncepción y la importancia de la atención post parto. (MINSa, 2015)

Si la embarazada informa presencia de dispepsia se le recomienda masticar lentamente los alimentos y si son intensos los gases, puede recetársele carbón vegetal 1 tableta cada 6 horas. (MINSa, 2015)

7.9 Cuarta atención prenatal

La cuarta atención, tiene lugar entre la semana 36 y 38 semanas de gestación. Es extremadamente importante detectar aquellas embarazadas con fetos en presentaciones anómalas para su referencia a un nivel superior a fin de realizarles evaluación obstétrica. Debe informarse nuevamente a la embarazada sobre los beneficios del parto institucional, de la lactancia materna exclusiva y la anticoncepción. (MINSa, 2015)

Se debe vigilar siempre la salida de líquido amniótico, dolor abdominal o lumbar, contracciones uterinas, sangrado, movimientos fetales. (MINSa, 2015)

El examen físico se realizara lo mismo de las anteriores citas más la realización de examen pélvico para conocer la relación feto-pélvica se debe realizar en unidades

de salud donde se encuentre recurso con esta calificación o especialidad para evaluar posibilidades de desproporción feto-pélvica. (MINSa, 2015)

Identificar factores de riesgo del embarazo actual orientar a las embarazadas que, si no han tenido su parto para el final de la semana 41 (41

semanas completas o 290 días), si completada la fecha anterior no hay pródromos de trabajo de parto, indicar que acudan nuevamente a la atención prenatal para realizar referencia hacia nivel de mayor resolución según sea el caso. (MINSA, 2015)

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

- Embarazo prolongado, rotura espontáneas de la bolsa de líquido amniótico, por lo que se debe orientar y referir a la embarazada. Tomar muy en cuenta si hay signos y síntomas de Inicio de Trabajo de Parto. Se reforzar las orientaciones sobre partosin temor (psicoprofiláctico). (MINSA, 2015)

Acciones para referir a hospitalización a embarazada

Se deberá tener un plan de referencia lo cual incluye una Disponibilidad de transporte de la unidad de salud o solicitarlo a otra institución, personal de apoyo, medio de comunicación, equipo. En segundo lugar se realizará coordinación previa notificando a la unidad de salud adonde será enviada, informar a familiar o acompañante sobre la condición de la embarazada, llenar adecuadamente hoja de referencia. (MINSA, 2015)

En el momento del traslado la embarazada deberá ir en las siguientes condiciones: canalizada con bránula 16 o de mayor calibre, si se trata de hemorragia asegure dos vías, oxígeno de 4 a 6 litros por minuto por catéter nasal, personal de salud con capacidad técnica resolutive que acompañe para monitoreo de signos vitales y evitando la pérdida de la vía permeable vascular. (MINSA, 2015)

IX. Calidad en salud

Es aquella en la que el paciente es diagnosticado y tratado de forma correcta a la cual se le podría decir (calidad científico- técnica) la calidad posee dimensiones las cuales se podrían decir que son satisfacción de usuario eficacia, efectividad, eficiencia, accesibilidad, continuidad y comodidad. (Gomez, 2013).

Los indicadores o estándares de calidad en salud reflejan aspectos concretos en salud cuyo propósito es verificar el grado de cumplimiento de las acciones referidas en los requerimientos de cada estándar en donde se pretende medir la calidad científico-técnica.

X. Diseño metodológico

a) Área de estudio:

El presente estudio se realizó en la consulta externa en el área de ginecoobstetricia del Hospital Carlos Roberto Huembes Managua de junio a diciembre del 2018. Horario de atención de 7:00 am - 1:00 pm

b) Tipo de estudio:

Descriptivo, de corte transversal.

c) Universo:

El universo estuvo constituido por 70 mujeres embarazadas con diagnóstico de alto riesgo obstétrico que acudieron a sus controles prenatales en el Hospital Carlos Roberto Huembes Managua de junio a diciembre del 2018.

d) Muestra:

Constituido por 70 mujeres embarazadas de alto riesgo obstétrico que acudieron a sus controles prenatales en el Hospital Carlos Roberto Huembes Managua en el período en estudio

e) Muestreo:

Por conveniencia

f) Unidad de Análisis:

Pacientes embarazadas de alto riesgo obstétrico atendidas en la consulta externa del Hospital Carlos Roberto Huembes Managua de junio a diciembre del 2018.

g) Criterios de selección:

Inclusión

- ✓ Embarazadas de alto riesgo obstétrico atendidas en la consulta externa del Hospital Carlos Roberto Huembes
- ✓ .Paciente que acudió a sus controles prenatales en el periodo en estudio.
- ✓ Pacientes con expediente clínico y HCP en expediente.
- ✓ Se tomó en cuenta el último control prenatal realizado en el Hospital Carlos Roberto Huembes Managua. En el período de estudio

Exclusión

- ✓ Embarazadas con bajo riesgo obstétrico atendidas en la consulta externa del Hospital Carlos Roberto Huembes Managua
- ✓ .Paciente atendida en emergencia o fuera del periodo en estudio.
- ✓ Pacientes sin expediente clínico o con CPN y HCP ausente.

h) Variable por objetivo

1. Caracterizar socio demográficamente a las pacientes embarazadas con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes
 - Edad.
 - Ocupación.
 - Escolaridad.
 - Estado Civil.
 - Procedencia

2. Identificar los principales factores asociados al alto riesgo obstétrico en las pacientes embarazadas con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes.

- Edad gestacional
- Gesta
- Comorbilidades

3. Determinar el cumplimiento de los criterios de control prenatal establecidos en la normativa 011 en las pacientes embarazadas con alto riesgo obstétrico Hospital Carlos Roberto Huembes.

- Registro de los Antecedentes personales y obstétricos.
- Medición de Talla.
- Examen de Mamas.
- Semanas de Amenorrea.
- Medición del peso.
- Determinación e interpretación de PA.
- Medición de la Altura uterina.
- Auscultación de la FCF.
- Movimientos Fetales.
- Aplicación de la vacuna Antitetánica.
- Exámenes de laboratorio.
- Valoración del Estado nutricional.
- Nivel de cumplimiento.

i) Matriz de operacionalización de Variables

Obj 1 Caracterizar socio demográficamente a las pacientes embarazadas con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes.

Variable	Definición operacional	Indicadores	Valores
<i>Edad</i>	Años cumplidos de la paciente hasta el periodo de estudio.	Lo consignado en el expediente clínico	Menor de 15 Años 15 a 20 Años 21 a 34 Años Mayor de 35 Años
<i>Ocupación</i>	Es el oficio en el cual se desempeña y realiza diferentes actividades	Lo consignado en el expediente clínico	Ama de casa Oficinista Lavandería Empleada domestica
<i>Escolaridad</i>	Grado de aprendizaje que se adquiere una persona a lo largo de su formación en una Institución educativa.	Lo consignado en el expediente clínico	Analfabeta Alfabeta Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Técnico Universitaria
<i>Estado Civil</i>	Condición conyugal que tiene la paciente durante el presente estudio.	Lo consignado en el expediente clínico	Casada Soltera Unión libre
<i>Procedencia</i>	Lugar de que procede alguien o algo.	Lo consignado en el expediente clínico	Rural Urbana

Obj 2 Identificar los principales factores asociados a las embarazadas

con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes.

Variable	Definición operacional	Indicador	Valor
<i>Edad gestacional</i>	Es el tiempo transcurrido desde el primer día de la última menstruación, hasta un momento determinado o dado (fecha actual), se expresa en días, semanas o meses completas.	Lo consignado en el expediente clínico.	12-26 SG 27- 32 SG 33- 38 SG
<i>Gesta</i>	Es el número de embarazos que ha tenido de una mujer.	Lo consignado en el expediente clínico.	Primigesta Bigesta Trigesta Multigesta
<i>Comorbilidades</i>	La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) en la embarazada además de la enfermedad o trastorno primario.	Lo consignado en el expediente clínico.	HTA DM LES Cardiopatía Nefropatía Consumo de drogas Embarazo múltiple Rh negativo

Obj 3. Determinar el cumplimiento de los criterios de control prenatal establecidos en la normativa 011 en las pacientes embarazadas con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes.

Variable	Definición operacional	Indicador	Valor
<i>Registro de los Antecedentes personales y obstétricos</i>	Se refiere al Registro con información sobre la salud de la embarazada tanto personales como obstétricos.	Lo consignado en el expediente clínico.	Si/No
<i>Medición de Talla</i>	Estatura de la embarazada, medida desde la planta del pie hasta el vértice de la cabeza.	Lo consignado en el expediente clínico.	Si/No
<i>Examen de Mamas</i>	Realizado por un Médico de atención de la salud para verificar la presencia de nódulos u otros cambios en la embarazada.	Lo consignado en el expediente clínico.	Si/No
<i>Semanas de Amenorrea</i>	Es la ausencia de menstruación hasta un momento determinado o dado fecha actual de la embarazada.	Lo consignado en el expediente clínico.	Si/No
<i>Medición del peso</i>	Medida antropométrica que se realizan a la hora de una valoración nutricional de la embarazada.	Lo consignado en el expediente clínico.	Si/No
<i>Determinación e interpretación de PA</i>	Es la medición de la presión sanguínea la constituye uno de los principales signos vitales en la embarazada.	Lo consignado en el expediente clínico.	Si/No

<i>Medición de la Altura uterina</i>	Es la medición de la distancia que va del extremo superior del pubis hasta el fondo del útero de la embarazada.	Lo consignado en el expediente clínico.	Si/No
<i>Auscultación de la FCF</i>	Es la auscultación de los latidos cardíacos fetales a través de las cubiertas abdominales maternas en un período determinado (1 min)A partir de las 20 SG en la embarazada	Lo consignado en el expediente clínico.	Si/No
<i>Movimientos Fetales</i>	Los movimientos fetales (MF) son unos de los primeros signos de viabilidad fetal, aunque no es detectado por la gestante hasta las 18-22 semanas, en multíparas suele suceder antes, a partir de las 16-18 semanas (en pacientes obesas puede demorarse hasta las 24 semanas).	Lo consignado en el expediente clínico.	Si/No
<i>Aplicación de la vacuna Antitetánica</i>	Es recomendable vacunar a las embarazadas en el segundo y tercer trimestre del embarazo para la protección de tétano y difteria en la embarazada.	Lo consignado en el expediente clínico.	Si/No
<i>Exámenes de laboratorio</i>	Grupo y Rh, PAP, VDRL/RPR EGO, hemoglobina, prueba voluntaria de VIH.	Lo consignado en el expediente clínico.	Si/No

<i>Valoración del Estado nutricional</i>	Realizado En base a Índice de Masa Corporal Pregestacional o de las primeras 12 semanas de gestación.	Expediente clínico	Si/No
<i>Nivel de Cumplimiento</i>	Es la Realización de un deber o de una obligación. En ese caso es el efecto de cumplir criterios la normativa atención prenatal	Expediente Clínico	Cumple No cumple

j) Fuente de Información:

- Primaria Indirecta: Expediente clínico

k) Método de obtención de información

La facultad de ciencias médicas (UNICA) envió una carta de autorización a las áreas de dirección, de Hospital Carlos Roberto Huembes Managua aprobadas por el departamento de docencia y se procedió a la evaluación de expedientes clínicos mediante una ficha de monitoreo basada en normas de atención prenatal MINSA la cual se encuentra consignada en la normativa 011a la cual se agregaron las demás variables no consignadas en esta.

Técnica: Análisis documental

Instrumento

1. El instrumento de recolección de los datos sociodemográficos y de los factores asociados al alto riesgo obstétrico fue una ficha de recolección de información la cual fue elaborada por el investigador en donde se incluyeron todas las variables concernientes a estos datos.

2. Para la determinación del cumplimiento de los criterios prenatales, se utilizó la fichade monitoreo del MINSA de la normativa 011 en su versión 2015, en donde se reflejan las 12 actividades a utilizar en los controles prenatales

Plan de Análisis

Análisis univariado

1. Edad.
2. Ocupación.
3. Escolaridad.
4. Estado Civil.
5. Procedencia.
6. Edad gestacional
7. Paridad
8. Comorbilidades
9. Registro de los Antecedentes personales y obstétricos
10. Medición de Talla
11. Examen de Mamas
12. Semanas de Amenorrea
13. Medición del peso
14. Determinación e interpretación de PA
15. Medición de la Altura uterina
16. Auscultación de la FCF
17. Movimientos Fetales
18. Aplicación de la vacuna Antitetánica
19. Exámenes de laboratorio

20. Valoración del Estado nutricional

21. Nivel de cumplimiento.

Procedimiento y análisis de Información

Los datos fueron procesados en el programa estadístico SPSS versión 22. Se realizaron tablas de frecuencia simple, haciendo la descripción en frecuencias absolutas y relativas.

Para obtener el nivel de cumplimiento se utilizó la ficha de monitoreo establecida por el MINSA en la atención prenatal en donde cada número correspondiente a un expediente de APN monitoreado registre el número de expediente.

Se anotó (si) en la casilla correspondiente cuando el criterio evaluado fue satisfactorio (se cumple).

Se anotó (no) cuando el criterio no fue satisfactorio (no se cumple). La casilla de expediente cumple se anotó cumple solamente en los expedientes monitoreados cumplieron todos los criterios.

El promedio global se obtuvo de dividir el Total de Expedientes cumple (si) entre el Total de Expedientes monitoreados x 100 el promedio por criterio lo utilizamos para focalizarnos en los ciclos rápidos de mejora de el o los criterios que no se cumplieron en cada APN.

XI. Consideraciones éticas

Debido a que la fuente de información del presente estudio fue una fuente primaria indirecta En esta investigación se consideraron las normas éticas en relación a investigación en seres humanos (según la declaración de Helsinki); donde se garantizara la total confidencialidad de los datos de los expedientes clínicos revisados. Al igual que el uso adecuado de los datos con carácter académico para el Hospital Carlos Roberto Huembes .se envió una carta al área de docencia Hospital Carlos Roberto Huembes y a la Universidad Católica Redemptoris Mater para la aprobación de este

XII. Resultados

Se estudió un total de 70 pacientes embarazadas de alto riesgo obstétrico en el Hospital Carlos Roberto Huembes.

Tabla N°1: El 77.1%(54) de las pacientes se encontraron en rango de edad de 20 a 34 años, el 17.1%(12) era mayor de 35 años y el 5.7%(4) era menor de 20 años.

Tabla N°2: El 47.1%(33) de las pacientes se desempeñan como ama de casas, seguido de un 17.1%(12) que eran oficinistas, el 8.6 %(6) eran operarias, un 5.7% eran enfermeras, el 4.3%(3) eran comerciantes, el 2.9% (2) se desempeñaban como inspectoras, el 1.4%(1) era conserje, docente, economista, empacadora, estudiante, médico general, ejecutiva de ventas, abogada analista y optometrista.

Tabla N°3: En cuanto a la escolaridad, el 47.1%(33) de las usuarias tienen estudios universitarios, un 22.9%(16) reportó secundaria incompleta, 20.0%(14) aprobaron la secundaria, 5.7%(4) estaban en el rango de técnico, 2.9%(2) tenían la primaria incompleta y un mínimo porcentaje de 1.45% (1) aprobaron primaria.

Tabla N°4 El estado civil que predominó fue casada con un 62.9%(44), un 32.9%(23) fue unión libre, el 4.3%(3) de las pacientes eran solteras.

Tabla N°5: Se encontró en el estudio que el 94.3%(66) eran de procedencia urbana y un 5.7%(4) eran de zonas rurales.

Tabla N°6 Entre las usuarias estudiadas el 47.1%(33) estaban en el rango de

12-26SG, seguido de 28.6%(20) entre 27-32SG, 22.9%(16) en el rango de 33-38SG, y un 1.4%(1) menor de 12SG.

Tabla N°7 De las mujeres sujetas al estudio se encontró que el 42.9%(30) eran bigesta, un 22.9%(16) primigestas, seguido de un 21.4%(15) que eran trigestas, y un 12.9%(9) eran multigestas.

Tabla N°8 En el caso de las comorbilidades, la diabetes gestacional se presentó en un

21.4%(15), seguido de la obesidad con un 20.0% (14) y el 20.0% (14) no tenían comorbilidades. El 18.6%(13) eran HTA, el 15.7%(11) presentaba diabetes Mellitus; el 14.3%(10) tenían EMA, en un 8.6%(6) tenían sobrepeso, y en un menor porcentaje de 5.7%(4) eran Rh negativo, un 2.9%(2) eran VPH positivo. En las comorbilidades síndrome de flujo vaginal, epilepsia, Pre eclampsia, PLI, asma bronquial, LE; se encontraron en un 1.4%(1).

Tabla N°9 En el monitoreo de los 12 estándares normados para la atención prenatal se encontró que en un 100% (70) cumplen con el llenado de los antecedentes personales y obstétrico.

Tabla N°10: En un 100%(70) se consignó la medición de la talla.

Tabla N°11 Correspondiente al examen de mama se cumplió en un 94.3%(66) y en un 5.7%(4) no se realizó el examen de mama

Tabla N°12: Se encontró que en un 100%(70) se consignó en el expediente clínico las semanas de amenorrea.

Tabla N°13: La medición de peso se consignó en el expediente clínico en un 100%(70).

Tabla N°14: Al 100%(70) de la pacientes se le determinó e interpretó la presión arterial.

Tabla N°15: Se realizó la medición de la altura uterina al 98.6%(69) de las pacientes y en el 1.4 %(1) no aplicaba esta medición debido a la edad gestacional.

Tabla N°16: En un 82.9%(58) se registró la auscultación de FCF, en el 17.1%(12) no aplico este parámetro ya que las pacientes no se encontraban en la semanas de gestación indicadas.

Tabla N°17: Se registró en un 85.7%(60) la presencia de movimientos fetales y en un 14.3%(10) no aplicó este estándar ya que no se encontraban en la semanas de gestación indicadas.

Tabla N°18: Se encontró que a un 94.3%(66) se les aplicó la vacuna Antitetánica, y en un 5.7%(4) no se les administró esta vacuna.

Tabla N°19 se observó que en un 75.7%(53) se cumplió con exámenes de laboratorios que aparecen consignados en la historia clínica perinatal y expediente clínico; y un 24.3%(17) no cumplieron con este.

Tabla N°20: Se evaluó el estado nutricional en base al IMC en un 94.3%(66) de las pacientes y en el 5.7% (4) no se evaluó.

Tabla N°21: De 70 expedientes clínicos monitoreados el 61.4%(43) cumplen con los 12 indicadores normados por el MINSA y en el 38.6% (27) no se cumplieron uno o más de los indicadores.

XIII. .Discusión de resultados

Se encontró que el 77.1% de las embarazadas estaban en el rango edad de 20 a 34 años de edad, según nuestro marco referencial considerada como adecuada para el embarazo, datos que coinciden con el estudio de Barreto y Baca (2014) donde las embarazadas se encontraban en las edades de 20 a 35 años en un 46%.

En relación a la escolaridad se encontró que un 47.1% eran universitaria, esto difiere del estudio de Reyes, Quintana y Lacayo (2013) donde un menor porcentaje eran universitarias.

El estado civil que predominó fueron las casadas con un 62.9% lo que difiere del estudio de Reyes, Quintana y Lacayo (2013), donde predominó el 55.43 % las solteras y el 44.5% casadas de igual manera en el estudio de Matute, Pérez Y Avilez (2016) donde el 19.10 % eran casadas.

Respecto a la procedencia se encontró que la mayoría de las usuarias eran del área urbana con un 94.3 %, lo cual coincide con el estudio de Barreto y Baca (2014) en donde la mayoría de la población eran del área urbana. En un estudio internacional de Roldan y Palaguachi también la mayoría de la población eran del área urbana.

En el momento del estudio y tomando en cuenta el último control prenatal el 47.1 % estaban entre las 12-26 SG. Dato el cual no se encontró en ninguno de los antecedentes, ya que la variable edad gestacional no se utilizó en ninguno de los estudios.

Las pacientes en estudio eran principalmente bigestas en un 92.9%, y un 12.9% eran multigestas, lo cual coinciden con el estudio de Matute, Ortuño y Avilez (2016) en donde la mayoría de la población eran bigestas y un menor porcentaje multigestas.

En el caso de las comorbilidades, la diabetes gestacional se presentó en un 21.4%(15), seguido de la obesidad con un 20.0% (14), al igual el 20.0% (14) no tenían comorbilidades, y el 15.7% (12) tenían diabetes mellitus, también cabe de mencionar que el 18.6%(13) eran HTA; Según nuestra literatura la diabetes gestacional es una de las comorbilidades más frecuente, que se presentan en el embarazo, así como la HTA, siendo unas de las patologías más comunes que se presentan en pacientes con alto riesgo obstétrico.

En cuanto a las 12 actividades consignadas en la normativa 011, se encontró de primera instancia que en el 100 % se llenaron los antecedentes personales y obstétricos siendo esto de importancia para identificar posibles complicaciones, la cual nos pueden llevar a un aumento en la mortalidad materno- fetal. Este resultado está acorde con el estudio de Estrada, Alfaro (2014) donde esta actividad se cumplió en un 98 %.

Se demostró que las actividades en donde se obtuvo el 100% del cumplimiento fueron: medición de la talla, semanas de amenorrea, medición de peso y determinación e interpretación de la presión arterial todo esto obteniendo un 100% del cumplimiento.

En el caso de la medición de talla, nuestro resultado coincide con el estudio de Estrada y Alfaro (2014) en donde toda la población se le realizó la medición de talla. Las semanas de amenorrea es una de las actividades fundamentales al evaluar la gestación, la cual nos indica en que trimestre se encuentra la embarazada, así también saber cuándo intervenir con el embarazo si es necesario. Esta actividad coincide con el estudio de Icaza (2013) en donde a la mayoría de las embarazadas se les calculo sus semanas de amenorrea.

La medición del peso materno también se cumplió en su totalidad, esto coincide con el estudio de Icaza (2013), Estrada y Alfaro (2014) en donde a la mayoría de las embarazadas se les tomo la medición del peso. Este es un dato muy importante, ya que en conjunto con la talla podemos obtener el IMC, lo que permite detectar un riesgo potencial oportuno de complicaciones.

La toma de la presión arterial es de suma importancia ya que nos permite evaluar y diagnosticar, un síndrome hipertensivo gestacional, siendo éste un riesgo real del embarazo, cumpliéndose en su totalidad en nuestro estudio lo que coincide con Estrada y Alfaro (2014) quienes obtuvieron un 100% de cumplimiento en esta actividad.

El examen de mama se cumplió en un 94.3%, lo que coincide con el estudio de Estrada y Alfaro (2014) en donde esta actividad se cumplió en un 100% y difiere del estudio de Icaza (2013) en donde una menor población de embarazadas se les realizo el examen de mama en su control prenatal.

La medición de la altura uterina se cumplió en el 98.6% coincidiendo este dato con el estudio de Estrada y Alfaro (2014) donde se realizó en un 96.4%. Dato que es muy importante para evaluar el crecimiento y desarrollo fetal durante el embarazo.

En la auscultación de la FCF a partir de las 20 SG se cumplió en un 82.9%, y en un 17.1% las embarazadas no aplicaban debido a que las pacientes tenían menos de las 20 SG. Dato que coincide con el estudio de Icaza en donde, la mayoría de las embarazadas se les ausculto la FCF. la curva, el incremento del peso materno durante la gestación.

De las 12 actividades normadas en la normativa 011 para la realización APN de atención, el cual fue revisado en los expedientes se encontró que se cumplió en un 61.4%, y se encontró que en un 38.6% no se cumplieron los criterios según la normativa mínimas establecidas, fallando principalmente en exámenes de

laboratorio, aplicación de la vacuna antitetánica y valoración del estado nutricional. Comparándolo con el estudio de Icaza en donde se cumplieron en un 62%, así también del estudio de estrada y Alfaro (2014) en donde igual se cumplió con la mayoría de las actividades normadas por el MINSA, contrario al estudio de Barreto y Baca (2014) en donde únicamente el 42% de las actividades se cumplió.

XIV. Conclusiones

1. Se encontró que el rango de edad que predominó fue el de 20-34 años edad, que procedían del área urbana; el 62.9% eran casadas, el 47.1% eran universitarias.
2. En relación a los factores asociados al alto riesgo obstétrico se encontró que un 42.9% eran bigestas, las cuales se encontraban entre el rango de 12-26 SG en un 47.1%. En lo que se refiere a las comorbilidades se encontró que la más representativa fue la diabetes gestacional en un 21.4% y un 18.6%(13) eran HTA dato que es relevante ya estas dos comorbilidades obstétricas son las más comunes que se dan en la embarazada con alto riesgo obstétrico.
3. El 61.4% de los expedientes monitoreados cumplieron con las 12 actividades normadas por el MINSA para la realización de la atención prenatal encontrándose en un 100% el llenado de los acápite; antecedentes personales y obstétrico, medición de talla, semanas de amenorrea, medición de peso, determinación e interpretación de la presión arterial.
4. En las siguientes actividades la altura uterina se cumplió en un 98.6% al igual que el examen de mama se cumplió en un 94.3% porcentaje que se considera aceptable en lo que concierne a la auscultación de la FCF y registro de movimientos fetales se obtuvieron en un menor porcentaje que las actividades antes mencionadas.
5. En un 38.6% de los expedientes revisados no se cumplió con la normativa 011, en los criterios de exámenes de laboratorio, aplicación de la vacuna antitetánica y valoración del estado nutricional.

XV. Recomendaciones

Al personal de salud del Hospital Carlos Roberto Huembes

1. Fortalecer las capacitaciones sobre normas y protocolos de salud materna.
2. Continuar con la revisión periódica de expedientes clínicos de embarazadas con alto riesgo obstétrico. Valorando las patologías que presentaron y el manejo terapéutico que se les realizó.
3. Tomar medidas para el cumplimiento de las actividades que resultaron con un nivel de cumplimiento bajo.
4. Sensibilizar al personal de salud del hospital en estudio el cumplimiento normativo de los controles prenatales de las gestantes para garantizar el buen manejo del binomio madre/hijo. Ya que estas pacientes son de alto riesgo obstétricos, al igual en pacientes con bajo riesgo obstétrico.
4. Las citas médicas deben ser lo más temprano posible en las embarazadas por lo que se debe de incentivar a continuar con el trabajo de terreno para su detección temprana de las pacientes embarazadas con ARO.

XVI. Lista de referencias

- Aguilera, S, y Soothill, P. (2014) Obstetricia y ginecología Control Prenatal Revista Médica Clínica Las Condes obtenido de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-control-prenatal-S0716864014706340>
- Barreto, M. & Baca, C. (2014). Calidad de atención en el servicio de control prenatal del centro de salud El Cuá, Jinotega. UNAN LEON, Ciencias Médicas, Jinotega. Recuperado de la página web <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/4955/1/230237.pdf>
- Estándares e indicadores de calidad de los procesos de atención en salud: planificación familiar, salud materna, salud neonatal y de la niñez, VIH/ SIDA y uso correcto de las soluciones antisépticas e higiene de manos. Managua, Nicaragua. Octubre 2009.
- Estrada, L y Alfaro, A. (2014) Calidad de la atención prenatal en mujeres atendidas en el Centro de Salud Jairo Bismark Moncada de Somoto, Madriz; en el periodo de Enero – Junio del 2013. UNAN – LEON obtenido de: riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/3324/1/226513.pdf
- Gaitán, M. (2010) estrategias de maternidad segura y aiepi comunitario diplomado en salud comunitaria o escuela de enfermería upoli obtenidode: https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=629-indicador-25-modulo-v-maternidad&category_slug=documentos-proyecto-holanda&Itemid=235
- Gómez, M. (2013). X Encuentro nacional de experiencias en mejoramiento continuo de la calidad en salud. Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de <http://www.Pahoorg>.
- Jara, L. (2015). Acceso estadístico, indicadores en salud. Observatorio económico social. Obtenido de: <http://www.observatorio.unr.edu.ar/indicadores-de-salud/>.
- Matute, K, Ortuño, B y Avilez, F. (2016) Evaluación del cumplimiento de los estándares de calidad en atención prenatal de las mujeres controladas en los sectores de salud urbano del municipio de condega-estelì. UNAN-MANAGUA obtenido de: <http://repositorio.unan.edu.ni/9103/1/98818.pdf>

- Ministerio de Salud de Nicaragua (2015) Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido, y puerperio de bajo riesgo. Managua. Obtenido de la página web: <http://www.minsa.gub.ni/>
- Reyes, K., Quintana, O. y Lacayo, I. (2013). Cumplimiento del control prenatal en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el centro de salud Francisco Buitrago. UNAN MANAGUA, Ciencias Médicas, Managua. Obtenido de: <http://repositorio.unan.edu.ni/3605/1/63902.pdf>
- Vigil, X. (2013) Calidad de la Atención Prenatal de pacientes atendidas en consulta externa del Hospital Bautista. Universidad americana (UAM) obtenido de: <http://biblioteca.uam.edu.ni/xmlui/bitstream/handle/721007/1774/01104700.pdf>
- Rolda, P y Palaguachi, R. (2015) “cumplimiento de las normas materno neonatales del ministerio de salud pública en el control prenatal por parte de las embarazadas que acuden al centro de salud de Ricaurte, Cuenca 2015”. Universidad de Cuenca facultad de ciencias médicas escuela de enfermería obtenida de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23522/1/Tesis%20%20Pregrado%20.pdf>.

ANEXOS

XVII. Anexo 1: Ficha de recolección de información

Cumplimiento de los cuidados prenatales según normativa 011 en pacientes con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes Managua- junio a diciembre del 2018

Objetivo 1: Características demográficas de las embarazadas en estudio.

Edad:

- Menos de 20 años_____
- De 20 a 34 años_____
- Mayor de 35 años_____

Procedencia:

- Urbano: _____
- Rural:_____

Estado civil:

- Casada: _____
- Soltera:_____
- Unión libre_____

Ocupación

- Ama de casa_____
- Oficinista_____
- Lavandería_____
- Empleada domestica_____

Escolaridad

- Analfabeta:_____
- Alfabeta:_____
- P. incompleta:_____
- P. completa: _____
- S. incompleta: _____
- S. completa:_____

- Técnico: _____
- Universitaria: _____

Obj 2. Identificar los principales factores asociados al alto riesgo obstétrico en las embarazadas

Edad gestacional

- 12-26 SG _____
- 27- 32 SG _____
- 33- 38 SG _____

Paridad

- Primigesta _____
- Bigesta _____
- Trigesta _____
- Multigesta _____

Comorbilidades

- HTA _____
- DM _____
- LES _____
- Cardiopatía _____
- Nefropatía _____
- Consumo de drogas _____
- Embarazo múltiple _____
- Rh negativo _____
- Otros _____

XIX. Anexo 2: Tablas y gráficos

Tabla N°1

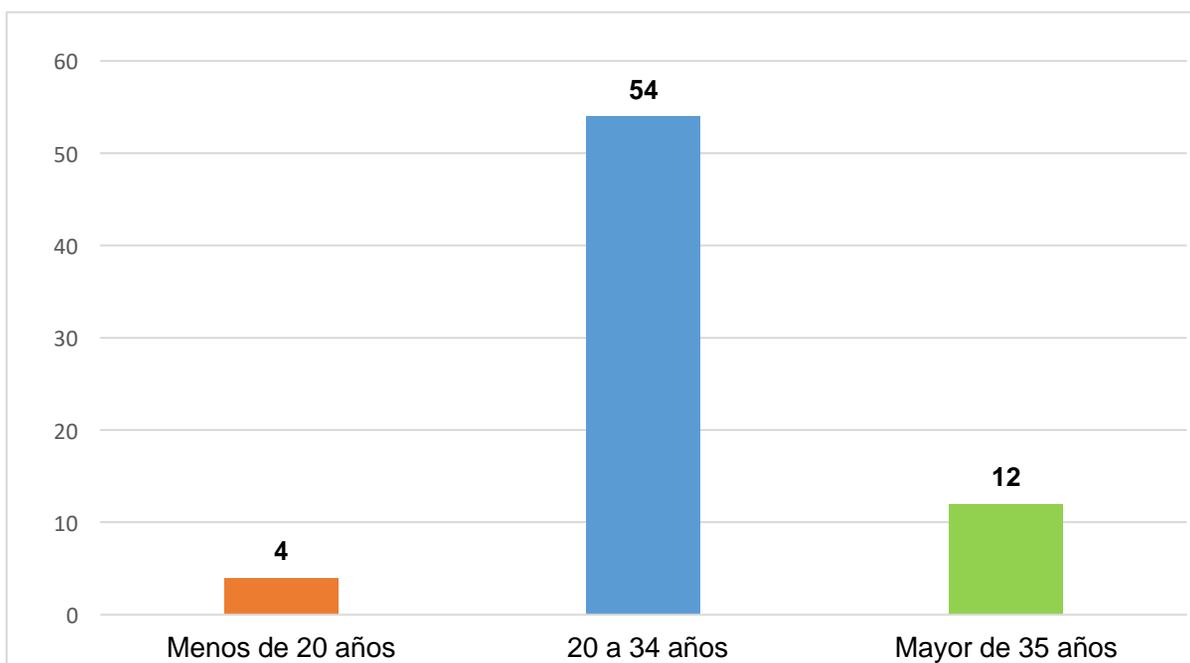
Edad de las pacientes con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes junio - diciembre del 2018

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 20 años	4	5.7
20 a 34 años	54	77.1
Mayor de 35 años	12	17.1
Total	70	100.0

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N°1

Edad de las pacientes con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes junio - diciembre del 2018



Fuente: Tabla N°1

Tabla N° 2

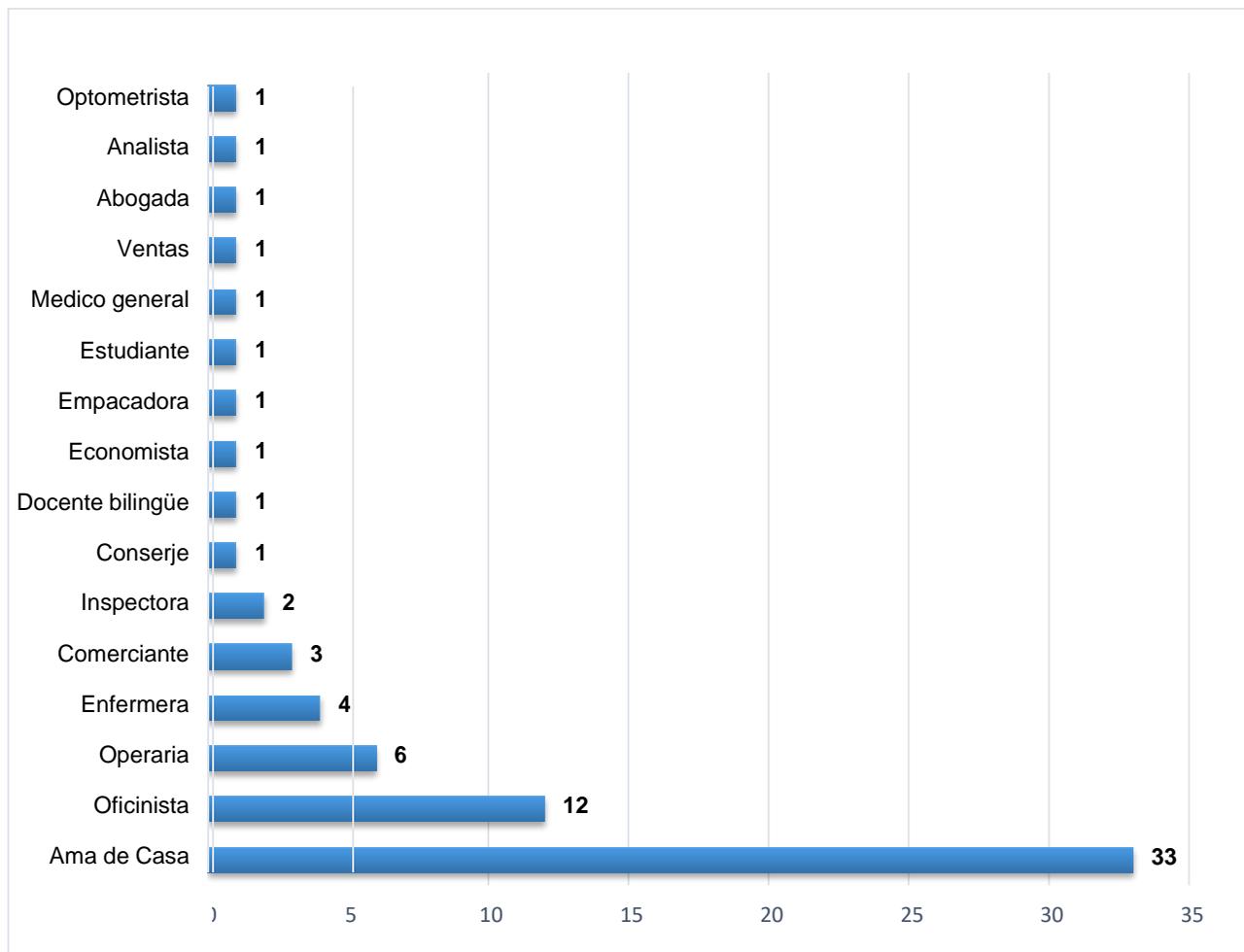
Ocupación de las pacientes con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes junio - diciembre del 2018.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de Casa	33	47.1
Oficinista	12	17.1
Operaria	6	8.6
Enfermera	4	5.7
Comerciante	3	4.3
Inspectora	2	2.9
Conserje	1	1.4
Docente bilingüe	1	1.4
Economista	1	1.4
Empacadora	1	1.4
Estudiante	1	1.4
Médico general	1	1.4
Ventas	1	1.4
Abogada	1	1.4
Analista	1	1.4
Optometrista	1	1.4
Total	70	100.0

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N°2

Ocupación de las pacientes con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes junio - diciembre del 2018.



Fuente: Tabla N°2

Tabla N° 3

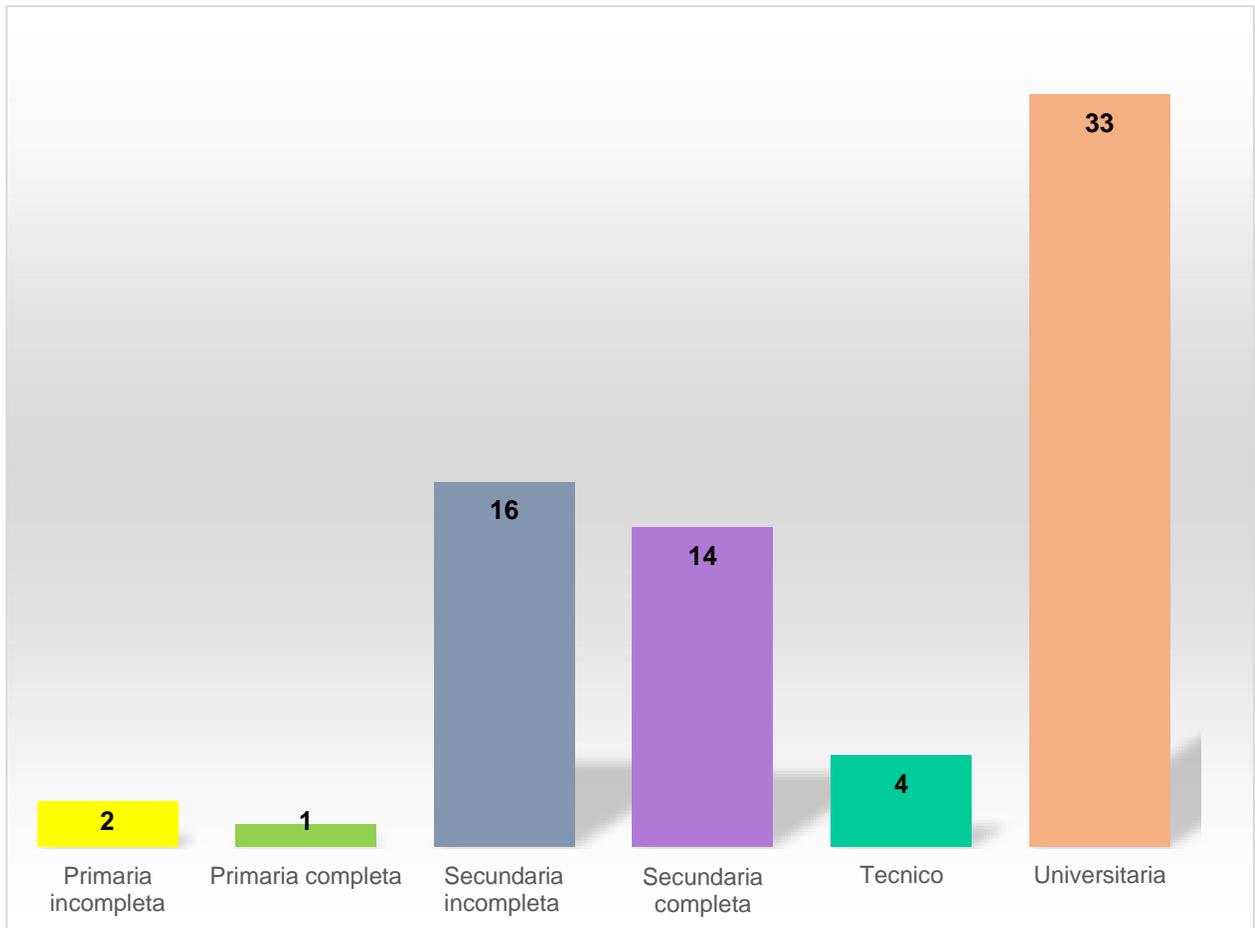
Escolaridad de las pacientes con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto
Huembes junio - diciembre del 2018.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria completa	1	1.4
Primaria incompleta	2	2.9
Secundaria completa	14	20.0
Secundaria incompleta	16	22.9
Técnico	4	5.7
Universitaria	33	47.1
Total	70	100.0

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N°3

Escolaridad de las pacientes con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto
Huembes junio - diciembre del 2018.



Fuente: Tabla N°3

Tabla N°4

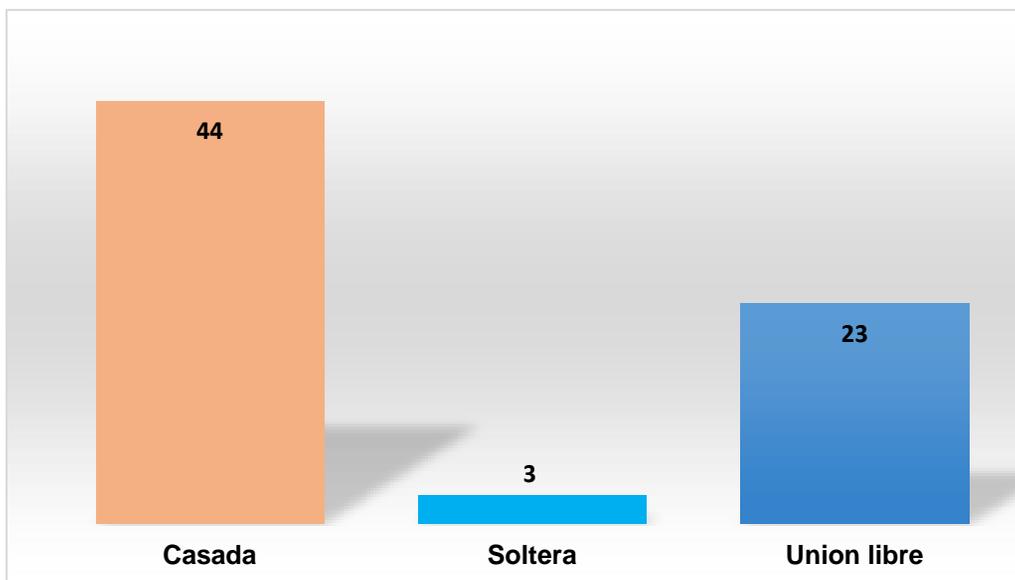
Estado Civil de las pacientes con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes junio - diciembre del 2018

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	44	62.9
Soltera	3	4.3
Unión libre	23	32.9
Total	70	100.0

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N°4

Estado Civil de las pacientes con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes junio - diciembre del 2018



Fuente: Tabla N°4

Tabla N°5

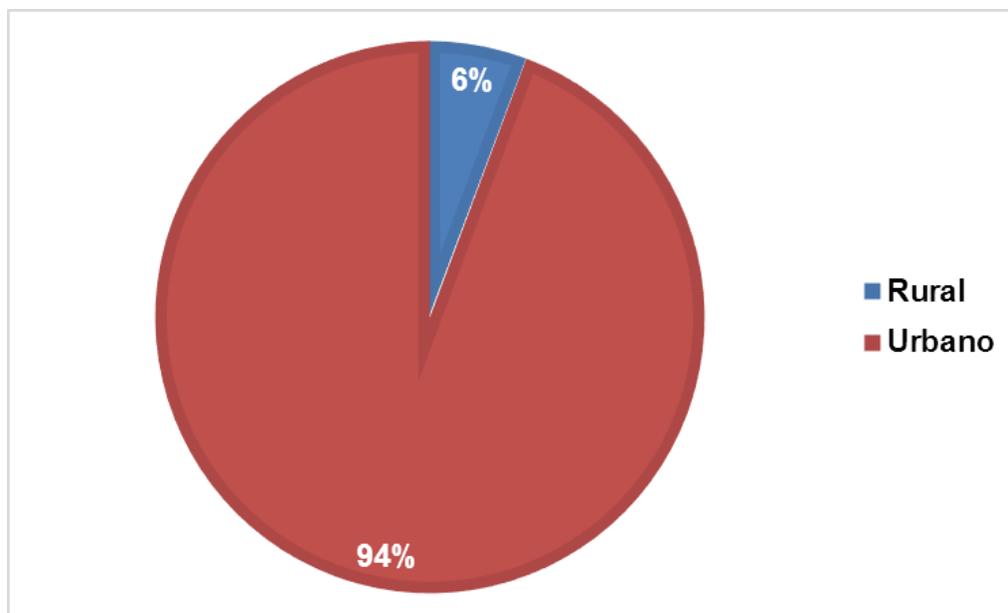
Procedencia de las pacientes con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes junio - diciembre del 2018

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Rural	4	5.7
Urbano	66	94.3
Total	70	100.0

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N°5

Procedencia de las pacientes con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes junio - diciembre del 2018



Fuente: Tabla N°5

Tabla N°6

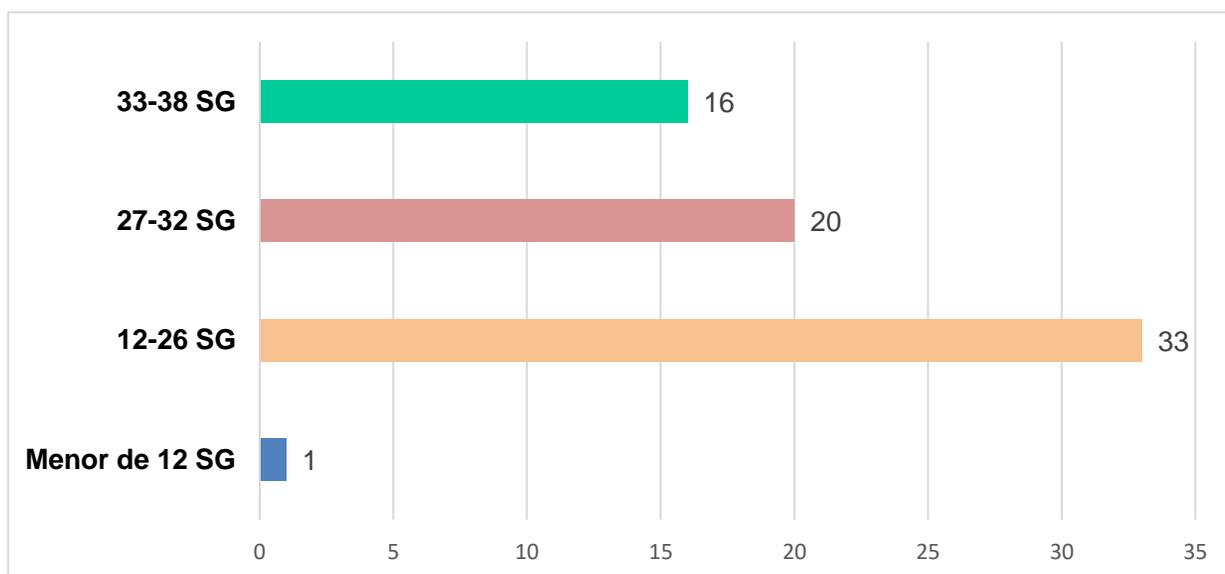
Edad gestacional de las pacientes con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto
Huembes junio - diciembre del 2018

Edad gestacional	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 12 SG	1	1.4
12-26 SG	33	47.1
27-32 SG	20	28.6
33-38 SG	16	22.9
Total	70	100.0

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N°6

Edad gestacional de las pacientes con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto
Huembes junio - diciembre del 2018



Fuente: Tabla N°6

Tabla N°7

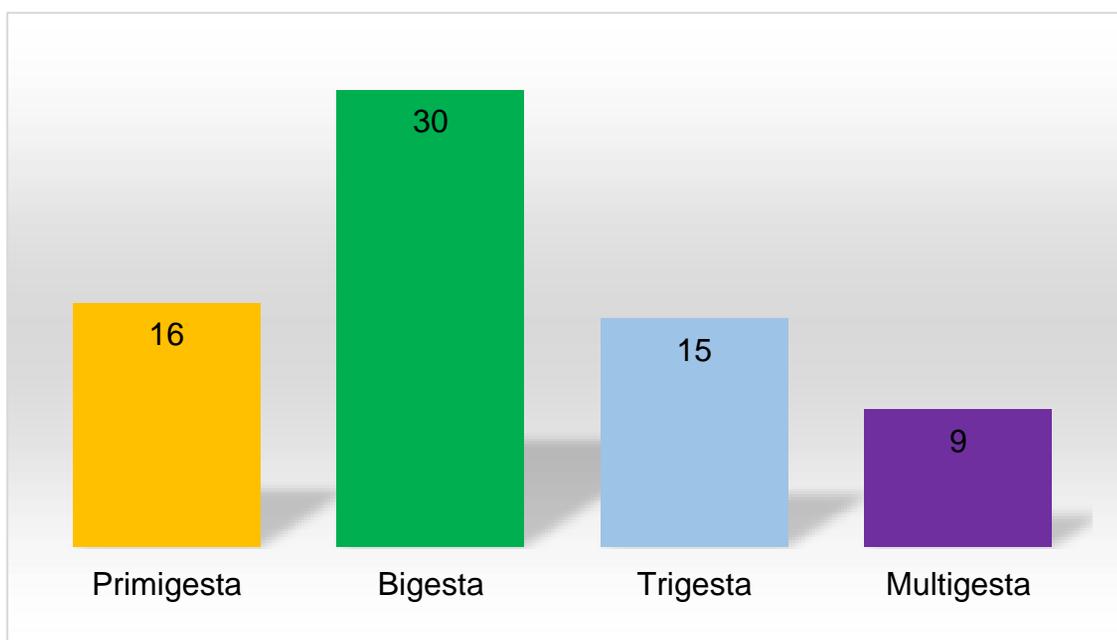
Paridad de las pacientes con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes junio - diciembre del 2018

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Primigesta	16	22.9
Bigesta	30	42.9
Trigesta	15	21.4
Multigesta	9	12.9
Total	70	100.0

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N°7

Paridad de las pacientes con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes junio - diciembre del 2018



Fuente: Tabla N°7

Tabla N°8

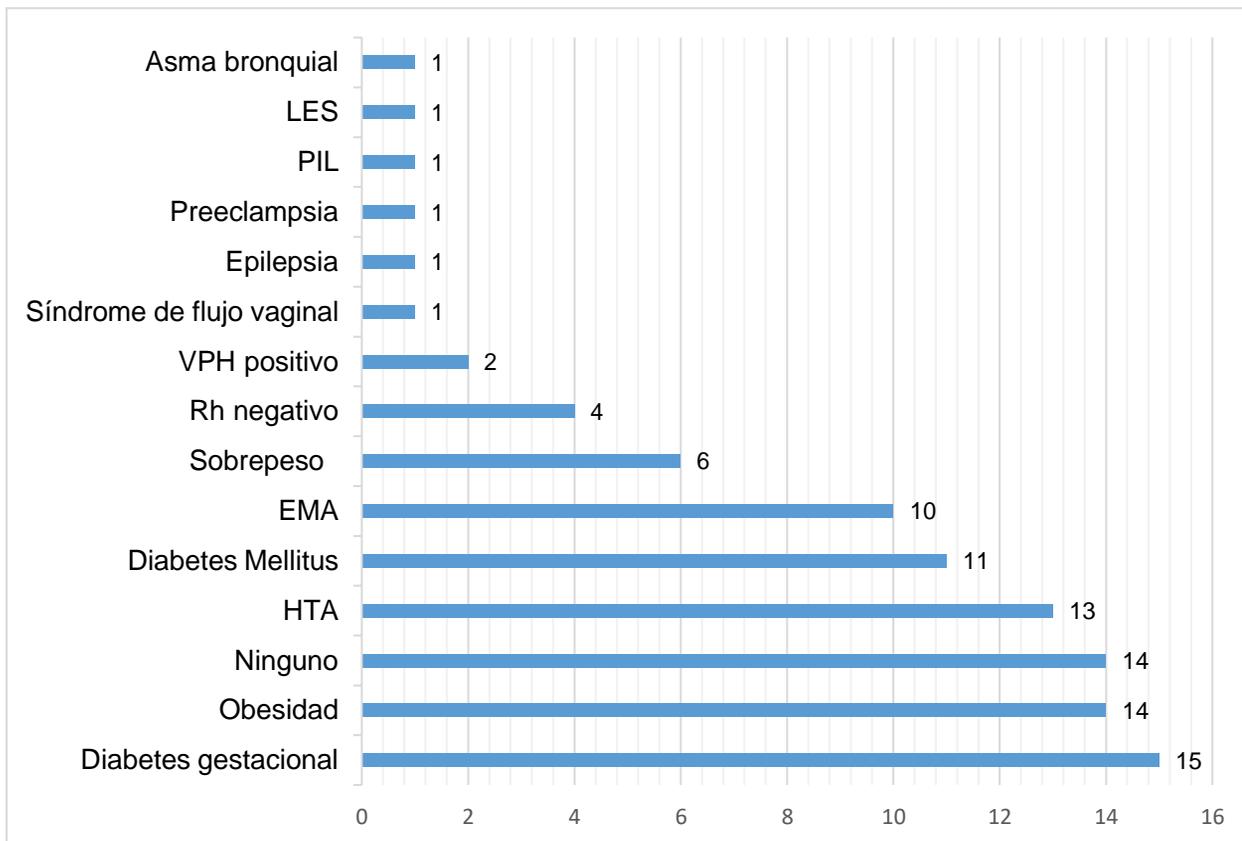
Comorbilidades de las pacientes con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto
Huembes junio - diciembre del 2018

Comorbilidades	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes gestacional	15	21.4
Obesidad	14	20.0
Ninguno	14	20.0
HTA	13	18.6
Diabetes Mellitus	11	15.7
EMA	10	14.3
Sobrepeso	6	8.6
Rh negativo	4	5.7
VPH positivo	2	2.9
Síndrome de flujo vaginal	1	1.4
Epilepsia	1	1.4
Preeclampsia	1	1.4
PIL	1	1.4
LES	1	1.4
Asma bronquial	1	1.4

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N°8

Comorbilidades de las pacientes con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes junio - diciembre del 2018



Fuente: Tabla N°8

XX. Cumplimientos de los criterios establecidos por el MINSA

Tabla N°9

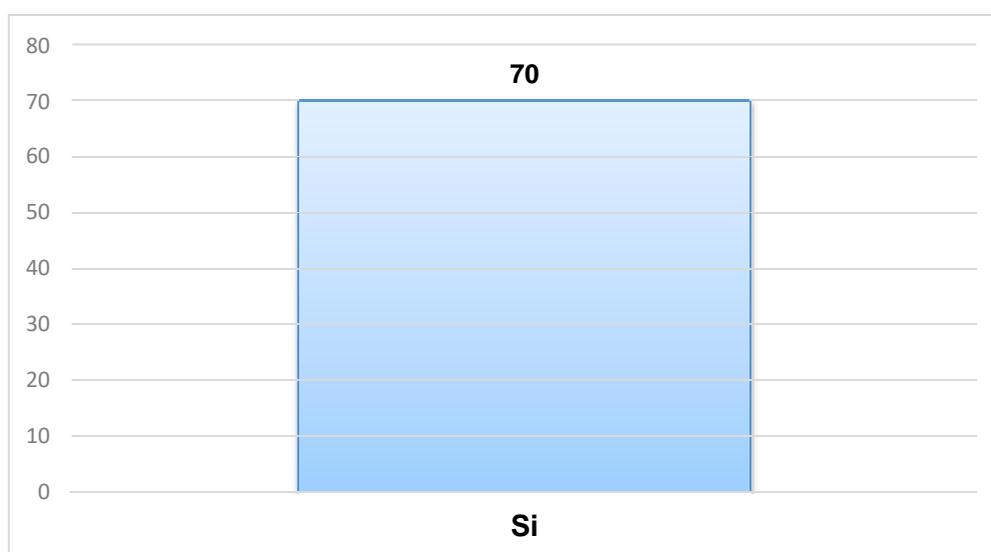
Registro de los Antecedentes personales y obstétricos de las pacientes con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes junio - diciembre del 2018

Antecedentes personales y obstétricos	Frecuencia	Porcentaje
Si	70	100.0
No	0	0
Total	70	100.0

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N°9

Registro de los Antecedentes personales y obstétricos de las pacientes con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes junio - diciembre del 2018



Fuente: Tabla N°9

Tabla N°10

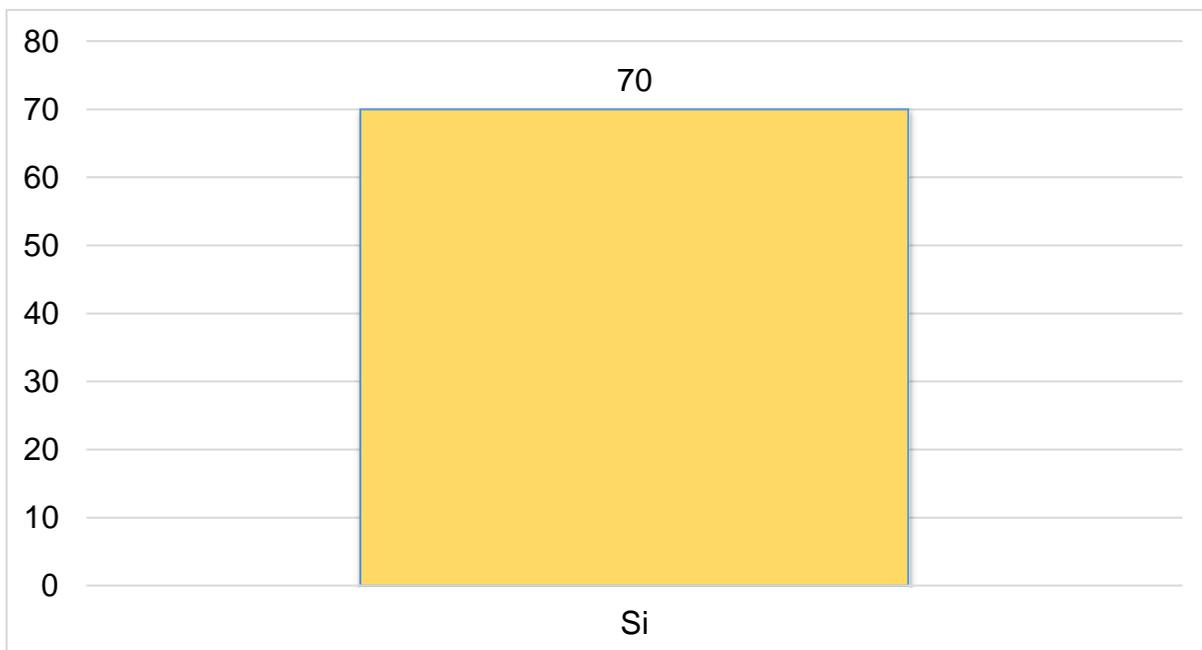
Medición de Talla en las pacientes con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes junio - diciembre del 2018

Medición de talla	Frecuencia	Porcentaje
Si	70	100.0
No	0	0
Total	70	100.0

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N°10

Medición de Talla en las pacientes con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes junio - diciembre del 2018



Fuente: Tabla N°10

Tabla N°11

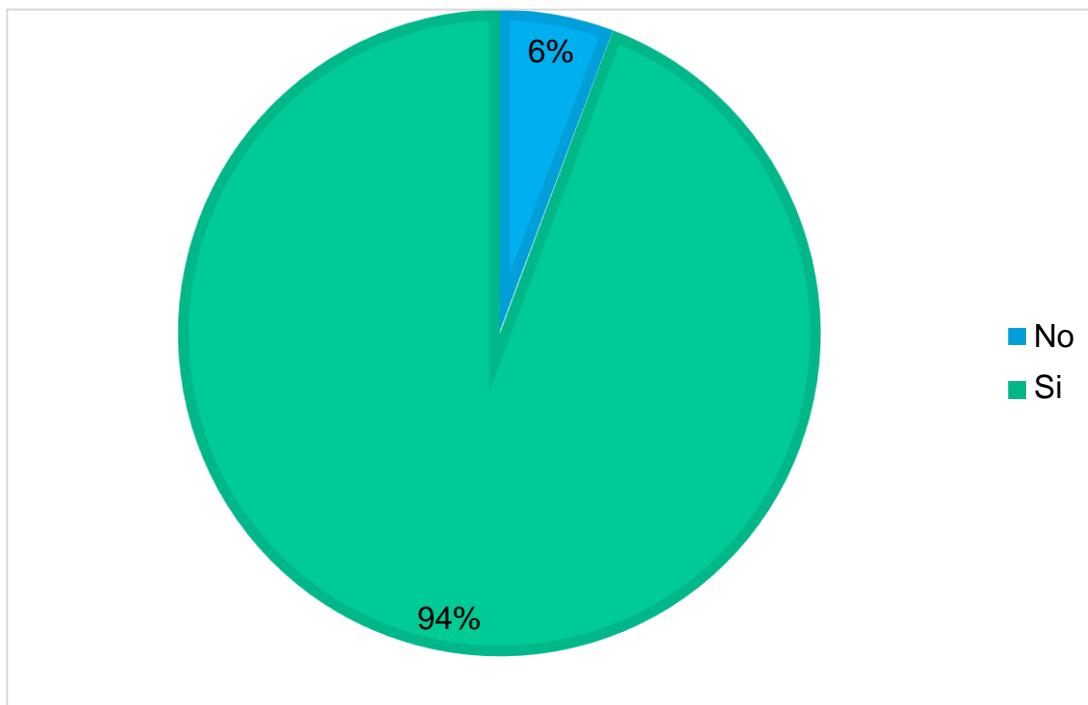
Examen de Mamas en las pacientes con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes junio - diciembre del 2018

Examen de mamas	Frecuencia	Porcentaje
No	4	5.7
Si	66	94.3
Total	70	100.0

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N°11

Examen de Mamas en las pacientes con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes junio - diciembre del 2018



Fuente: Tabla N°11

Tabla N°12

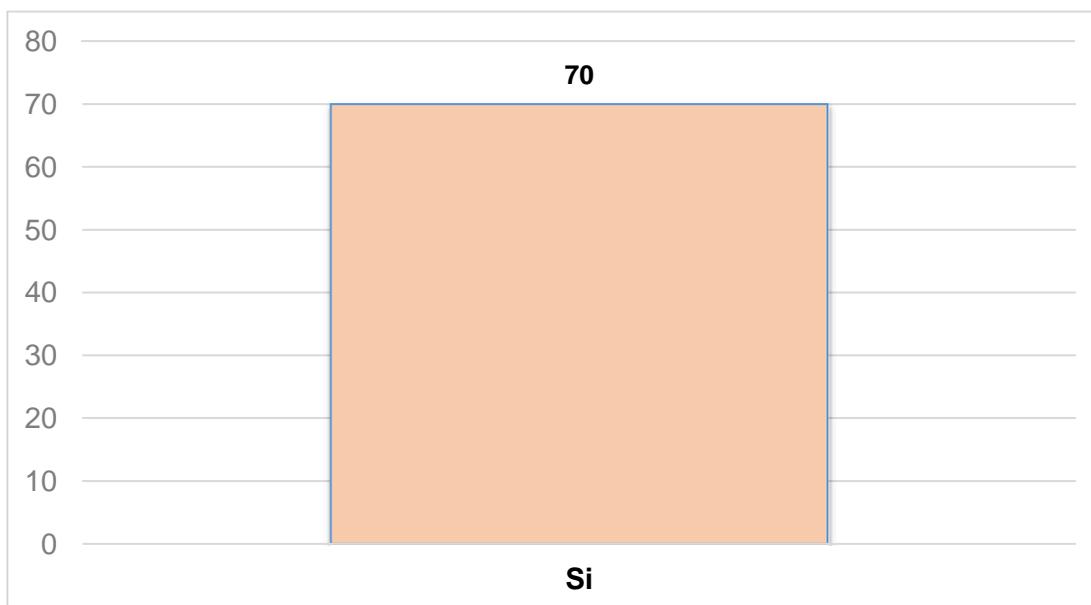
Semanas de Amenorrea de las pacientes con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes junio - diciembre del 2018

Semanas de amenorrea	Frecuencia	Porcentaje
Si	70	100.0
No	0	0
Total	70	100.0

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N°12

Semanas de Amenorrea de las pacientes con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes junio - diciembre del 2018



Fuente: Tabla N°12

Tabla N°13

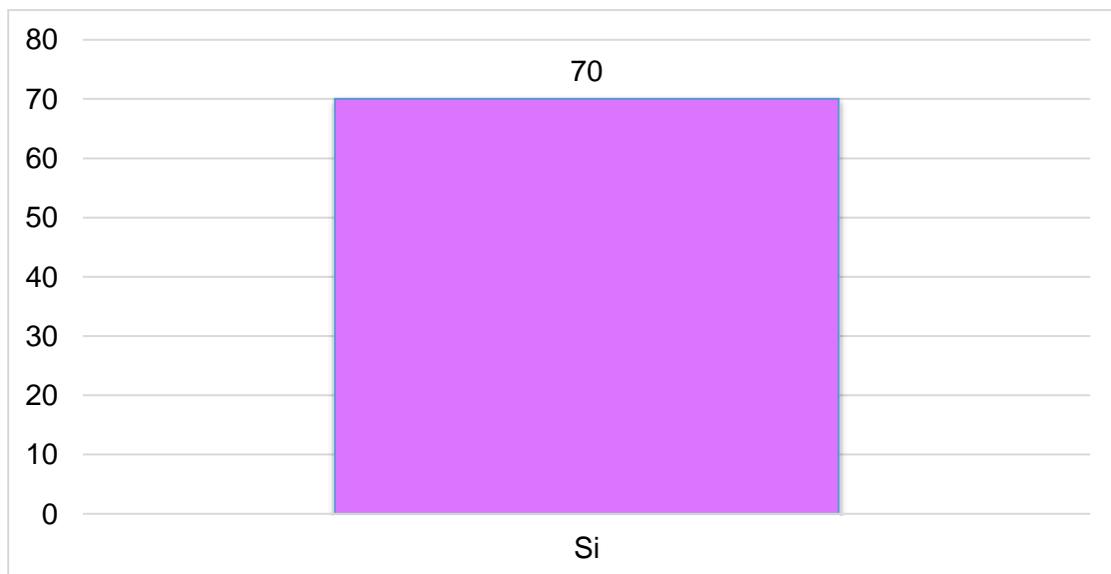
Medición del peso en las pacientes con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes junio - diciembre del 2018

Medición de peso	Frecuencia	Porcentaje
Si	70	100.0
No	0	0
Total	70	100.0

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N°13

Medición del peso en las pacientes con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes junio - diciembre del 2018



Fuente: Tabla N°13

Tabla N°14

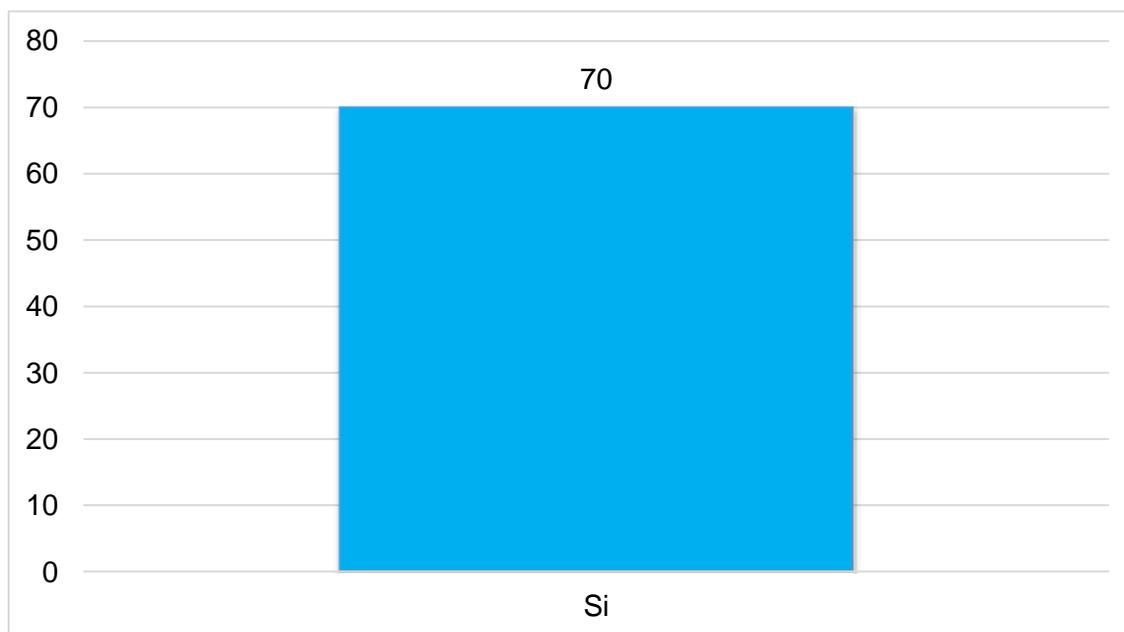
Determinación e interpretación de PA de las pacientes con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes junio - diciembre del 2018

Determinación e interpretación de la presión arterial	Frecuencia	Porcentaje
Si	70	100.0
No	0	0
Total	70	100.0

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N°14

Determinación e interpretación de PA de las pacientes con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes junio - diciembre del 2018



Fuente: Tabla N°14

Tabla N°15

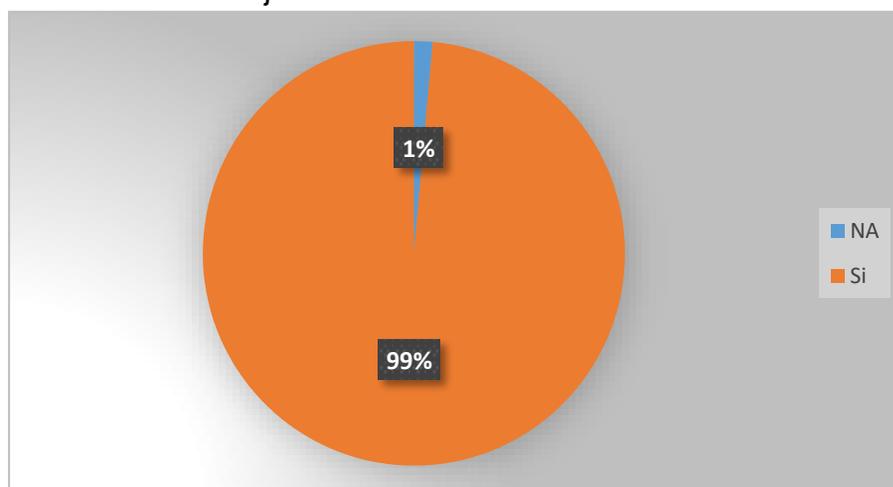
Medición de la Altura uterina en las pacientes con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes junio - diciembre del 2018

Medición de la altura uterina	Frecuencia	Porcentaje
Si	69	98.6
No	0	0
NA	1	1.4
Total	70	100.0

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N°15

Medición de la Altura uterina en las pacientes con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes junio - diciembre del 2018



Fuente: Tabla N°15

Tabla N°16

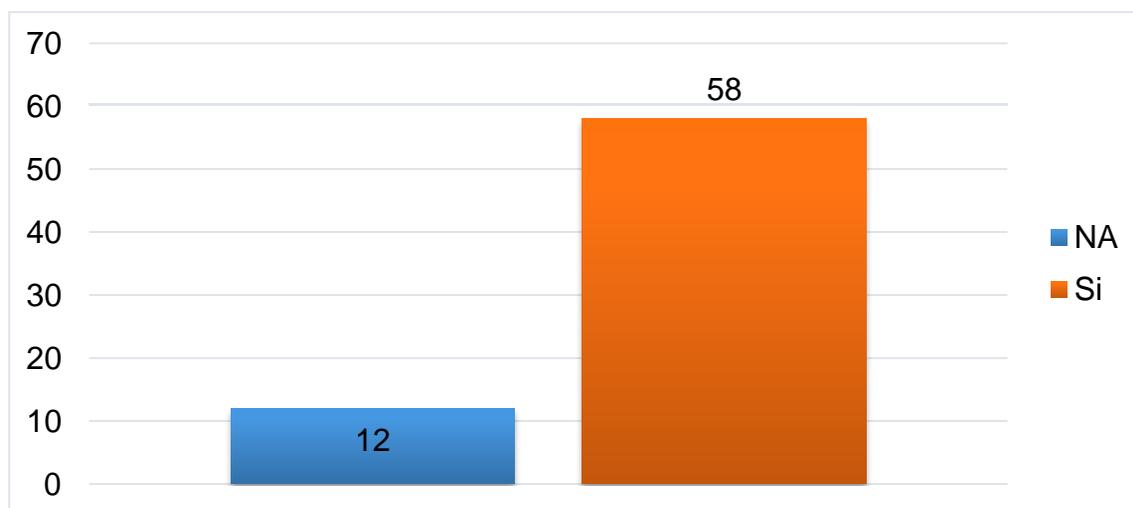
Auscultación de la FCF en las pacientes con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes junio - diciembre del 2018

Auscultación de FCF a partir de las 20 SG	Frecuencia	Porcentaje
Si	58	82.9
No	0	0
NA	12	17.1
Total	70	100.0

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N°16

Auscultación de la FCF en las pacientes con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes junio - diciembre del 2018



Fuente: Tabla N°16

Tabla N°17

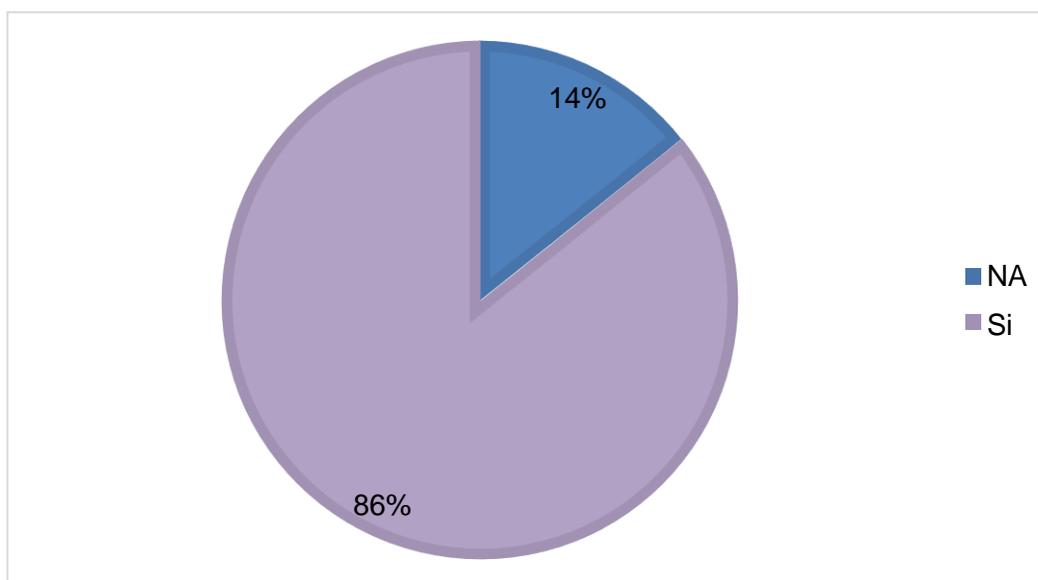
Movimientos Fetales de las pacientes con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes junio - diciembre del 2018

Movimientos fetales	Frecuencia	Porcentaje
Si	60	85.7
No	0	0
NA	10	14.3
Total	70	100.0

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N°17

Movimientos Fetales de las pacientes con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes junio - diciembre del 2018



Fuente: Tabla N°17

Tabla N°18

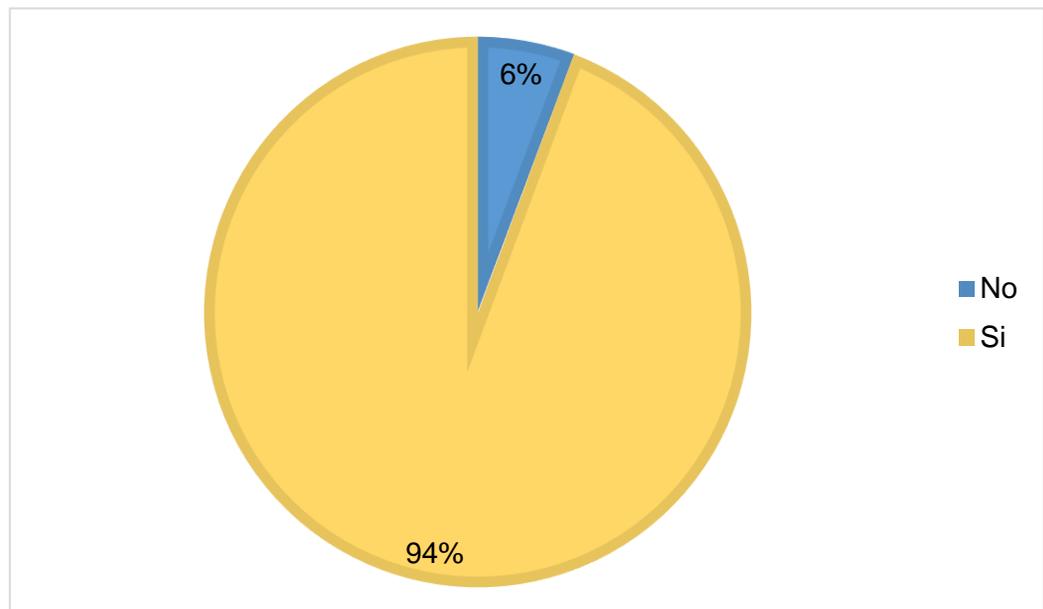
Aplicación de la vacuna Antitetánica en las pacientes con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes junio - diciembre del 2018

Aplicación de vacuna antitetánica	Frecuencia	Porcentaje
No	4	5.7
Si	66	94.3
Total	70	100.0

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N°18

Aplicación de la vacuna Antitetánica en las pacientes con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes junio - diciembre del 2018



Fuente: Tabla N°18

Tabla N°19

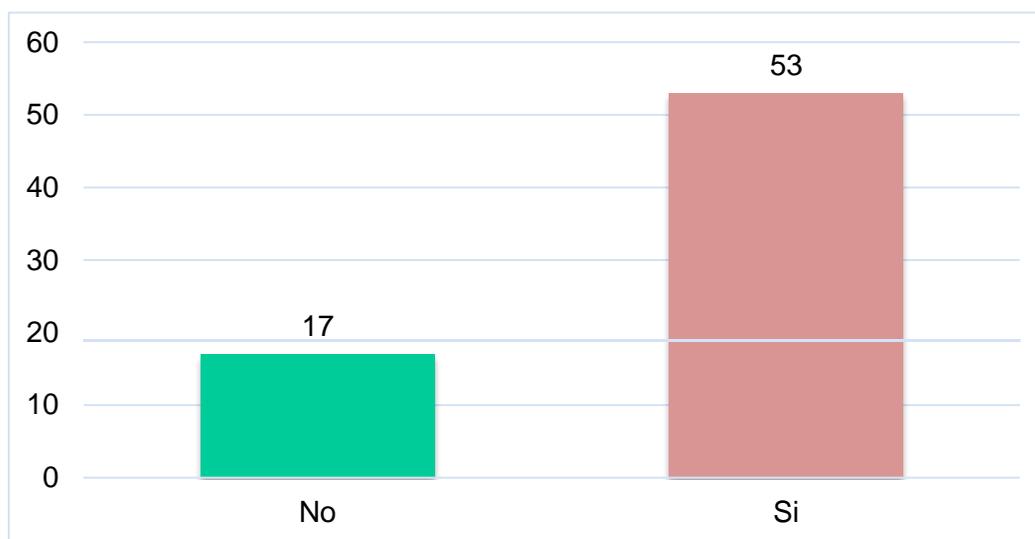
Exámenes de laboratorio realizados en las pacientes con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes junio - diciembre del 2018

Exámenes de laboratorio	Frecuencia	Porcentaje
No	17	24.3
Si	53	75.7
Total	70	100.0

Fuente: Expediente clínico

Gráfico N°19

Exámenes de laboratorio realizados en las pacientes con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes junio - diciembre del 2018



Fuente: Tabla N°19

Tabla N°20

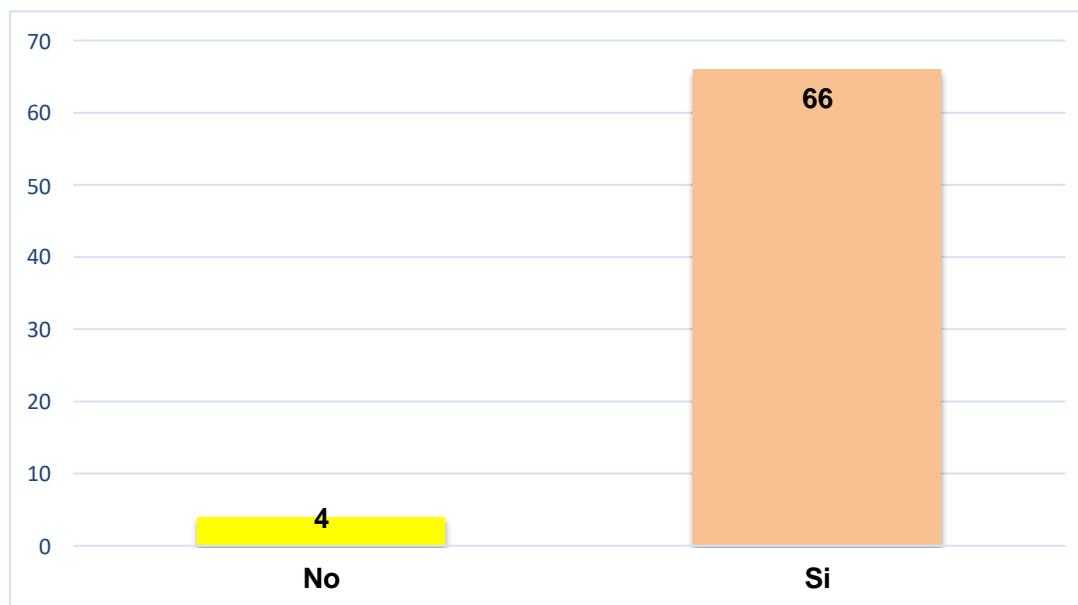
Valoración del Estado nutricional de las pacientes con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes junio - diciembre del 2018

Fuente: Expediente clínico

Valoración del estado nutricional	Frecuencia	Porcentaje
No	4	5.7
Si	66	94.3
Total	70	100.0

Gráfico N°20

Valoración del Estado nutricional de las pacientes con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes junio - diciembre del 2018



Fuente: Tabla N°20

Tabla N°21

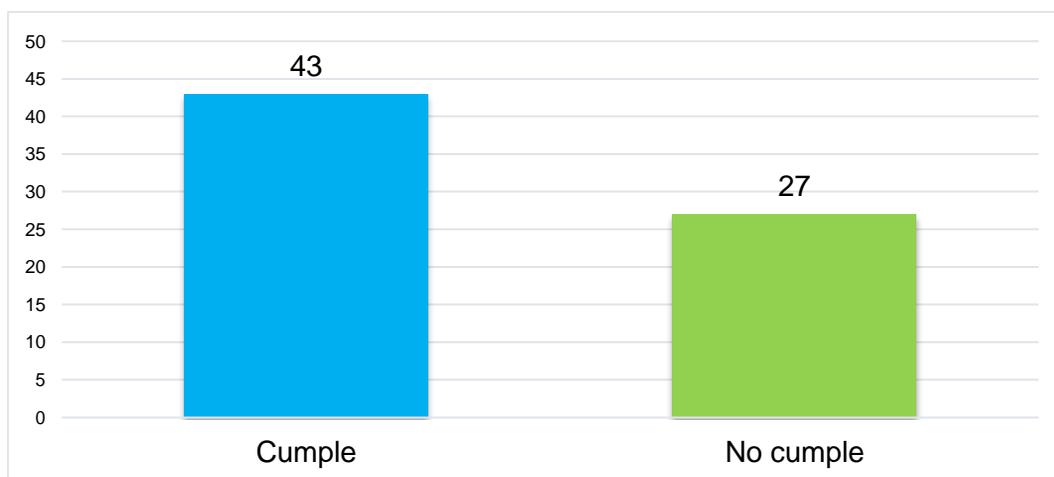
Nivel de cumplimiento de los criterios de atención prenatal del MINSA de las pacientes con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes junio - diciembre del 2018

Nivel de cumplimiento	Frecuencia	Porcentaje
Cumple	43	61.4
No cumple	27	38.6
Total	70	100.0

Fuente: Expediente clínico

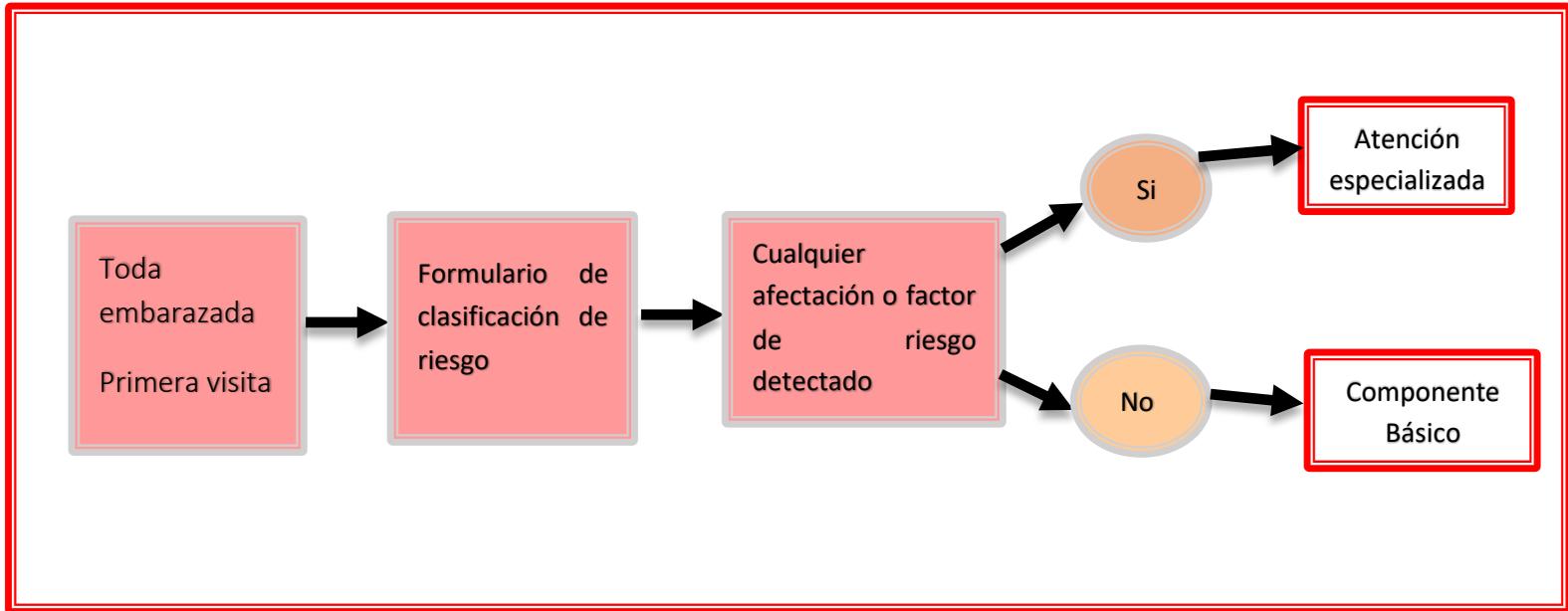
Gráfico N°21

Nivel de cumplimiento de los criterios de atención prenatal del MINSA de las pacientes con alto riesgo obstétrico del Hospital Carlos Roberto Huembes junio - diciembre del 2018



Fuente: Tabla N°21

Algoritmo N°1: Clasificación de riesgo en la atención prenatal



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

<i>Peso Pre Embarazo</i> – IMC (Kg/m²)	Ganancia de Peso en Libras	de Peso recomendado en KG	
<i>Desnutrida</i>	<18.5	28 – 40	12.5 – 18
<i>Peso normal</i>	18.5 - 24.9	25 – 35	11.5 – 16
<i>Sobrepeso</i>	25 -29.9	15 – 25	7 - 11.5
<i>Obesa</i>	> 30	11 - 20	5 -9
<i>Embarazo Gemelar</i>	Independiente de IMC	35 – 45	15.9 - 20.4