



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

MINISTERIO DE SALUD

Texto de Capacitación Materno-Infantil

Actividades Básicas durante la Atención Prenatal



Agencia de Cooperación
Internacional del Japón

Noviembre, 2022



PROYECTO VIDA, SALUD Y FUERZA
Fortalecimiento de la Salud Familiar y Comunitaria
(MOSAFC)

Presentación

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

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

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

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

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

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



Programa de capacitación en salud materno infantil basado en el concepto de atención continua y las Normativas del MINSA (Tema I - VI)



Índice

Introducción	1
Acrónimos	3
Llenado Correcto de la Historia	5
Clínica Perinatal (HCP)	5
1. Segmento de identificación	5
1.1 Llenado correcto de datos generales	5
2. Antecedentes familiares, personales y obstétricos	9
2.1 Conocimientos generales de los factores de riesgo	9
2.2 Clasificación de Riesgo de Atención Prenatal	14
2.3 Cronología de las actividades para las consultas prenatales de Bajo Riesgo.....	16
3. Medición del peso	18
3.1 Técnica para la toma adecuada del peso	18
3.2 Anotación del resultado del peso en Kg	19
4. Medición de la talla	20
4.1 Técnica para la toma adecuada de la ta.....	20
4.2 Anotación del resultado de la talla en cm	21
5. Evaluación del estado nutricional según índice de masa corporal	21
5.1 Cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC) con peso y talla	22
5.2 Leer interpretación de la tabla de IMC.....	22
5.3 Anotación del resultado e interpretación	23
5.4 Comparación del resultado con los datos anteriores	24
5.5 Orientaciones para la mujer embarazada, puérpera y lactante según el estado nutricional	25
6. Determinación de la edad gestacional	28
6.1 Confirmación de Fecha de Última Menstruación (FUM)	28
6.2 Antropometría fetal por ecografía	28
6.3 Cálculo de Fecha Probable de Parto (FPP).....	29
6.4 Anotación del resultado de la fecha de Última Menstruación (FUM), la fecha probable de parto (FPP) y la Edad Gestacional actual.....	33

7. Determinación del esquema de vacuna.....	34
7.1 Valoración del esquema de dT.....	34
8. Examen odontológico y de mamas	39
8.1 Examen odontológico.....	39
8.2 Examen de mamas	40
9. Exámenes de laboratorio.....	41
9.1 Exámenes de laboratorio	41
10. Evaluación e interpretación del estado nutricional en base al incremento de peso materno	54
10.1 Valoración del incremento de peso materno.....	54
11. Determinación de la presión arterial e interpretación	60
11.1 Técnica para la toma de la Presión Arterial (P/A).....	60
11.2 Conducta ante incrementos de Presión Arterial en el APN	63
11.3 Anotación del resultado e interpretación en comparación con datos anteriores.	64
11.4 Interpretación ante presencia de Proteinuria durante la APN	65
12. Medición de la altura uterina	66
12.1 Técnica para medir la altura del fondo uterino.....	66
12.2 Anotación de los resultados e interpretación en comparación a datos anteriores.....	70
13. Auscultación de la Frecuencia Cardiaca Fetal a partir de las 20 semanas de gestación	71
13.1 Técnica de las Maniobras de LEOPOLD.....	71
13.2 Técnica de Auscultación de la Frecuencia Cardiaca Fetal (FCF)	74
14. Movimientos fetales después de las 18 semanas de gestación	80
14.1 Movimientos fetales	80
15. Anexos	85

II. Actividades Básicas durante la Atención Prenatal

Introducción

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

La **HCP** es un instrumento útil para la vigilancia clínica y epidemiológica tanto de la atención como de los eventos obstétricos acontecidos en los establecimientos de salud desde una visión de Salud Pública.

(Normativa No.106 Manual para el registro de la Atención prenatal, parto, puerperio y neonato en la Historia clínica perinatal (HCP), diciembre 2020, página 6)

Es esencial que los datos registrados en la HCP sean completos, válidos, confiables y estandarizados. Este instrumento es de fácil y simplificado manejo para el personal de salud. Además, incluye el Carné perinatal que es entregado a la embarazada y puérpera, el cual se debe transcribir la misma información de la HCP.

(Normativa No.106 Manual para el registro de la Atención prenatal, parto, puerperio y neonato en la Historia clínica perinatal (HCP), diciembre 2020, página 6 y 9)

■ Objetivo General

Brindar al personal de salud un manual, orientado al llenado e interpretación correcta de las 13 actividades de la HCP que se le realizan a la mujer durante la atención del embarazo, parto, puerperio y atención del neonato, estandarizando el registro de información para incidir en la reducción de la mortalidad materna y perinatal en el marco del MOSAFC.

■ Objetivos Específicos

1. Actualizar al personal de salud en el llenado correcto, completo y adecuado de la historia clínica perinatal.
2. Facilitar las actividades de seguimiento de la atención prenatal, del parto, puerperio y neonatal a través del monitoreo del llenado completo y adecuado de la historia clínica perinatal.

3. Realizar análisis de calidad de atención materno neonatal basados en la información de la historia clínica perinatal.
4. Contar con un registro de calidad en la HCP, para obtener información de calidad en el SIP Plus, apoyar la toma de decisiones y mejoras de la atención materno neonatal.

(Normativa No.106 Manual para el registro de la Atención prenatal, parto, puerperio y neonato en la Historia clínica perinatal (HCP), diciembre 2020, página 3)

■ **¿Qué es la Atención Prenatal?**

Atención Prenatal: Esta serie de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, están destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar la morbimortalidad materna y perinatal, con el objetivo de monitorear la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados del recién nacido/a.

(Normativa No.106 Manual para el registro de la Atención prenatal, parto, puerperio y neonato en la Historia clínica perinatal (HCP), diciembre 2020, página 88)

■ **Objetivos**

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

Acrónimos

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



Llenado Correcto de la Historia Clínica Perinatal (HCP)

1. Segmento de identificación

1.1 Llenado correcto de datos generales

(1) Identificación (Datos generales)

Se presenta en figura el segmento para proceder al llenado correcto cada variable. Todos los campos son de llenado obligatorio, de la siguiente manera (Ver Anexo 1 y Figura 1);

Figura 1

HISTORIA CLINICA PERINATAL-CLAP/SMR-OPS/OMS		FECHA DE NACIMIENTO	ETNIA	ALFA BETA	ESTUDIOS	ESTADO CIVIL	N° expediente unico													
NOMBRES APELLIDOS		dia mes año	blanca indígena meziza negra otra	no si	ninguno primaria secund. univers.	casada unión estable soltera otro	N° INSS													
DOMICILIO (Localidad, Dirección exacta)		urbana rural	EDAD (años)	< de 20 > de 35	años en el mayor nivel	vive sola	N° Identidad													
MUNICIPIO DE RESIDENCIA		TELEF.																		
CODIGO LUGAR DE APN		NOMBRE U/S DE APN		CODIGO LUGAR DEL PARTO		NOMBRE U/S DEL PARTO														

Nombre y apellidos: Anotar los nombres y apellidos de la mujer, como se escriben en la cédula de identidad. Cuando no tenga cédula de identidad por la edad, o ya sea porque tiene otra nacionalidad solicite otro documento con validez legal.

Domicilio: Se refiere a la dirección de la residencia habitual de la embarazada, durante los últimos tres meses. Anotar dirección exacta que incluya pueblo, comarca o barrio, para efectos de la búsqueda activa durante la visita domiciliar. Marcar si es urbana o rural.

Localidad: Se refiere al nombre de la ciudad, municipio, pueblo, o comarca. Esto para efecto de localizar a las embarazadas por municipios al momento de analizar los reportes.

Teléfono: Domiciliar o celular. Si no tiene anotar un número de teléfono de un familiar, o de otra persona que considere la embarazada (vecino), donde el personal de salud pueda comunicarse con ella o la familia para su seguimiento.

Fecha de Nacimiento: Registre día, mes y año del nacimiento de la

embarazada que aparece en su cédula de identidad o documento legal.

Edad: Al momento de la primera consulta (captación). Anotar los años cumplidos de la embarazada (según la fecha de su nacimiento de la cédula) en los dos espacios disponibles. Si es menor de 20 años o mayor de 35 años, marcar el círculo amarillo. Si es menor de 15 años, verifique que la fecha de nacimiento se haya registrado correctamente, para su análisis respectivo en la base de datos de SIP plus.

Etnia: Marcar el casillero que corresponda a la etnia que declara pertenecer la embarazada. La HCP incluye la variable Etnia con 5 opciones de respuesta: blanca, indígena, mestiza, negra, otra. La forma de obtener el dato podría ser:

[¿Cómo se considera? ¿blanca?](#)

[¿indígena?](#), [¿mestiza?](#), [¿de color?](#), [¿otros?](#)

Alfabeta: Marcar en el círculo la respuesta (SI o No) según corresponda.

Estudios: Se refiere a estudios cursados en el sistema formal de educación (marque según corresponda: ninguno, primaria, secundaria o universidad). Registrar únicamente el máximo nivel alcanzado.

Años en el mayor nivel: Preguntar: [¿Cuál fue el año o grado más alto que aprobó en ese](#)

[nivel?](#) Registrar únicamente el año más alto que haya sido aprobado. Por ejemplo, si la mujer refiere haber completado hasta el 3er año de secundaria; marcar así: secundaria y registrar "3" en el espacio que corresponde a los años en el mayor nivel".

Estado Civil: Registrar la situación conyugal según corresponda. Se entiende por "unión estable" la convivencia permanente con un compañero, sin formalización legal. En "otro" se incluye casada, unión estable, soltera, otro (estas últimas dos en círculo amarillo).

Vive sola: Indagar si la embarazada vive con familiares u otras personas, o vive sola. (en caso de vivir sola representa una alerta y se marca en el círculo amarillo).

Número de expediente único: la identificación única del expediente clínico utiliza la **codificación de 16 dígitos** para la identificación manual o automatizada de los expedientes clínicos de izquierda a derecha de la siguiente manera:

- ✓ Los primeros 3 dígitos de la casilla a registrar se corresponden al código del municipio de nacimiento (código que utiliza el consejo supremo electoral). Por ejemplo: **161**, si nació en el municipio de Estelí, o si es de Managua **001**.
- ✓ Los siguientes 4 dígitos son las 4 iniciales de los 2 nombres y los 2 apellidos de la embarazada. Ejemplo María Auxiliadora García Rosales (MAGR).
- ✓ 1 digito siguiente lo constituye el sexo. En el caso de la embarazada siempre será **"F"** (femenino).
- ✓ Continuar con los 6 dígitos siguientes de la casilla que representan la fecha de nacimiento de la embarazada. Por ejemplo :**080290** (8 de febrero de 1990).
- ✓ Los 2 últimos dígitos representan un valor secuencial. Representa un identificador de control para eliminar asignaciones de un mismo código a más de un expediente, es decir si tiene a una embarazada con el mismo código de municipio con la misma fecha de nacimiento y las iniciales de sus nombres iguales, se evita la duplicidad del código asignado los dígitos que corresponda si ya esta los últimos dos dígitos **01**, le correspondería a la siguiente en sus 2 últimos dígitos **02**.

De manera que quedará registrado así (ver Tabla 1):

Tabla 1. Ejemplo de forma correcta de registro de número de expediente único.

Cód. del lugar de Nacimiento			Iniciales (2 nombres y 2 apellidos)				Sexo	Fecha de Nacimiento						Secuencia	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	6	1	M	A	G	R	F	0	8	0	2	9	0	0	1

Nota: En el caso de embarazadas o puérperas no cuenten con algunos datos como segundo nombre o segundo apellido, se utilizará el número **9**.

Por ejemplo:

- María García Rosales: registrar así: M9GR
- María Auxiliadora García: registrar así: MAG9
- Si es nombre compuesto no utilizar, **de, los, la**.

Número de seguro social: Registrar el número de seguro social (INSS) en caso de que la embarazada lo tenga, como aparece en su carné o colilla INSS.

Número de Identidad: Anotar el número de cédula de identidad, tal y como está escrito en la misma, (son tres números iniciales que corresponden al

código del lugar de nacimiento, 6 números centrales que corresponden a la Fecha de Nacimiento y los otros cuatro números terminando en una inicial mayúscula que es el código asignado por el Supremo Electoral). Si no tiene cédula deje el espacio en blanco.

Código del lugar de la atención prenatal y nombre de la unidad de salud (U/S):

Anotar el código asignado a la unidad de salud que brinda la APN según el catálogo del SIP PLUS (si no lo conoce consulte con el departamento de estadística de la unidad de salud), así mismo el nombre del Establecimiento de Salud, o U/S donde se realiza la captación. En el caso del MINSA, cuando la usuaria fuese captada en cualquier parte del país, y busca atención prenatal, se le dará seguimiento como subsecuente en el Establecimiento de Salud donde ella asista. Si viene de otro país, y no está registrada en el censo gerencial de las embarazadas, puérperas y postnatales, se ingresará como una captación.

Código del lugar del parto/aborto y nombre la unidad de salud (U/S): Colocar el código y nombre del establecimiento de salud, o U/S donde se realiza la atención del parto/ aborto.

(Normativa No.106 Manual para el registro de la Atención prenatal, parto, puerperio y neonato en la Historia clínica perinatal (HCP), diciembre 2020, páginas 11-13)

2. Antecedentes familiares, personales y obstétricos

2.1 Conocimientos generales de los factores de riesgo

(1) Llenado correcto de los datos

Estos datos se obtienen al momento de la captación. Si la mujer es hospitalizada (por trabajo de parto, por aborto o enfermedad) en un establecimiento diferente al lugar de la atención prenatal, los datos de esta sección podrán obtenerse del Carné Perinatal (Ver Anexo No. 3) o por interrogatorio directo al momento del ingreso. (Ver Anexo No. 1 y 2)

Figura 2

El formulario 'ANTECEDENTES' se divide en:

- FAMILIARES:** TBC, hipertensión, preeclampsia, eclampsia, obs. conl. medica grave, anomalía congénita.
- PERSONALES:** cardiopat., infertilidad, cirugía genito-urinf., nefropatía, violencia, enf. inmunológica, VIH+, otros.
- OBSTETRICOS:** gestas previas, abortos (3 espont., corocelulares), vaginales (partos, cesáreas), nacidos vivos (viven, nacidos muertos), nacidos muertos (muertos 1ª sem., después 1ª sem.).
- ULTIMO PREVIO:** peso al nacer (< 2500g, normal, ≥ 4000g).
- Antecedente de gemelares:** no, sí.
- Antecedente de anorexia congénita:** no, sí.
- FIN EMBARAZO ANTERIOR:** día, mes, año; menor de 2 años, mayor de 5 años.
- EMBARAZO PLANEADO:** no, sí.
- FRACASO METODO ANTICONCEPCION:** no, sí; métodos: barrera, DIU, hormo. nel., emer. genica, natural.

① Antecedentes familiares (Ver Figura 2 y 3)

Se refieren a los parientes cercanos de la embarazada (padres, hermanos, abuelos, hijos, cónyuge). Preguntar: *¿En su familia alguien ha tenido alguna enfermedad cómo...? (mencionar cada una de las enfermedades que apracecen en la HCP).* Si la respuesta es afirmativa, preguntar *¿Quién?* Marcar en los círculos ubicados a la izquierda del listado de enfermedades, SI o NO, según corresponda.

NOTA:

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

Ejemplo:

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

Ejemplo como registrar en el Expediente

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

② Antecedentes familiares (Ver Figura 2 y 3)

Propios de la embarazada. Marcar en el círculo No o Si. En el caso de "otros", especificar. En el caso de la Diabetes se marcará el tipo de Diabetes o si es Gestacional (Tipo I, Tipo II, G). El término cirugía genito-urinaria no incluye a las cesáreas, pero si incluye las OTB.

En cuanto al tema de violencia, se recomienda indagar simultáneamente tanto el antecedente como la presencia o no de indicadores de violencia en el embarazo actual (ver sección de Gestación Actual). Marcar el círculo "Si" o "No" según corresponda.

Ejemplo:

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

Ejemplo como registrar en el expediente

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

③ Obstétricos (Ver Figura 2 y 3)

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

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

¿Cuántos partos fueron vaginales y cuántos fueron por cesárea?

Además, se indagará sobre el peso del recién nacido/a en el último embarazo. Marcar si el peso es menor de 2500 gr. o fue mayor o igual a 4000 gr. fue normal o N/C (no corresponde) si no hubo nacimientos previos. Finalmente, en relación a las gestaciones previas, registrar si hubo antecedente de embarazo múltiple (gemelar) (Si/No) según corresponda.

Abortos: Según la CIE-10, se define el Aborto a la expulsión del producto de la gestación antes de las 22 semanas o con un peso menor a 500 gr y una longitud cefalo-caudal menor a 25 cm. Se registrarán de la misma manera los antecedentes de abortos espontáneos o inducidos.

En relación al número de abortos, si la mujer reporta haber tenido 3 abortos espontáneos consecutivos, entonces marcar con una **x** el círculo amarillo correspondiente. Si no tiene antecedentes de Aborto, marcar con **00**.

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

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

Embarazo Ectópico: Se anotará el número correspondiente a los antecedentes de embarazos producidos fuera del útero en el rectángulo correspondiente.

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

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

Muertos/as 1ra semana: Registrar el número de hijos/as, que nacieron vivos, pero fallecieron durante el período entre el nacimiento y el séptimo día (6 días, 23 horas, 59 minutos). Cuando no tenga hijos/as muertos en este periodo marcar **0 (cero)**.

Muertos/as después de la 1ra semana: Registre el número de hijos/as que nacieron vivos pero que fallecieron después de la primera semana de vida (7 días o más) hasta 11 meses 29 días, lo que se registrará en el rectángulo correspondiente de color amarillo. Si no tiene hijos/as fallecidos en este período marcar **0 (cero)**.

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

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

Puede ayudar para identificar el embarazo no planeado preguntar:

Cuando supo de este embarazo, ¿Quería estar embarazada?

¿Quería esperar más tiempo? O ¿No quería tener (más) hijos?

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

Marcar el círculo con una X, según las respuestas posibles que están clasificadas como:

- No usaba ningún método (no usaba).
- Barrera: condón masculino, condón femenino, diafragma.
- Dispositivo Intrauterino (DIU).

- Hormonal: oral (píldoras), transdérmico (parche), implante subdérmico o inyectable.
- Anticoncepción de emergencia: Levonorgestrel solo o de estrógenos y progestina combinados.
- Método natural: método de día fijo; amenorrea.

(Normativa No.106 Manual para el registro de la Atención prenatal, parto, puerperio y neonato en la Historia clínica perinatal (HCP), diciembre 2020, páginas 13-17)

Figura 3. Un ejemplo de llenado correcto e interpretación de los Antecedentes familiares, personales y Obstétricos.

ANTECEDENTES	FAMILIARES		PERSONALES		OBSTETRICOS		gestas previas		abortos		vaginales		nacidos vivos		viven		FIN EMBARAZO ANTERIOR				
	no	si	no	si	no	si	gestas previas	abortos	vaginales	cesáreas	nacidos vivos	nacidos muertos	muerdos 1° sem.	después 1° sem.	día	mes	año	menor de 2 años	mayor de 5 años		
TBC	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cardiopat.	<input checked="" type="checkbox"/>	ULTIMO PREVIO	<input checked="" type="checkbox"/>	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	19	07	20	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
diabetes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	infertilidad	<input checked="" type="checkbox"/>	n/c	<input checked="" type="checkbox"/>	0	0	3 espont. consecutivos	0	0	0	0	0	0	0				<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
hipertensión	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cirugía genito-urina	<input checked="" type="checkbox"/>	< 2500g	<input checked="" type="checkbox"/>	0	0	embarazo ectópico	0	0	0	0	0	0	0				<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
preeclampsia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nefropatía	<input checked="" type="checkbox"/>	normal	<input checked="" type="checkbox"/>	0	0	partos	0	0	0	0	0	0	0				<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
eclampsia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	violencia	<input checked="" type="checkbox"/>	≥ 4000g	<input checked="" type="checkbox"/>	0	0	cesáreas	1	0	0	0	0	0	0				<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
otra cond. médica grave	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	enf. inmunológica	<input checked="" type="checkbox"/>	Antecedente de gemelares	<input checked="" type="checkbox"/>	0	0	partos	0	0	0	0	0	0	0				<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
anomalía congénita	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH+	<input checked="" type="checkbox"/>	Antecedente de anomalía congénita	<input checked="" type="checkbox"/>	0	0	partos	0	0	0	0	0	0	0				<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
			otros	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	0	0	partos	0	0	0	0	0	0	0				<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Ejemplo como registrar en el expediente

Bigesta de 28 años de edad originaría del área rural de la comarca de Monte Alto que asiste a su captación de APN, al momento de su interrogatorio para llenar su HCP niega antecedentes familiares, personales y en antecedentes obstétricos refiere 1 cesárea anterior, no abortos, no nacidos muertos; refiere embarazo planeado, sin embargo con periodo intergénésico menor de 2 años.

(2) Identificación de factores de riesgo

En la Historia Clínica Perinatal, **Amarillo significa ALERTA** (cuadritos, triángulos o rectángulos en amarillo) e indica que: más información, análisis y decisiones se encuentran registradas en otras hojas del Expediente Clínico.

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

(Normativa No.106 Manual para el Llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP), enero 2013, página 14)

2.2 Clasificación de Riesgo de Atención Prenatal

Esta clasificación se basa en “Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal” de la OMS: “Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control”. En principio, el nuevo modelo de control prenatal divide a las mujeres embarazadas en dos grupos:

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

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

(1) Bajo Riesgo

- Determinado una vez que se aplique el formulario de clasificación de riesgo.
- No requieren otra evaluación o cuidado especial en el momento de la primera visita independientemente de la edad gestacional.
- Máximo 6 atenciones prenatales durante la gestación y 2 atenciones integrales.
- Se realiza la evaluación de clasificación del riesgo en cada atención prenatal y se decide si continua como bajo riesgo o se refiere a cuidados especiales como alto riesgo, según la aplicación del Formulario de Clasificación de Riesgo en cada APN.

(2) Alto Riesgo

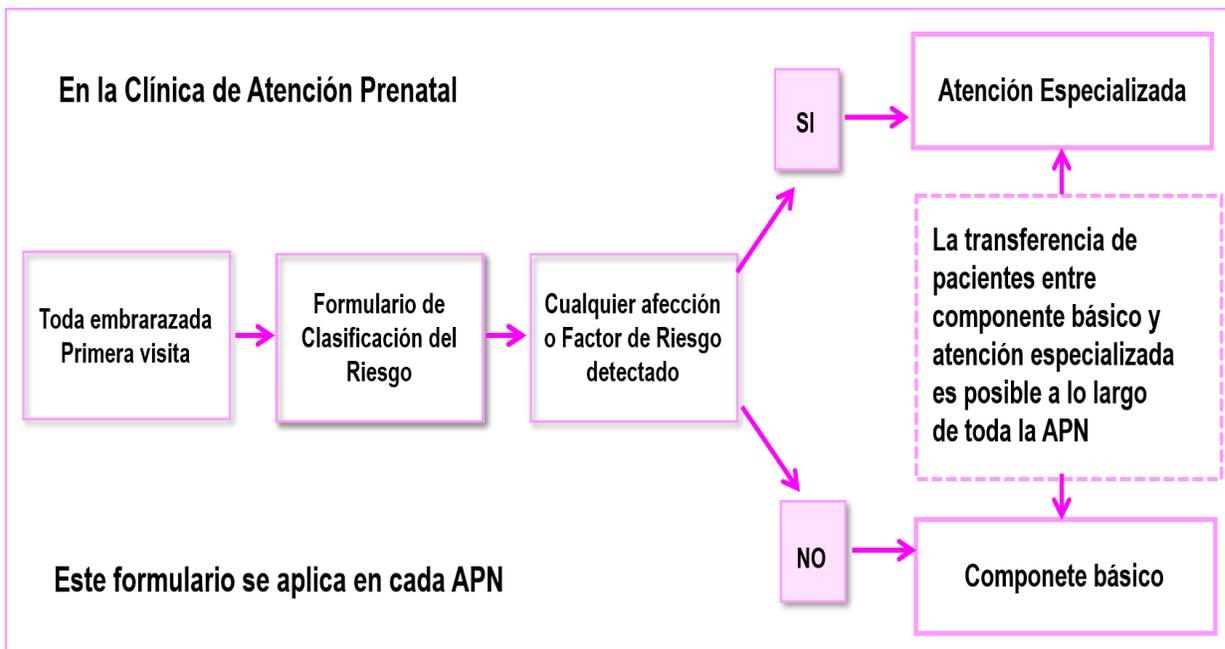
- Se le brindan las acciones del componente básico + los cuidados especiales de acuerdo a los requeridos por la patología materna.
- Las atenciones prenatales en este grupo de riesgo son un máximo de 7 consultas por la atención especializada.
- La vigilancia de la comorbilidad es mediante consultas y evaluaciones periódicas sin que estas se consideren atención prenatal (debiendo designarse oportunamente el motivo de consulta si es Atención Prenatal ó Consulta Médica por Patología/Seguimiento de Patologías).
- Es importante mencionar que si por alguna razón la paciente acude a una consulta médica (que no sea APN) y se le encuentre alguna prueba de laboratorio alterada que requiera re-clasificación, se llena la casilla

correspondiente de clasificación del riesgo, se pasa al grupo de ARO para la siguiente atención prenatal y su seguimiento se cumple de acuerdo a lo establecido (por ejemplo, una curva de tolerancia oral a la glucosa positiva, una prueba de VIH positiva, referencia al especialista, etc).

- No obstante, en cada consulta, se le deben de realizar las actividades que son de realización obligatoria con el fin de que se garantice estabilidad y vigilancia fetal y deben de interrogarse y dejarse establecida la evaluación médica en el expediente clínico, como los signos vitales, frecuencia cardiaca fetal y movimientos fetales, evaluación de datos de alarma, peso y análisis del incremento del mismo.

(Normativa No.011 Segunda edición Normas y Protocolos para La Atención prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de bajo riesgo, noviembre 2015, páginas 52-53)

Figura 4. **Algoritmo Clasificación de riesgo en la Atención Prenatal**



Para determinar el Nivel de riesgo de la embarazada. Se utilizará el formulario de clasificación de Riesgo (Ver Anexo No. 4)

- En la primera atención prenatal aplicar el formulario: 18 preguntas con respuestas cerradas si/no.

- Si responden si a cualquiera de las 18 preguntas se deberá de clasificar como **Embarazada de ALTO RIESGO**.
- Se clasifica el riesgo y se designa el tipo de atención a desarrollarse: **básico** (Este concepto de **básico** equivale a decir **Embarazo de Bajo Riesgo** y **cuidados especiales** es igual a **Embarazo de Alto Riesgo**).

El **formulario** (Ver Anexo No. 5) **debe de aplicarse en cada atención prenatal** y de acuerdo a resultados la paciente puede continuar en **BAJO RIESGO** o progresar a **ALTO RIESGO** (Ver Figura 4).

(Normativa No.011 Segunda edición Normas y Protocolos para La Atención prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de bajo riesgo, noviembre 2015, página 54-55)

2.3 Cronología de las actividades para las consultas prenatales de Bajo Riesgo

En el documento de la **Normativa 011 (Tercera Edición)** se propone un número mínimo de seis APN que permitan el cumplimiento de todas las actividades necesarias para lograr una atención prenatal adecuada y de calidad, siempre que las características del embarazo continúen siendo de bajo riesgo.

El esquema 2016 de APN de la OMS recomienda **8 consultas**, Nicaragua adoptará el nuevo esquema con seis APN y dos evaluaciones integrales a las 38 y 40 SG, estableciéndose de la siguiente manera (Ver Cuadro 1):

- Idealmente la primera atención prenatal en el primer trimestre (hasta las 12 semanas de gestación)
- Dos atenciones prenatales durante el segundo trimestre (el 1^{ro} entre las 16 y 20 y el 2^{do} entre las 24 y 26 S/G)
- Tres atenciones prenatales en el tercer trimestre (a las 30, 34, 36 semanas de gestación)
- Dos evaluaciones integrales (a las 38 y 40 semanas).

Cuadro 1. Comparación de los calendarios de la Atención Prenatal		
Esquema de Atención Prenatal orientado de la OMS	Esquema de Atención Prenatal de la OMS del 2016	Esquema de Atención Prenatal adecuado en Nicaragua
Primer trimestre		
Primer APN: menor de 12 SG	Contacto 1 : menor de 12 SG	Primer APN: menor de 12 SG
Segundo trimestre		
Segunda APN: 26 SG	Contacto 2: 20 SG Contacto 3: 26 SG	Segunda APN: entre 16 y 20 SG Tercer APN: entre 24 y 26 SG
Tercer trimestre		
Tercer APN: 32 SG Cuarto APN: 38 SG	Contacto 4: 30 SG Contacto 5: 34 SG Contacto 6: 36 SG Contacto 7: 38 SG Contacto 8: 40 SG	Cuarto APN: 30 SG Quinto APN: 34 SG Sexto APN: 36 SG Primera evaluación integral: 38 SG* Segunda evaluación integral: 40 SG**
*Referencia a Casa Materna		
**Referencia al establecimiento de salud para Inducto-Conducción del parto según Normativa 156		

(Normativa No.011 Tercera edición Normas y Protocolos para La Atención prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de bajo riesgo, diciembre 2020, páginas 89-90)



3. Medición del peso

3.1 Técnica para la toma adecuada del peso

(1) Objetivos

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

(2) Equipo

- Balanza
- Expediente clínico y lapicero

(3) Procedimientos

- ① Orientar a la mujer embarazada el procedimiento a realizar y cuide el ambiente.
- ② Realice higiene de manos antes y después de cada procedimiento.
- ③ Verifique que el equipo esté en buen estado (balanza nivelada y separada de la pared) y ajuste la balanza en “**cero**”.
- ④ Coloque campo de papel sobre la balanza.
- ⑤ Oriente al paciente a quitarse los zapatos y otros objetos que puedan alterar el peso.
- ⑥ Coloque al paciente sobre la plataforma mirando hacia la balanza.
- ⑦ Asegúrese de que el paciente está en el centro de la plataforma.
- ⑧ Corre la balanza hasta dejarla nivelada.
- ⑨ Realice lectura correcta del peso en kilogramos y anótelos en la Historia Clínica Perinatal, carné perinatal, expediente clínico.
- ⑩ Comparar los datos obtenidos, con los datos de consultas anteriores o con los valores normales correspondientes a la edad gestacional.
- ⑪ Explicar a la mujer embarazada los resultados y haga las orientaciones correspondientes.

Recuerde: El peso se debe medir en la primera consulta, con la gestante en ropa liviana y sin calzado. Existe una relación directa entre la talla y el peso antes del embarazo y el crecimiento del feto. Es muy importante enseñar a la mujer embarazada sobre la buena nutrición durante el embarazo para prevenir complicaciones, la calidad de los alimentos es un factor muy importante para su salud y del niño antes y después del parto.

(Normativa No.151 Manual de procedimientos Técnicos de Enfermería, enero 2019, páginas 41-42)

(Normativa No.011 Tercera edición Normas y Protocolos para La Atención prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de bajo riesgo, diciembre 2020, página 107)

3.2 Anotación del resultado del peso en Kg

El dato obtenido se registrará en kilogramos.

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

Registrar: Peso anterior 58.0kg y peso actual 58.0kg. (Ver Figura 5)

Figura 5

The form is a comprehensive medical record for pregnancy. Key sections include:

- GESTACIÓN ACTUAL:** Contains fields for 'PESO ANTERIOR' (58.0 kg) and 'PESO' (58.0 kg), both highlighted with red boxes. It also includes fields for 'ALTA (cm)', 'IMC', and gestational week.
- CLINICAL INDICATORS:** Includes checkboxes for various conditions like 'PALUDISMO/MALARIA', 'BACTERIURIA', 'GLUCEMIA EN AYUNOS', 'ESTREPTOCOCCO B', and 'CONSEJERIA'.
- VACCINATIONS:** A section for recording vaccination status for 'VACUNAS' (tetanus/diphtheria, influenza, rubella) with columns for 'previa', 'durante', and 'postparto'.
- TESTS AND TREATMENTS:** Includes fields for '1A Prueba solicitada', '1B Prueba solicitada', and '1C Prueba solicitada' with checkboxes for 'si', 'no', 'nic', and 'result'.
- ATENCIÓNES ANTERIORES:** A table at the bottom for recording previous visits, with columns for 'día', 'mes', 'año', 'edad gest.', 'peso', 'P.A.', 'altura uterina', 'preparación', 'FCF (lpm)', 'movim. fetales', 'proteína', 'sangrado', 'U/S que realiza', 'signos de alarma', 'exámenes, tratamientos, USG', 'iniciados', 'próxima cita'.

Ejemplo como registrar e interpretar en el expediente

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

4. Medición de la talla

4.1 Técnica para la toma adecuada de la talla

(1) Objetivos

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

(2) Equipo

- Tallímetro
- Expediente clínico y lapicero

(3) Procedimientos

- ① Orientar a la mujer embarazada lo que va a realizar y cuidar el ambiente.
- ② Realice higiene de manos antes y después de cada procedimiento.
- ③ Verifique que el tallímetro se encuentra en buen estado.
- ④ Asegúrese de que el tallímetro esté correctamente colocado.
- ⑤ Ayudar a la mujer embarazada a colocarse, parada de espaldas a la barra de medición en posición recta sobre la plataforma de la balanza (tallímetro).
- ⑥ Pedir juntar los talones, con la espalda lo más cercana al tallímetro, bien erguida, con los hombros hacia atrás y con la vista al frente.
- ⑦ Levantar la barra por encima de la cabeza y extienda la barra medidora, luego bájela hasta tocar tope suavemente con la cabeza y presione el cabello.
- ⑧ Realice lectura correcta de la talla en centímetros y anótelo en la Historia Clínica Perinatal, carné perinatal, expediente clínico.
- ⑨ Explicar a la mujer embarazada el resultado y haga las orientaciones correspondientes.

Recuerde: La talla deberá medirse en el primer control.

(Normativa No.151 Manual de procedimientos Técnicos de Enfermería, enero 2019, páginas 43-46)

(Normativa No.011 Tercera edición Normas y Protocolos para La Atención prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de bajo riesgo, diciembre 2020, página 107)

4.2 Anotación del resultado de la talla en cm

El dato obtenido se registrará en centímetros.

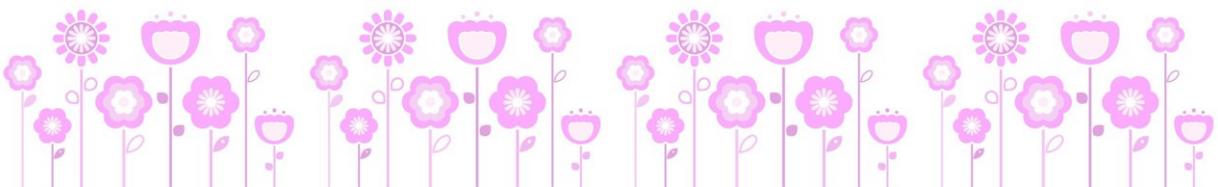
Ejemplo: Paciente que mide 146 cm. Anotar: Talla 146 cm. (Ver Figura 6)

Figura 6

GESTACIÓN ACTUAL											
PESO ANTERIOR		TALLA (cm)	RIC	ESG confiable por:		FUM ACT	FUM PPS	DROGAS	ALCOHOL	VIOLENCIA	VACUNAS
[] []		1	[]	[] []		[] []	[] []	[] []	[] []	[] []	[] [] [] [] [] [] [] []
EX. NORMAL		CERVIX	GRUPO	TOXOPLASMOSIS		Hb <20 sem		SUPLENTO		influenza	
[] [] [] []		[] [] [] []	[] [] [] []	[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []	
PALUDISMO/MALARIA		BACTERIURIA	GLUCEMIA EN AYUNAS		ESTREPTOCOCCO B		CONSEJERA		rubeola		[] [] [] []
[] [] [] []		[] [] [] []	[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []
VH-Dog		SÍFILIS		SÍFILIS		Tratamiento con PENICILINA		Tto de la parva		SÍFILIS	
[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []		[] [] [] []	
ATENCIÓNES ANTERIORES		edad gest.	peso	PA	altura uterina	preparación	FCP (ppm)	movim. fetales	proteína	ganancia de peso (KG)	USG que realiza APN
[] [] [] []		[] [] [] []	[] [] [] []	[] [] [] []	[] [] [] []	[] [] [] []	[] [] [] []	[] [] [] []	[] [] [] []	[] [] [] []	[] [] [] []

Ejemplo como registrar e interpretar en el expediente

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



5. Evaluación del estado nutricional según índice de masa corporal

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

El dato es útil para evaluar el estado nutricional de la mujer antes del embarazo. La medida más utilizada es el **Índice de Masa Corporal (IMC)** que se calcula dividiendo el peso en kilogramos (Kg) sobre el cuadrado de la talla expresada en metros (m²) (**IMC = Kg/Talla en m²**).

Por ejemplo, si la gestante pesa antes del embarazo o en las primeras 12 SG (captación precoz) 60 Kg y tiene una talla de 1.60 m, el cálculo será:

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

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

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

(Normativa No.106 Manual para el Llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP), enero 2013, página 21)

5.2 Leer interpretación de la tabla de IMC

Ver Tabla No. 2 ¿Cómo se clasifica el resultado de IMC =23.44 Kg/m²?

De acuerdo a la Clasificación de la Organización Mundial de Salud (OMS) y el Instituto Médico de Nutrición durante el embarazo (IOM), el incremento de peso debe de clasificarse de acuerdo al IMC.

Formula: Peso en Kg/ Talla en m²

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



Tabla No. 2

Aumento de peso recomendado para mujeres según IMC pregestacional

Categoría de peso	IMC (Kg/m2)	Aumento total de Peso en Libras	Aumento total de peso (Kg)
Bajo peso	12.0 - 18.4	28 – 40	12.5 – 18.0
Peso normal (Eutrófica)	18.5 - 24.9	25 – 35	11.5 – 16.0
Sobrepeso	25.0 - 29.9	15 – 25	7.0 - 11.5
Obesidad	30.0 o más	11 - 20	5.0 - 9.0
Embarazo gemelar	Independiente de IMC	35 – 45	15.9 - 20.4

(Normativa No.011 Tercera edición Normas y Protocolos para La Atención prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de bajo riesgo, diciembre 2020, página 106)

5.3 Anotación del resultado e interpretación

Ejemplo: IMC = 23.44 pero hay que redondear, anotar **IMC = 23.4** (sólo un decimal), (Ver Figura 7).

Ejemplo de registro en HCP:

Talla 160cm, Peso 60Kg,
IMC 23.4.

Figura 7

The form is a comprehensive medical record for a pregnant patient. The top section, 'GESTACIÓN ACTUAL', contains fields for 'PESO ANTERIOR', 'TALLA (cm)', and 'IMC'. The 'IMC' field is highlighted with a red box and contains the value '23.4'. Below this are numerous checkboxes and circles for recording various clinical findings and lab results, such as 'EX. NORMAL', 'CERVIX', 'GRUPO', 'TOXOPLASMOSSIS', 'GLUCEMIA EN AYUNAS', 'ESTREPTOCOCCO B', 'CONSEJERIA', 'VACUNAS', 'INFLUENZA', and 'RUBEOLA'. The bottom section, 'ATENCIÓNES ANTERIORES', is a table with columns for 'día', 'mes', 'año', 'edad gest.', 'peso', 'PA', 'altura uterina', 'presen tacion', 'FCP (ppm)', 'movim. fetales', 'proti nura', 'ganancia de peso (Kg)', 'UIS que realiza', 'signos de alarma, exámenes, tratamientos, USG', 'iniciaci on quien, atencio n', and 'próxima cita'.

Ejemplo como registrar e interpretar en el expediente:

Paciente con IMC: 23.4, se clasifica con un Índice de Masa Corporal normal, por ende, durante su embarazo debe tener una ganancia de peso materno entre 11.5 a 16 kg.

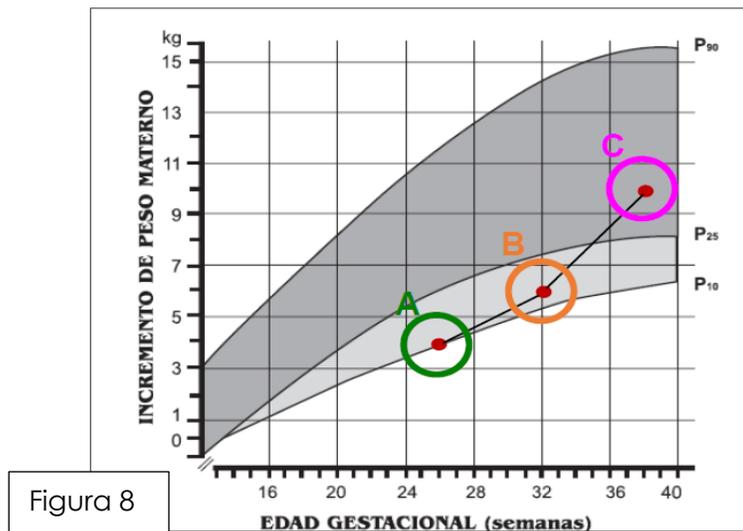
5.4 Comparación del resultado con los datos anteriores

Peso Anterior

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

(Normativa No.106 Manual para el Llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP), enero 2013, página 21)

Ejemplo (Ver Figura 8): el Peso anterior de la embarazada fue 56 kg. IMC es 23.1 (Captación Precoz), Segundo APN a las 26 SG con un peso de 60 kg (por lo tanto, el incremento de peso es de 4 kg entre la captación y la segunda atención prenatal); Tercer APN a las 32 SG con un peso de 62 kg (a los 4 kg incrementados anteriormente se le sumará 2 kg para un total de 6 kg de Incremento de Peso en todo el embarazo). En el Cuarto APN a las 38 SG tuvo un peso de 66 kg (a los 6 kg incrementados anteriormente se le sumara 4 kg para un total de 10 kg de Incremento de Peso (IMC) durante todo el embarazo a partir de las 13 SG basado en el peso de la captación temprana).



A. Segunda atención prenatal a las 26 semanas

B. Tercera atención prenatal a las 32 semanas

C. Cuarta atención prenatal a las 38 semanas

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

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

5.5 Orientaciones para la mujer embarazada, puérpera y lactante según el estado nutricional

A continuación, se muestra una tabla con ejemplo de alimentación durante el embarazo, puerperio y lactancia. Ver Tabla 3.

Tabla 3. **Alimentación durante el Embarazo, Puerperio y Lactancia**

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

(Normativa No.29 segunda edición Norma y Guía de Alimentación y Nutrición, para embarazadas, puerperio y niñez menor de seis años, noviembre 2016, página 40)

A continuación, se muestran orientaciones para la alimentación según clasificación del IMC, Ver Tabla 4.

Tabla 4. **Orientaciones para la alimentación**

Clasificación	Orientaciones
<p>PESO BAJO (IMC < 18.5)</p> <p>○</p> <p>MENOR DE 18 AÑOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revise las posibilidades de adaptación de estas recomendaciones. - Revise alimentación actual y compare con los tipos de alimentos. - Dé ejemplos de alimentación adecuada según acceso y variedad, que incluya de todos los tipos de alimentos (básicos, de origen animal, frutas, verduras, azúcares y grasas) y que tome suficiente líquido. - Aconseje el consumo de una mayor cantidad de alimentos básicos como arroz, frijol, tortillas de maíz, pan, pinol, avena, yuca, plátano, malanga, quequisque, etc. Además, consumir más alimentos que dan más energía como aceite (friendo los alimentos), azúcar, aguacate, coco, jaleas, etc. - Mencione qué si es posible coma al menos dos veces por semana huevo, o un pedazo de queso o cuajada, o un vaso de leche para complementar su alimentación. En los lugares donde hay disponibilidad de carne de cualquier tipo, que coma un trozo al menos una vez a la semana. - Aconseje consumir la cantidad extra de alimentos durante las comidas y consumir las meriendas entre comidas. - Recomiende evitar el consumo de café, té, bebidas gaseosas o jugos artificiales azucarados. - Promueva la suplementación con hierro y ácido fólico - Promueva consumo de alimentos fuentes de hierro y calcio. - Recomiende eliminar el consumo de alimentos pocos nutritivos. - Oriente sobre higiene y manipulación de alimentos. - Promueva que asista a sus citas en la unidad de salud - Priorizarla para visita domiciliar si hay programa comunitario. - Si existe programa de ayuda alimentaria en la comunidad, refiérala.
<p>NORMAL (IMC 18.5 – 24.9)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Felicítela - Aconseje sobre alimentación adecuada adaptada según acceso a los alimentos y deba ser variada que incluya de todos los tipos de alimentos (básicos, de origen animal, frutas, verduras, azúcares y grasas) y que tome suficientes líquidos. - Aconseje consumir la cantidad extra de alimentos durante las

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

(Normativa No.29, Normas y Guía de Alimentación y Nutrición, para embarazadas, puerperas y niñez menor de cinco años, octubre 2009, páginas 55-56)

(Normativa No.29 segunda edición Norma y Guía de Alimentación y Nutrición, para embarazadas, puerperio y niñez menor de seis años, noviembre 2016, página 46)

6. Determinación de la edad gestacional

6.1 Confirmación de Fecha de Última Menstruación (FUM)

Fecha de Última Menstruación (FUM): Este dato es esencial para calcular la edad gestacional y la fecha probable de parto. Muchas decisiones clínicas dependen de las semanas de gestación y por ello es importante obtener un dato confiable. Anotar en la casilla el día-mes-año. Se considera el primer día del sangrado del último periodo menstrual como el primer día de la FUM y no el último día del sangrado de ese periodo, esto es uno de los errores más comunes.

(Normativa No. 106 Manual para el registro de la Atención prenatal, parto, puerperio y neonato en la Historia clínica perinatal (HCP), diciembre 2020, página 22)

6.2 Antropometría fetal por ecografía

- En algunas ocasiones los elementos clínicos son insuficientes para calcular la edad gestacional; en esos casos se podrá apelar a la ultrasonografía. Su aplicación está basada en la relación que existe entre la amenorrea, el desarrollo anatómico del feto y la medida de ciertos segmentos fetales. Cuanto más tempranamente se realice, se obtendrá mayor precisión, además de poder repetir las mediciones con cierta periodicidad, lo que disminuye considerablemente el error de estimación (ver Anexo No. 8).
- El método más confiable para precisar la edad gestacional, es la medición de la longitud cefalocaudal (LCC) realizada en la ecografía temprana, idealmente entre las 8 y 14 semanas de gestación. Si solo se consigue medir la yema embrionaria (4mm) y siendo la única ecografía disponible, se tomará la misma para datar el embarazo, no así la edad gestacional, ya que no cuenta con validez para la datación del embarazo. Si se dispone de una ecografía realizada en el primer trimestre (8-14 S/G), puede utilizarse la Circunferencia Cefálica (CC) con o sin la medición de la Longitud Femoral (LF), para la estimación de la edad gestacional en el segundo trimestre.
- Cuando ya fue establecida una fecha probable de parto por una ecografía temprana confiable, las ecografías posteriores no deberían utilizarse para recalcular la edad gestacional. Lo siguiente es la estimación de la edad gestacional por ecografía:
 - ▶ **4 – 5.6 S/G: medir saco gestacional (DMSG), pero no fechar o asignar FEP**
 - ▶ **6 – 13.6 S/G: usar LCC (4-84 mm). Si solo es posible medir la yema embrionaria, se tomará como parámetro para datar la EG.**
 - ▶ **14 – 24 S/G: usar circunferencia cefálica y/o LF**
 - ▶ **Mayor de 24 S/G: se asigna tamaño, no EG**

Para calcular la edad gestacional, mejorar la detección de anomalías fetales y embarazos múltiples, reducir la inducción del parto en embarazos prolongados y mejorar la experiencia que tienen las mujeres del embarazadas, se recomienda realizar a las embarazadas una ecografía antes de la semana 24 de gestación (ecografía temprana).

(Normativa No.011 Tercera edición Normas y Protocolos para La Atención prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de bajo riesgo, diciembre 2020, páginas 104-105)

6.3 Cálculo de Fecha Probable de Parto (FPP)

Se anotará el día, mes y año en que se cumplirán las 40 semanas de gestación. Para su cálculo, se recomienda usar el gestograma como el recomendado por el CLAP o cualquier otro calendario obstétrico. Este consta de dos discos, uno más pequeño, móvil, donde están escritas las semanas de gestación; y otro fijo, de mayor tamaño, sobre el que gira el disco móvil, donde figura el calendario. Existen fórmulas matemáticas que facilitan el cálculo de la FPP (Regla de Naegele, Pinard, Wahl, etc).

(Normativa No.106 Manual para el registro de la Atención prenatal, parto, puerperio y neonato en la Historia clínica perinatal (HCP), diciembre 2020, página 22)

- **Término temprano: 37 semanas a 38 semanas y 6 días.**
- **Término completo (A Término): 39 semanas a 40 semanas y 6 días.**
- **Término tardío (Prolongado): 41 semanas a 41 semanas y 6 días.**
- **Postérmino: Mas allá de las 42 semanas**

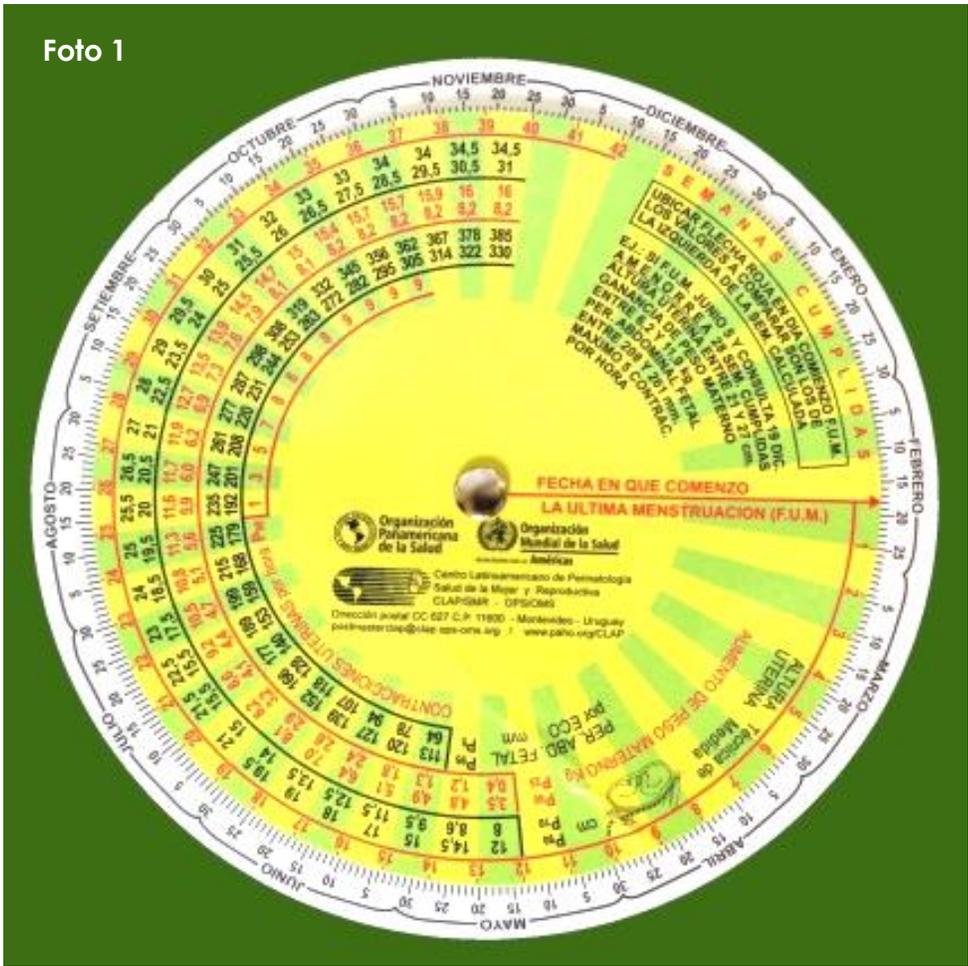
(Normativa No.011 Tercera edición Normas y Protocolos para La Atención prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de bajo riesgo, diciembre 2020, página 105)

(1) Regla de Naegele

Al primer día de la última menstruación se le suman 7 días, a los meses se le restan tres meses y al año se le suma 1 año, si los días caen a partir del 01 de abril. (**Ejemplo:** FUM es 18 de febrero de 2021. FPP será 25 de noviembre de 2021.)

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

(2) Uso de Gestograma Gestograma (Foto 1)



- ① Preguntar el día de inicio de la última menstruación haciendo girar el disco amarillo, ubique la flecha roja en el lugar que corresponde a la última menstruación. (**Ejemplo:** FUM es 18 de febrero 2021, Foto 2)

Foto 2



**FUM es
18 de febrero de 2021**

- ② Mirar la franja donde marca la semana **40** y en la sección blanca le va a indicar la fecha probable de parto. (**Ejemplo:** FPP será 25 de noviembre 2021, Foto 3)

Foto 3



**FPP será
25 de noviembre de 2021**

- ③ Tendrá fácilmente a la vista la edad del embarazo en semanas, el día que necesite conocerlo. (**Ejemplo:** el día de la visita es 10 de mayo 2021, y la paciente ya tiene 11 semanas y 4 días (11 4/7 SG) de embarazo, Foto 4)

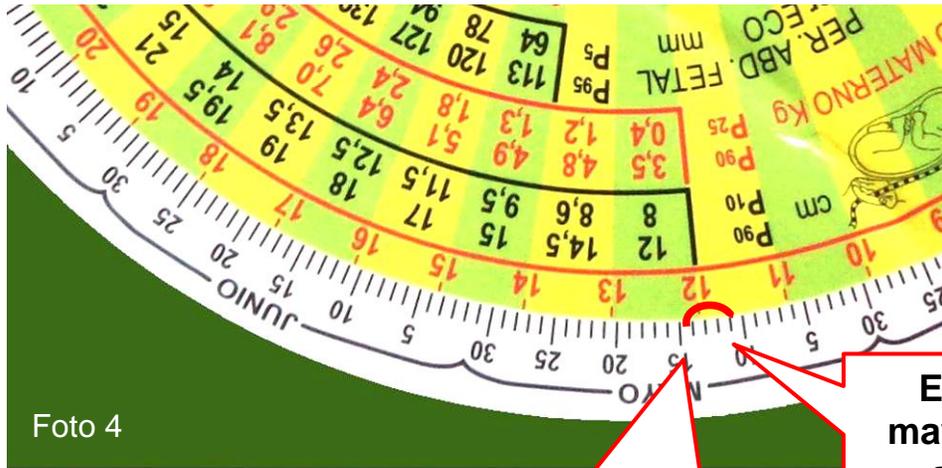


Foto 4

El día 6 de mayo tiene 11 semanas exactas

El día de la visita es **10 de Mayo** del 2021,
Con **11** semanas y 4 días de embarazo
(11 4/7 SG)



6.4 Anotación del resultado de la fecha de Última Menstruación (FUM), la fecha probable de parto (FPP) y la Edad Gestacional actual.

Las semanas cumplidas desde el primer día de la última menstruación hasta la fecha de la actual consulta. Comentar en caso de que se desconozca la FUM.

Ejemplo: Fecha de atención prenatal es **10/05/2021**, Edad gestacional **11 4/7**

(Ver Figura 9)

FUM es 18 /02/2021
FPP es 25 /11/2021

Figura 9

GESTACIÓN ACTUAL												
PESO ANTERIOR		TALLA (cm)	BAC	FUM	FPP	EG confiable por:	FUM ACT	FUM FRS	DROGAS	ALCOHOL	VIOLENCIA	VACUNAS
Kg		1		18/02/2021	25/11/2021							
EX. NORMAL		CERVIX	GRUPO	Rh	Immuna	TOXOPLASMOSS	Hb <20 sem	Hb ≥20 sem	SUPLEMENTO	Influenza		
ODONT		INSP. VISUAL	PAP	COLP.	Ygibulina 300 D	<12sem IgG	>11.0 g/dl	>11.0 g/dl	Fa	Fo	Fv	rubeola
MAMAS		PALUDISMO/ MALARIA	BACTERIURIA	GLUCEMIA EN AYUNAS	ESTREPTOCOCCO B	35-37 semanas	preparación para el parto	planificación lactancia materna	error para lo mas oportuno	rubéola		
VH-100 Tratamiento		TARV en uso	TARV en uso	TARV en uso	TARV en uso	TARV en uso	TARV en uso	TARV en uso	TARV en uso	TARV en uso	TARV en uso	TARV en uso
ATENCIONES ANTERIORES		edad gest.	peso	PA	altura uterina	preparación	FCF (p/m)	movim. fetales	proteína huna	ganancia de peso (KG)	US que realiza	signos de alarma, exámenes, tratamientos, USG



Tabla No.5 Esquema de Vacunación de la dT según el Programa Nacional de Inmunización. (Página 20. Normativa No.106 HCP, 2020.)

Tabla No.5 Esquema de vacunación de la dT.	
Dosis	Los intervalos indicados en el cuadro se refieren al tiempo mínimo aceptable entre vacunaciones; no existen intervalos máximos.
1ra dosis pentavalente	2 meses de edad
2da dosis pentavalente	4 meses de edad
3ra dosis pentavalente	6 meses de edad
4ta dosis DPT	18 meses o al año de la tercera dosis de la vacuna pentavalente
5ta dosis DPT	6 años
6ta dosis dT	10 años
7ma dosis dT	20 años, o primer embarazo en el caso de las mujeres

Nota: Según norma del PAI, desde la infancia las mujeres empiezan a recibir vacunas con componente toxoide. En el caso de una embarazada no ha recibido estas dosis primarias se deben aplicar una dosis en el primer embarazo, otra con intervalo de 4-8 semanas y una tercera dosis a los 6 a 12 meses de la segunda dosis.

(Normativa No.106 Manual para el Llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP), enero 2013, páginas 25-26)

(Normativa No.106 Manual para el registro de la Atención prenatal, parto, puerperio y neonato en la Historia clínica perinatal (HCP), diciembre 2020, página 20)

Las embarazadas y sus bebés están protegidos del tétanos asociado con el parto si la mujer recibió 6 dosis de dT a partir de la niñez o 5 dosis si empezó a ser vacunada en la adolescencia o la vida adulta (según la tarjeta o los registros o los antecedentes de vacunación) antes del comienzo de la edad fecunda.

Marcar no/si, en los círculos correspondientes, sobre el estado de vacunación de la embarazada y registre la fecha de (día, mes y año) de aplicación:

■ **Durante el embarazo**

- Si la mujer necesita completar esquema, marque con una **X** “durante el embarazo” y registre la fecha de vacunación día/mes/año y el número de dosis que ha recibido hasta la fecha, incluyendo la presente.
- Si la mujer no documenta antecedente de vacunación se debe iniciar el esquema, Marque con una **X** “durante el embarazo”, registre la fecha de vacunación día/mes/año. Se debe administrar al menos dos dosis antes del parto.
- Cuando no ha recibido ninguna dosis o cuando exista información poco

confiable acerca del número y fechas de administración de dosis previas, se deberá aplicar dos dosis durante el embarazo actual. De la siguiente manera:

- 1ra dosis en la captación prenatal.
 - Una 2da dosis 4 semanas después de la primera dosis a cualquier edad gestacional, o por lo menos, dos semanas antes de la Fecha Probable del Parto (FPP).
- Se debe marcar X en el recuadro correspondiente (si se aplica durante el embarazo o postparto/aborto), la fecha y número de dosis en la HCP y realizar análisis clínico en el expediente.

El esquema actualizado es el siguiente:

1ra dosis al contacto (captación).

2da dosis un mes después de la primera dosis (4 semanas).

3ra dosis 6 meses después de la segunda dosis.

4ta dosis un año después de la tercera.

5ta dosis un año después de la cuarta.

■ **Previa al embarazo**

- Si la mujer ha recibido la vacuna contra el tétanos previo al embarazo marque con una X “previo” y registre el número de dosis que ha recibido.
- Si hay evidencia que la mujer se aplicó 6 dosis desde la niñez o 5 dosis a partir de la adolescencia.
- Recibió 2 dosis en embarazo anterior y el embarazo actual está dentro de los 3 años de protección.
- Recibió 3 dosis en embarazo anterior y el embarazo actual está dentro de los 5 años de protección.
- Recibió 5 dosis a partir del embarazo anterior

(Normativa No.011 Tercera edición Normas y Protocolos para La Atención prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de bajo riesgo, diciembre 2020, páginas 111-112)

(Normativa No.106 Manual para el Llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP), enero 2013, páginas 26-27)

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

Ejemplo de registro de esquema de dT **Previo al embarazo.** (Ver Figura 11).

Figura 11

VACUNAS					día	mes	año	nº total dosis
	no	si previa emb.	si durante emb.	si postparto/aborto				
tétanos/difteria	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				06
influenza	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
rubeola	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>				

Ejemplo como registrar e interpretar en el expediente

Embarazada que asiste a su primer APN, presentando tarjeta de vacuna. Según registro de vacuna antitetánica la embarazada ha recibido 6 dosis de dT durante su vida, por tanto, tiene esquema completo de dT.

Ejemplo de registro de esquema de dT **durante el embarazo.** (Ver Figura 12).

Figura 12

VACUNAS					día	mes	año	nº total dosis
	no	si previa emb.	si durante emb.	si postparto/aborto				
tétanos/difteria	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	05	08	22	02
					07	07	22	
influenza	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
rubeola	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>				

Ejemplo como registrar e interpretar en el expediente

Embarazada que asiste hoy 07/07/2022 a su primer APN o captación, sin constar con tarjeta de vacuna, ni otro documento (HCP de embarazo anterior, epicrisis u otro) que evidencia la aplicación previa de vacuna antitetánica. Por ende, se aplica su primera dosis de dT para prevención del tétano neonatal. Embarazada asiste hoy 05/08/2022 a su segundo APN, donde se aplica una segunda dosis de dT para prevención del tétano neonatal.

- **Anti-Influenza:** Marcar en el espacio respectivo NO/SI, según su estado de vacunación. Registre la fecha de vacunación y registre la edad gestacional en semanas.

Las embarazadas son más propensas a presentar infecciones respiratorias debido a cambios fisiológicos que se producen en el aparato cardiorrespiratorio e inmunológico. La influenza en las embarazadas puede causar muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer y restricción del crecimiento intrauterino (RN pequeño para la edad gestacional).

Las vacunas contra la influenza son eficaces para prevenir la infección y reducir la gravedad de la influenza en la madre y el recién nacido. Las vacunas contra la influenza no deben administrarse a las embarazadas en estos casos:

- Si se ha producido una reacción anafiláctica confirmada a una dosis anterior de la vacuna.
- Si se ha producido una reacción anafiláctica confirmada a cualquier componente de la vacuna.
- Si existe hipersensibilidad anafiláctica confirmada a los huevos o sus derivados (las vacunas se preparan mediante cultivo en huevo).
- Si una anamnesis minuciosa no permite descartar reacciones anteriores no potencialmente mortales (p. ej., exantema u otras reacciones anafilactoides).
- Si la mujer presenta síntomas graves de asma (nivel 4 o superior) o sibilancias activas en el momento de la vacunación.

La vacunación contra la influenza se recomienda en cualquier momento del embarazo, para proteger tanto a la madre como al bebé. Hay que tener presente que deben transcurrir al menos dos semanas tras haber recibido la vacuna contra la influenza para que la madre quede protegida. Hasta ese momento, sigue en riesgo de contraer la enfermedad y de transmitirla a su recién nacido, vulnerable.

- **Anti-rubéola:** Preguntar, verificar con la tarjeta de vacunación y marcar en el espacio correspondiente y escribir la fecha de aplicación, (día, mes y año. (Puede preguntar: ¿Ha recibido alguna vez la vacuna contra la rubéola? ¿Ha recibido alguna vez la vacunas en las jornadas de vacunación? Si la respuesta es afirmativa, indagar ¿Cuándo? Es importante para prevenir anomalías congénitas en el denominado Síndrome de Rubeola congénito.

Alerta: Si la mujer no ha sido vacunada contra la rubeola, la aplicación de la vacuna debe diferirse hasta el puerperio inmediato (antes del alta), o en el postaborto inmediato. Toda mujer debe ser vacunada previo al embarazo y **NO se recomienda aplicarla durante el embarazo.**

(Normativa No.106 Manual para el registro de la Atención prenatal, parto, puerperio y neonato en la Historia clínica perinatal (HCP), diciembre 2020, páginas 21-22)

8. Examen odontológico y de mamas

8.1 Examen odontológico

(1) Anotación del resultado e interpretación

La atención odontológica en el embarazo es una oportunidad para promover la salud oral de la mujer y su familia. LA INFECCIÓN PERIODONTAL ESTA ALTAMENTE ASOCIADA CON NACIMIENTOS PRETERMINOS, BAJO PESO AL NACER Y PRE-ECLAMPSIA incluye diagnósticos como gingivitis (inflamación de los tejidos blandos alrededor del diente) y periodontitis (destrucción de las estructuras de soporte del diente – hueso, ligamentos, cemento, etc). La transmisión del *streptococo mutans* de la madre hacia el niño tiene efecto en la incidencia de caries dental en niños pequeños.

Examinar la cavidad oral y registrar si se observan caries o alteraciones en los tejidos blandos alrededor de los dientes (boca y lengua). Marcar según corresponda. Si el examen fuera anormal registrar "**no**" y referir al odontólogo. En caso de ser normal registrar "**si**". (Ver Figura 13 y 14). Enviar hoja para detalle de odontología.

(Normativa No.106 Manual para el Llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP), enero 2013, página 27)

(Normativa No.106 Manual para el registro de la Atención prenatal, parto, puerperio y neonato en la Historia clínica perinatal (HCP), diciembre 2020, páginas 22)

(Intervenciones Basadas en Evidencia para reducir la Mortalidad Neonatal 2da Edición diciembre 2009, MINSA-OPS, páginas 27-28)

Figura 13

The form is a detailed medical record for a pregnancy. It includes sections for:

- GESTACIÓN ACTUAL:** Weight, height, BMI, gestational week, and fetal weight.
- EX. NORMAL:** A section for routine exams, with 'ODONT.' (dentistry) and 'MAMAS' (breast exam) highlighted in a red box. 'ODONT.' has a yellow circle with a cross, and 'MAMAS' has a yellow circle.
- LABORATORIO:** Sections for toxoplasmosis, syphilis, HIV, and other blood tests.
- CLÍNICO:** Sections for malaria, bacteriuria, glucose, streptococcus, and other clinical findings.
- VACUNAS:** A section for recording vaccine status.

Ejemplo como registrar e interpretación en el expediente

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

8.2 Examen de mamas

(1) Registro del resultado e interpretación

Con este examen se busca identificar problemas que puedan afectar la posterior alimentación con leche materna (como pezones invertidos o planos, eventuales patologías tumorales evidentes y cirugías previas). Otros sugieren que el momento del examen puede brindar la oportunidad para discutir el tema de lactancia materna, ya que la lactancia materna dentro de la primera hora de vida del recién nacido evita hasta en un 22% las muertes neonatales.

Examen de Mamas: marcar "no" cuando el examen de mamas sea anormal, y "si" en caso contrario, ver Figura 14. Si se encuentran hallazgos en los siguientes controles, deberá registrarse en el expediente clínico.

(Normativa No.106 Manual para el Llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP), enero 2013, página 27)

Figura 14.

Ejemplo de llenado e interpretación de Examen odontológico y de mamas

The legend shows:

- EX. NORMAL**
- ODONT.:** A yellow circle with a black cross (no) and an empty white circle (si).
- MAMAS:** A yellow circle (si) and a blue circle with a white cross (no).

Ejemplo como registrar en el expediente

Al realizar examen físico de las mamas se observa: A la inspección y palpación de las mamas: aspecto de la piel normal, sin cambios de coloración, no hay calor, rubor, ni dolor, no masas, ni nódulos palpables, pezón evertido, sin secreción. No cirugías previas de la mama.
Examen de mamas sin alteraciones, pezón apto para lactar.

En el caso de una embarazada con pezón plano, se recomienda hacer ejercicios para ir preparándolos para la lactancia materna, como presionar la aréola entre el dedo índice y pulgar y tratar de estirar suavemente el pezón y las areolas de forma que formen una tetilla, orientar como sacar el pezón a partir de la identificación del problema, el cual debe verificarse en la primera APN. La preparación del pezón debe contraindicarse en caso de Amenaza de Parto Pretermino (APP).

9. Exámenes de laboratorio

9.1 Exámenes de laboratorio

(1) Identificación de los resultados de exámenes.

① Exámenes de sangre:

a. **Grupo:** Registrar en la casilla el grupo sanguíneo que corresponda (A, B, AB, O). Este examen es de suma importancia tenerlo siempre, ante cualquier complicación asociada a hemorragia para preparar la sangre necesaria, según el tipo de sangre de la paciente desde antes del traslado de una complicación obstétrica.

b. **Rh:** Marcar **(+)** si la mujer es Rh positivo y **(-)** si es Rh negativo. Se entiende que la mujer está **inmunizada** cuando tiene anticuerpos anti D. Si la mujer está inmunizada (tendrá positivo el test de Coombs indirecto y en ese caso se marcará **"Si"**, en caso contrario se marcará **"No"**.

c. **Gammaglobulina Anti D (Globulina anti D):**

- o La forma de disminuir la inmunización en mujeres gestantes se consigue con la aplicación de gammaglobulina anti-D dentro de las 72 horas postparto o aborto. La profilaxis prenatal con inmunoglobulina anti-D en embarazadas Rh negativas no sensibilizadas a las 28 y 34 semanas de gestación para prevenir la aloinmunización de Rh D es recomendada por múltiples guías nacionales, pero la evidencia que

sustenta a esta recomendación es débil.

- o Gestante Rh negativa con anticuerpos irregulares positivos: se efectúa diagnóstico de aloinmunización materna. En este caso se deberá referir a un nivel de mayor complejidad para descartar o confirmar la posibilidad de enfermedad hemolítica perinatal (afectación fetal).
- o Siempre y cuando una gestante Rh negativo, con prueba de Coombs negativo si durante el embarazo tiene un sangrado o procedimiento invasivo, se recomienda la inmuno profilaxis con una única dosis.

Esquemas de profilaxis:

- ❶ Genitorragia o maniobras invasivas en el primer trimestre: 50 a 120 mcg de gammaglobulina anti-D (I/M o I/V);
- ❷ Genitorragia o maniobras invasivas después del primer trimestre: 100 a 120 mcg de gammaglobulina anti-D (I/V); o 240 a 300 mcg de gammaglobulina anti-D (I/M).
- ❸ Posparto: 100 a 120 mcg de gammaglobulina anti D (I/V); o 240 a 300 mcg de gammaglobulina anti-D(I/M).

En la HCP se marca "Si", si siendo Rh negativo, no inmunizada recibió gammaglobulina anti D en el embarazo y si no la recibió se marcará "No". En caso de que la mujer sea Rh positivo o Rh negativo inmunizada se marcará "n/c" (no corresponde).

- d. **Toxoplasmosis: La Infección** por *Toxoplasma Gondii* durante el embarazo es relativamente frecuente y puede afectar gravemente el feto. Esta infección deja una inmunidad permanente y no se repite en embarazos siguientes. La medición de la IgG permite detectar pacientes susceptibles al *Toxoplasma Gondii*, es decir que tengan títulos positivos de IgG y por lo tanto hayan sufrido una infección antes del embarazo. Debe realizarse el estudio de la IgG específico desde la primera atención prenatal. La IgM implica una infección aguda actual por *Toxoplasma Gondii* y en la que se debe tratar inmediatamente. Según los resultados del Toxotest (IgG o IgM), se debe marcar una X en el círculo que corresponda. Especificando si el Toxotest fue realizado antes de las 12 semanas o de las 12 semanas de gestación en adelante. Marcar si se realizó o no IgM en la primera consulta de APN; detallando en caso de realizarse si el resultado es positivo o negativo.

Tabla 6. Análisis frente a diferentes situaciones en el tamizaje de toxoplasmosis.

Posibles resultados		Interpretación	Conducta
IgG	IgM		
⊖	⊖	No hay infección. Existe riesgo de contraerla	Comunicar medidas de protección. Eventual repetición de LgG según norma nacional.
⊖	⊕	Falso positivo o infección muy temprana.	Repetir para evaluar evolución por infección temprana o presencia de falso positivo.
⊕	⊖	Infección pasada.	Continuar control en forma habitual.
⊕	⊕	Infección actual.	Evaluar riesgo de infección fetal. Evaluar realización de tratamiento médico.
No se hizo	No se hizo	Riesgo desconocido.	Comunicar medidas de protección. Realizar tamizaje según norma nacional.

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

(Normativa No.011 Tercera edición Normas y Protocolos para La Atención prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de bajo riesgo, diciembre 2020, páginas 114, 133-134)

(Normativa No.106 Manual para el Llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP), enero 2013, páginas 28-29)

(Normativa No.106 Manual para el registro de la Atención prenatal, parto, puerperio y neonato en la Historia clínica perinatal (HCP), diciembre 2020, página 23)

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

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

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

Marcar el círculo amarillo "**no**" si no se indicó suplemento de hierro y ácido fólico y marcar el círculo blanco "**Si**" cuando se lo haya indicado. Se debe suplementar a toda embarazada desde la captación 30-60mg de hierro elemental + 0.4mg de ácido fólico por vía oral para prevención de la anemia en la embarazada y defectos del tubo neural en el bebé, en caso de anemia se debe indicar 120mg de hierro elemental + 0.8mg ácido fólico diario y dar seguimiento.

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

Se recomienda la desparasitación preventiva (desparasitación), utilizando **dosis única de albendazol (400 mg) o mebendazol (500 mg)** como una intervención de salud pública para las embarazadas que viven en áreas donde la prevalencia de anquilostomiasis y/o infección por *T. trichiura* es del 20% o más; y donde la anemia es un problema grave de salud pública con una prevalencia de 40% o más entre las embarazadas.

Dosis: Albendazol 1 dosis de 400 mg VO entre las 24 y 26 semanas (tercera APN). Los efectos de antiparasitarios, suplemento de hierro y ácido fólico son de suma importancia.

(Intervenciones Basadas en Evidencia para reducir la Mortalidad Neonatal 2da Edición diciembre 2009, MINSA-OPS, páginas 33-34)

(Normativa No.106 Manual para el Llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP), enero 2013, páginas 29-30)

(Normativa No.011 Tercera edición Normas y Protocolos para La Atención prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de bajo riesgo, diciembre 2020, páginas 136,162-163)

- f. **Infección por Virus de Inmuno Deficiencia Adquirida (VIH-Diag-tratamiento):** Se anotará en solicitado la consejería brindada por el personal de salud, a fin de que la usuaria tome una decisión informada para aceptar le sea tomada la prueba de VIH, antes de las 12 semanas de gestación, siendo la evidencia la hoja de consentimiento informado. También está indicada una segunda prueba a las 26 semanas de gestación.

Si la prueba es positiva en la embarazada, proceder de acuerdo al protocolo nacional (profilaxis con Antiretroviral), preparar el nacimiento oportuno por vía cesárea y manejo del recién nacido de acuerdo al

protocolo nacional.

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

- Cuando se trate de una gestante ya diagnosticada.
- Cuando la prueba no haya sido solicitada.
- Cuando se tratase de una gestante que se niega a realizarse la prueba habiendo sido esta solicitada.
- Cuando la paciente sea captada mayor de 20 semanas de gestación. Se anotará en el círculo amarillo "**s/d**" (sin datos), si la prueba fue solicitada y aún no se conoce el resultado.

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

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

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

(Intervenciones Basadas en Evidencia para reducir la Mortalidad Neonatal 2da Edición diciembre 2009, MINSA-OPS, página 28-29)

(Normativa No.106 Manual para el registro de la Atención prenatal, parto, puerperio y neonato en la Historia clínica perinatal (HCP), diciembre 2020, páginas 26-27)

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

Las pruebas de detección utilizadas pueden ser No Treponémicas (VDRL o RPR) o Treponémicas (FTAABS). Se sugiere que las pruebas de detección se realicen en dos oportunidades, una al momento de la

captación en la primera atención prenatal, antes de las 12 semanas de gestación y otra a las 26 semanas de gestación. En caso de prueba No Treponémica se marcará **(-)** cuando la prueba fue no reactiva, **(+)** si fue reactiva y **(s/d)** sin dato. En las pruebas Treponémicas se agrega la opción (n/c) cuando no corresponda (ej. recuerdo inmunológico de infección previa)

Registrar si recibió tratamiento o no en caso de tener resultado "+" y si la pareja también recibió dicho tratamiento. En ambos casos se deberá especificar si los resultados o el tratamiento fue en las primeras 12 o después de las 26 semanas de gestación.

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

- h. **Chagas:** La enfermedad de Chagas (infección por tripanosoma cruzi). Marcar el resultado de la prueba de Chagas (PCR), en el círculo asignado; Negativo **(-)** o Positivo **(+)**, así como si no se realizó dicha prueba. Según la normativa vigente del país, se les indicará a las mujeres embarazadas sintomáticas o que vivan en áreas endémicas de la región de acuerdo a comportamiento epidemiológico.
- i. **Paludismo/Malaria:** Marcar el resultado de la prueba de Paludismo/Malaria (Gota Gruesa), en el círculo asignado; Negativo **(-)** o Positivo **(+)**, así como si no se realizó dicha prueba. **Según la normativa vigente del país, se le indicará a las mujeres embarazadas sintomáticas o que vivan en áreas endémicas de la región de acuerdo a comportamiento epidemiológico.**
- j. **Glicemia en Ayunas:** registrar el valor de la glicemia obtenida (en miligramos por decilitro) en el rectángulo correspondiente. Realizar una prueba de glicemia en ayuna en la primera atención prenatal y otra prueba entre las 24 y 28 SG. Anotar el resultado obtenido de la glicemia en ayunas de la embarazada. Si la glicemia basal es igual o mayor a 92 mg/dL marcar X en el círculo amarillo (ALERTA). Previo a la toma de la muestra de glicemia, orientar a la embarazada que debe acudir a un Establecimiento de Salud por la mañana sin haber ingerido ningún tipo de alimentos. En caso de aborto no se anotará el dato mayor de 24

semanas.

- ✓ De encontrarse resultados de glicemia en ayuna mayor o igual a 92 mg/dl, la diabetes en la paciente embarazadas deberá ser clasificada y referida y/o consultada al especialista para su valoración, seguimiento y manejo.
- ✓ Antes de las 24 SG el diagnóstico requiere determinaciones de glicemia plasmática en sangre venosa; no debe realizarse con determinaciones de glucosa capilar. Solo si las pruebas indican diabetes pregestacional se debe hacer la confirmación con otra prueba en un día diferente (GPA, Glicemia al azar, HbA1C, o Prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa, PTOG) tomando en cuenta los valores según normativa.
- ✓ Después de las 24 SG para el diagnóstico se recomienda realizar la PTOG.

(Normativa No.077 Segunda edición Protocolo para el abodaje del Alto Riesgo Obsterico, febrero 2018, páginas 137-140)

(Normativa No.106 Manual para el Llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP), enero 2013, páginas 31-33)

(Normativa No.106 Manual para el registro de la Atención prenatal, parto, puerperio y neonato en la Historia clínica perinatal (HCP), diciembre 2020, páginas 24-25, 27-27)

② Examen de cérvix

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

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

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

recomendación de patología y marcar X en n/c (no corresponde)".

(Normativa No.106 Manual para el Llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP), enero 2013, página 28)

③ Examen de orina

Los elementos más frecuentes que se pueden identificar en la orina y permiten sospechar patologías durante el embarazo son: **proteínas, bacterias y glucosa**. La HCP permite registrar un examen de proteínas en la orina en cada atención prenatal, aunque con tres análisis es suficiente.

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

La precisión de las tiras reactivas para la detección de proteinuria (preeclampsia) y glucosuria (diabetes mellitus) es baja. **El cultivo de orina (chorro medio) es el estándar de oro para el diagnóstico de bacteriuria asintomática en el embarazo**. Sin embargo, este método tiene altos costos, requiere al mínimo de 3 días para obtener los resultados (cuando hay crecimiento bacteriano), requiere laboratorios confiables, personal altamente entrenado y no todos los establecimientos de salud disponen de él.

Para comprobar el diagnóstico de IVU en las embarazadas, se basa en la respuesta **inflamatoria (presencia de leucocitos en orina)** y bacterias (presencia de nitritos en orina), a través de las tiras de esterasa, por la rapidez, facilidad de realización y bajo costo. Por lo tanto, la presencia de nitritos indica actividad microbiana de bacilos gramnegativos como *Escherichia coli*.

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

Marcar con "x" el resultado de la prueba en el círculo asignado, se realizarán en tres momentos (primera consulta, 28 semanas y entre las 33 y 35 semanas). Se deberá realizar una prueba por cada atención prenatal. En caso de aborto no se anotará el dato de > de 20 semanas. Marcar " **Anormal** " cuando: Con Cintas de Esterasa Leucocitaria y Nitritos: se encuentren **Leucocitos Positivo más Nitritos Positivos**.

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

Examen de urocultivo positivo.

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

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

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

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

Figura 15

The form is titled "GESTACIÓN ACTUAL" and contains numerous fields for recording pregnancy data. Key sections include:

- Personal Data:** PESO ANTERIOR, TALLA (cm), BIC.
- Medical History:** EX. NORMAL, CERVIX, COONT, VAGIN, PAP, MAMAS, COLP.
- Diagnoses and Tests:** PALUDISMO/MALARIA, CHAGAS, BACTERIURIA (highlighted with a red box), GLUCEMIA EN AYUNAS, ESTREPTOCOCCO B, CONSEJERA.
- Immunizations and Supplements:** VACUNAS, SUPLEMENTO.
- Antenatal Care Table:** A table at the bottom with columns: día, mes, año, edad gest., peso, P.A., altura uterina, preparación, FCF (ppm), movim. fetales, presión (highlighted with a red box), ganancia de peso (KG), USG que realiza, APN, signos de alarma, exámenes, tratamientos, USG, inician/ quien atendió, próxima cita.

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

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

Ejemplo como registrar e interpretar en el expediente

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

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

(Normativa No.106 Manual para el Llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP), enero 2013, página 32)

(Normativa No.011 Tercera edición Normas y Protocolos para La Atención prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de bajo riesgo, diciembre 2020, páginas 137-138)

Ver Anexo No.9 (Toma de muestra de orina)

④ Examen para detectar diabetes mellitus clínica y gestacional

En general los casos de gestantes con DM que concurren al control antenatal suelen ser identificables por presentar antecedentes familiares de la enfermedad, sintomatología clínica, historia obstétrica con malos resultados o hallazgos obstétricos orientadores que permiten sospechar el diagnóstico. No es tan sencillo diagnosticar los casos de DG de la población general de embarazadas, para ello se requiere el empleo de procedimientos de detección.

En la primera consulta debe realizarse una valoración del riesgo de diabetes gestacional, para lo cual será necesario efectuar una correcta anamnesis y examen físico, intentando buscar o descartar los siguientes factores de riesgo (Ver Cuadro 2)

Cuadro 2. Factores de riesgo para Diabetes Gestacional

Antecedentes	Actuales
Presencia de diabetes en familiares de primer grado (padres, hijos, hermanos)	Obesidad al inicio del embarazo con índice de masa corporal (IMC) mayor de 30
Diabetes gestacional en embarazos anteriores	Ganancia excesiva de peso durante el embarazo
Muertes perinatales de causa desconocida	Preeclampsia (hipertensión inducida por el embarazo)
Abortos espontáneos a repetición de causa desconocida	Polihidramnios en el embarazo actual
Polihidramnios a repetición	Infecciones a repetición (ej: urinaria, genital)
Macrosomía (RN con peso \geq 4.000 g)	
Anomalías fetales	

La detección de factores de riesgo se utiliza en algunos entornos como una estrategia para determinar la necesidad de una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG 75 g 2 horas).

Como se especificará en el apartado anterior, la precisión de las tiras reactivas para la detección de glucosuria (diabetes mellitus) es baja. Sin embargo, glucosuria en las tiras reactivas de 2+ o superior en una ocasión, o 1+ en dos o más ocasiones pueden indicar DMG sin diagnosticar y, si esto se observa, podría considerarse la realización de una PTOG.

Glicemia en ayunas: Se recomienda realizar una glicemia en ayunas en la primera atención prenatal y aquellos entornos en los que no se cuente con la posibilidad de efectuar una PTOG entre las 24 y 28 semanas, una segunda prueba de glicemia en ayunas podrá ser la mejor alternativa para despistar la existencia de una diabetes gestacional. Por esa razón se incluyó en la HCP un recordatorio para efectuar una nueva glicemiaa principios del tercer trimestre.

La OMS en su última actualización de las guías de CPN sugiere valores de glicemia entre 92 y 125 mg/dL. Según la Normativa 077 Protocolo para el abordaje del alto riesgo obstétricos, se estipula el resultado de glucosa plasmática de ayuno \geq 92 mg/dL, se debe interpretar como Diabetes Gestacional (con un solo valor que exceda o iguale los puntos de corte, hace el diagnóstico de diabetes gestacional).

Prueba de tolerancia oral a la glucosa: hay acuerdo general en realizar una PTOG entre las 24 y 28 semanas de gestación como prueba de tamizaje para la diabetes gestacional.

- En los tres días previos se permitirá dieta libre.
- La mujer concurrirá al examen por la mañana y con un mínimo de 8 horas de ayuno.
- En reposo, sentada y sin fumar.
- Habiendo descartado infecciones en curso.
- Se extraerá muestra para glicemia en ayunas.
- Se darán a beber en no más de 5 minutos 75 g de glucosa diluidos en 250 a 300 ml de agua con 5 a 10 ml de jugo de limón.
- A las dos horas se obtendrá una segunda muestra de glucemia.

Se diagnosticará **Diabetes Gestacional** en cualquier momento del embarazo si se encuentran presentes uno o más de los siguientes criterios y para la detección, Ver figura 15.

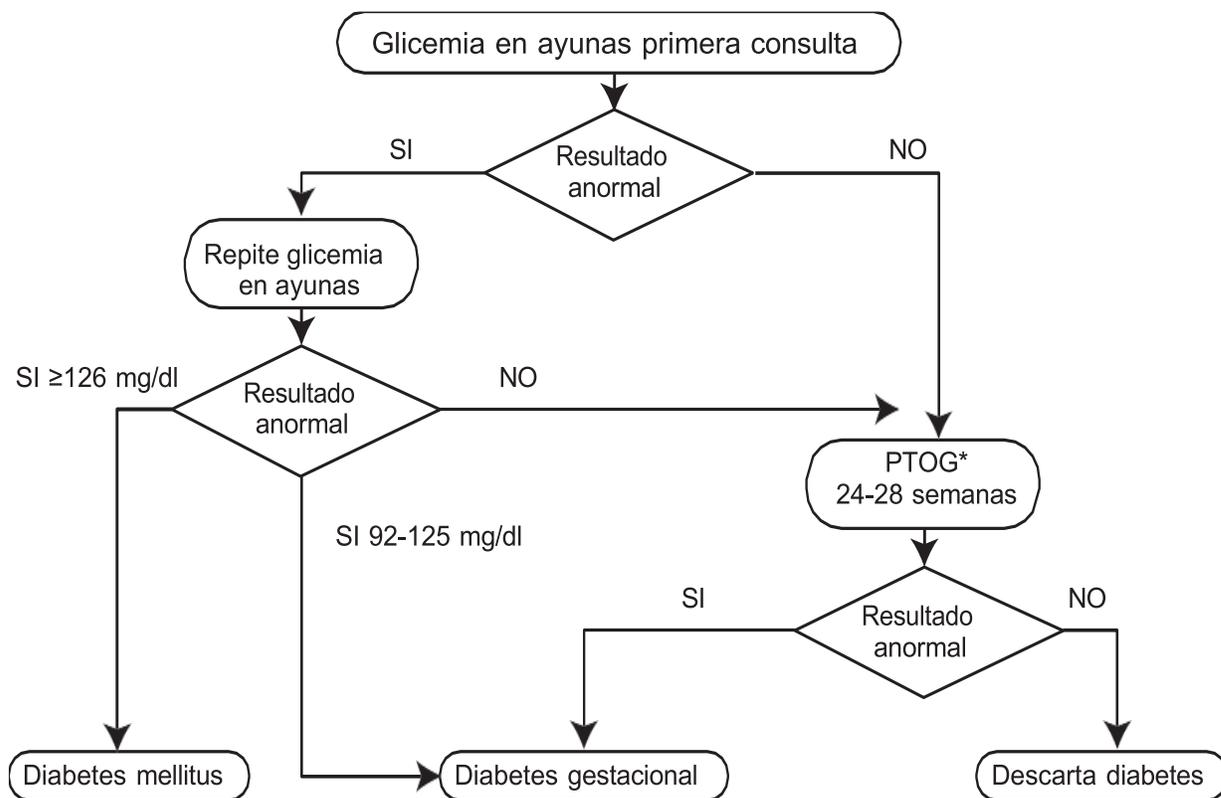
- **Glicemia en ayunas:** 92-125 mg/dL (OMS); o >100 mg/dL (NICE/ALAD);
- **PTOG (75 mg) (1 hora):** >180 mg/dL (OMS)
- **PTOG (75 mg) (2 horas):** 153-199 mg/dL (OMS); o >140 a 200 mg/dL (NICE/ALAD).

Se diagnosticará **Diabetes Mellitus** en cualquier momento del embarazo si se encuentran presentes uno o más de los siguientes criterios:**Glicemia en ayunas:** 126 mg/dL o > (OMS);

- **PTOG (75 mg) (2 horas):** 200 mg/dL o > (OMS)
- **Glicemia al azar de 200 mg/dL** o > en presencia de síntomas de DM (OMS).

El tratamiento de la DG es eficaz para reducir los resultados maternos y perinatales adversos, y suele implicar un enfoque escalonado de los cambios de estilo de vida (asesoramiento nutricional y ejercicio) seguido de agentes hipoglucemiantes orales o insulina, si es necesario.

Figura 16. Esquema escalonado de decisiones para la detección de la diabetes gestacional



(Normativa No.011 Tercera edición Normas y Protocolos para La Atención prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de bajo riesgo, diciembre 2020, páginas 141-143)

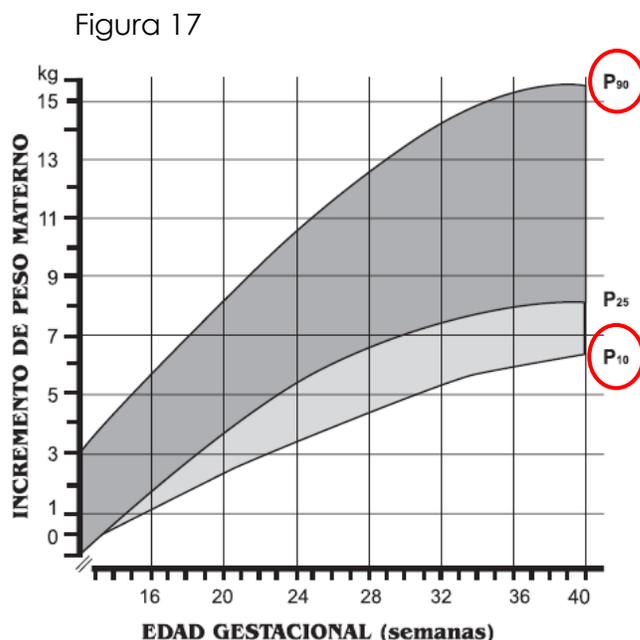


10. Evaluación e interpretación del estado nutricional en base al incremento de peso materno

10.1 Valoración del incremento de peso materno

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

① **Si conoce el peso pre gestacional o si la embarazada fue captada en las primeras 12 semanas de embarazo**, los valores de incremento de peso normal a utilizar están entre **los percentiles 25 y 90** (parte oscura del gráfico). Las mismas curvas nos dicen cuánto es el aumento normal de peso de la embarazada.



Ejemplo (Ver Figura 17)

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

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

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

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

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

(2) Leer tabla de incremento de peso

Ejemplo (Ver Tabla 7)

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

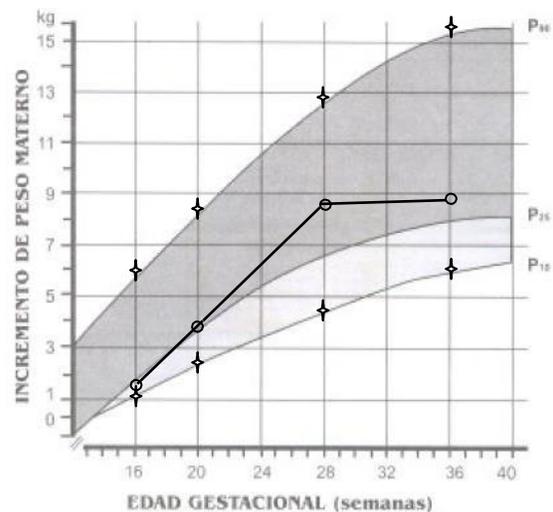
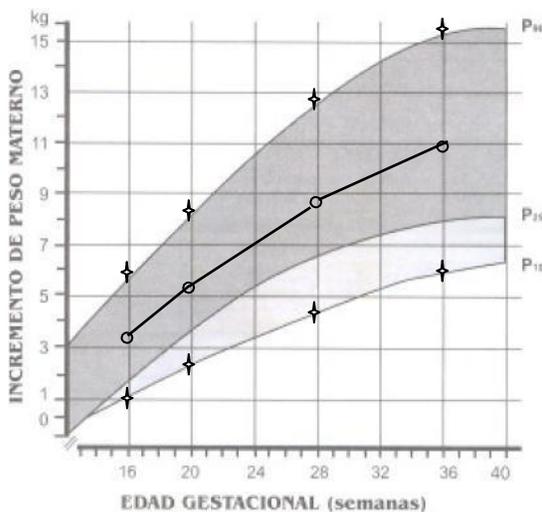
Tabla 7

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

Observe estos dos ejemplos de gestantes de **152 a 154 cm** de talla (Ver Figura 18), **en quienes se desconoce su peso pre-gestacional** y que fueron captadas a las 16 SG con citas subsecuentes para APN similares. En el ejemplo 1 hay buen progreso en la ganancia del peso materno. En el ejemplo 2, la gestante tenía malnutrición, la que mejoró en las dos APN siguientes, pero esta ganancia de peso se detuvo en el último periodo.

Figura 18

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



(Normativa No.106 Manual para el registro de la Atención prenatal, parto, puerperio y neonato en la Historia clínica perinatal (HCP), diciembre 2020, páginas 34-35)

(3) Manera de graficar incremento de peso materno

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

Ejemplo 1: 152cm, 54.3kg, 16SG

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

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

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

dividirán en partes iguales espacio comprendido entre p10, p90 en la semana 16 de gestación.
Ver Figura 19.

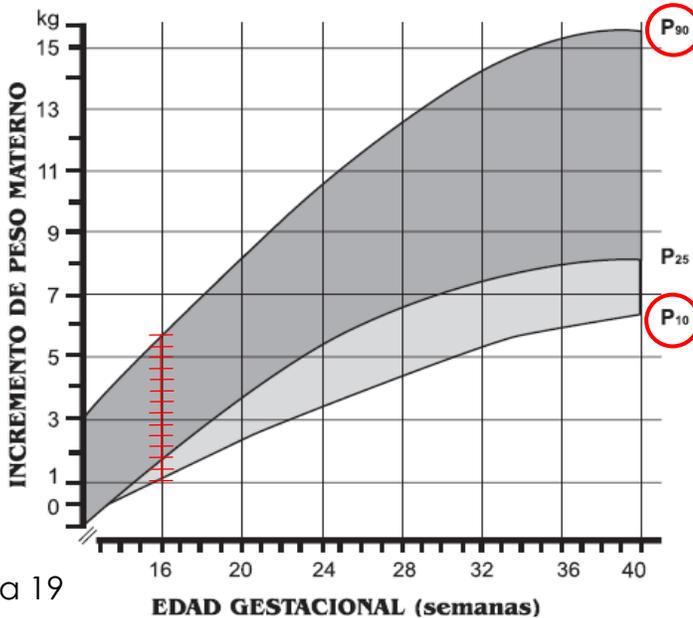


Figura 19

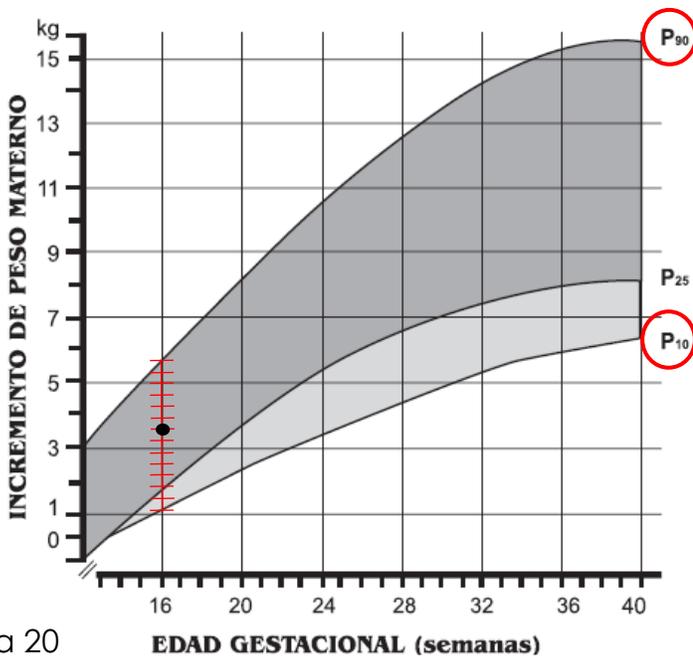


Figura 20

PASO 3:

Peso real - p10 = Y → 54.3 kg - 47.3 = 7, este valor será el punto donde se ubicará el punto basal en la división del espacio comprendido entre p10, p90. Ver Figura 20.

PASO 4:

En la siguiente grafica se aprecia la continuidad a las **20 SG**, a las **28 SG** y a las **36 SG**. Ver Figura 21.

A. 152 cm, 56.7 kg, 20 SG.

$$P_{90} - p_{10} = X \rightarrow 62.4 - 51.0 = 11.4 = \textcircled{11}$$

$$\text{Peso real} - p_{10} = Y \rightarrow 56.7 \text{ kg} - 51.0 = 5.7$$

B. 152 cm, 59.8 kg, 28 SG.

$$P_{90} - p_{10} = X \rightarrow 65.0 - 54.6 = 10.4 = \textcircled{10}$$

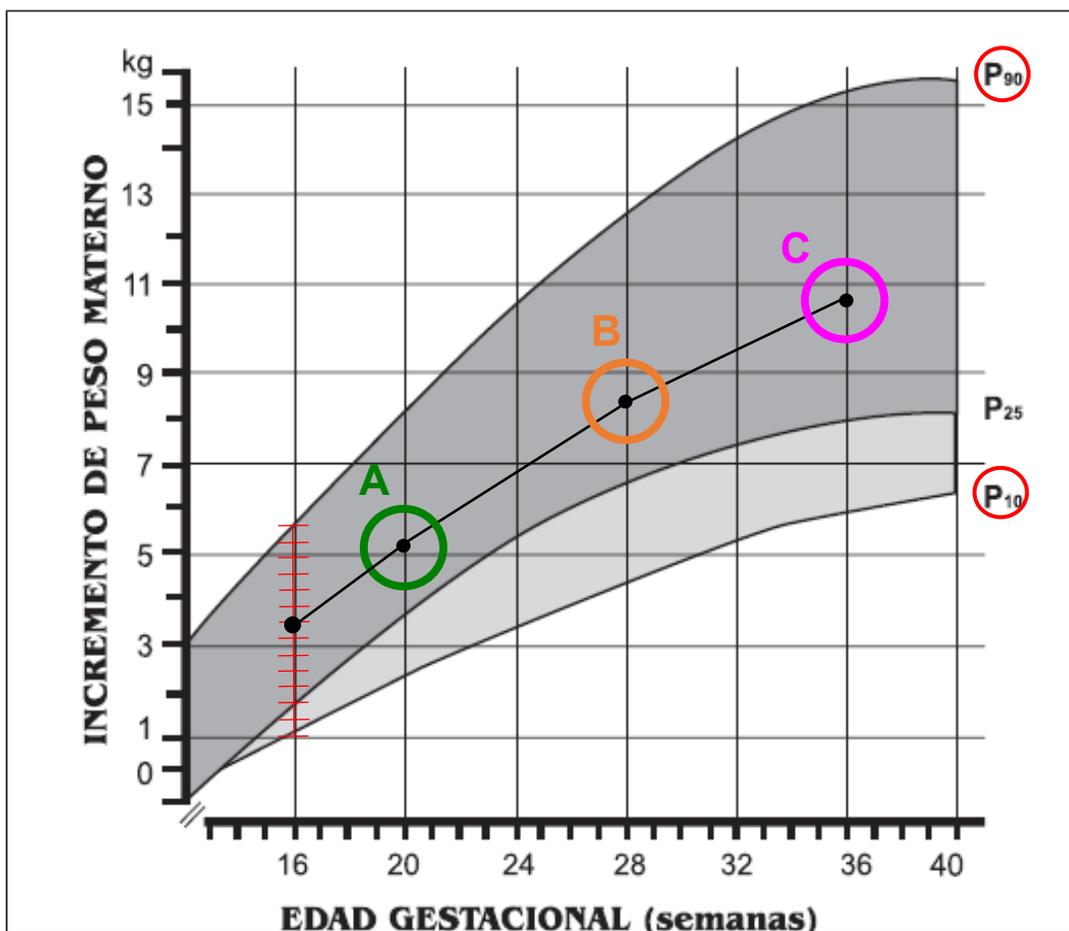
$$\text{Peso real} - p_{10} = Y \rightarrow 59.8 \text{ kg} - 54.6 = 5.2$$

C. 152 cm, 61.4 kg, 36 SG.

$$P_{90} - p_{10} = X \rightarrow 66.6 - 56.2 = 10.4 = \textcircled{10}$$

$$\text{Peso real} - p_{10} = Y \rightarrow 61.4 \text{ kg} - 56.2 = 5.7$$

Figura 21



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

(4) Anotación de resultados e interpretación.

Interpretación Ejemplo 1

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

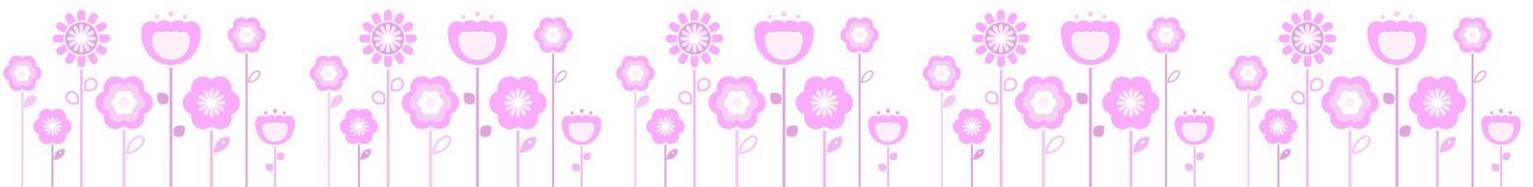
Ejemplo como registrar e interpretar en el expediente

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

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

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

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



11. Determinación de la presión arterial e interpretación

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

(1) Objetivos

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

(2) Equipo

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



(3) Procedimientos

- ① Realice higiene de mano antes y después de cada procedimiento.
- ② Verifique si el esfigmomanómetro está en buen estado y calibrado.
- ③ Prepare el equipo completo y trasládalo al cubículo de la persona.
- ④ Tome en cuenta alteración emocional o situación de dolor al momento de tomar la P/A.
- ⑤ El brazalete debe disponer de un sistema de cierre que permita una correcta sujeción al brazo. Un brazalete flojo puede determinar una falsa presión arterial.
- ⑥ Compruebe que la válvula de aire del equipo se abre y cierra fácilmente, que no queda aire residual en el manguito.
- ⑦ Determine la zona donde se va a realizar la toma de presión arterial, el lugar de elección es en miembros superiores, 2 a 3 cm por encima de la fosa cubital; en caso de imposibilidad, se considerará otra localización, como el muslo o tobillo.

- ⑧ No realice mediciones en extremidades con perfusiones intravenosas, traumatismos, zona de mastectomía, zonas de fístula arteriovenosa, con catéteres venosos o arteriales, ya que puede causar daño tisular, obstrucción de la perfusión y del catéter.
- ⑨ Recuerde que en cada brazo hay diferencias entre 5 a 10 mmHg.
- ⑩ Tome en cuenta consideraciones en las embarazadas.
- ⑪ En embarazadas a partir de las 20 semanas, se recomienda medir la P/A con la paciente colocada en decúbito lateral izquierdo o sentada. El paciente no debe hablar mientras se toma la P/A, expresando correctamente las cifras (ejemplo: 120/70 mmHg.)
- ⑫ La presión arterial diastólica por sí sola es un indicador exacto de hipertensión en el embarazo. La presión arterial elevada y la proteinuria definen la preeclampsia (**Norma 011, segunda edición, página 70**).
- ⑬ Compruebe la identidad de la paciente y mantenga una comunicación efectiva.
- ⑭ Preséntese ante la paciente brindando su nombre completo.
- ⑮ Explique a la paciente el propósito del procedimiento.
- ⑯ Preserve la privacidad y seguridad de la paciente.
- ⑰ Haga uso de los principios de ergonomía durante el procedimiento.
- ⑱ Coloque a la paciente en posición sentada o supina asegurándose de que haya estado en esa posición al menos cinco minutos previos a la toma de la presión arterial.
- ⑲ Coloque el brazo de la paciente con la palma de la mano hacia arriba si está en posición supina y en una base de apoyo si está sentada.
- ⑳ Identifique y palpe el pulso braquial, radial, poplíteo, tibial o pedio según la condición del paciente y coloque el brazalete 2 a 3 cm por encima del pulso.
- ㉑ Limpie las olivas del estetoscopio y coloque la membrana del estetoscopio previamente calentado sobre el área de localización del pulso.
- ㉒ Bombee la pera con rapidez hasta que la presión alcance 30 mm Hg más de la presión máxima esperada.

- ②③ Abra lentamente la válvula observando que la aguja del manómetro desciende 2 a 3 mm Hg por segundo e identifique la presión sistólica y diastólica.
- ②④ Si es la primera vez que se realiza esta valoración en la mujer embarazada, se repite en el otro brazo.
- ②⑤ Informe el resultado al paciente, en caso necesario y previo análisis de beneficios.
- ②⑥ Deje el equipo limpio y en orden.
- ②⑦ Se realiza antisepsia de mano según técnica.
- ②⑧ Haga anotaciones en HCP, expediente clínico y carné perinatal y comparar con las cifras anteriores y/o con los valores normales de presión media para esa edad.

Ver Anexo 10. (Técnicas para medir la presión arterial) y Imágenes de referencia Foto 5 y 6.



Foto 5.
Localización del pulso, colocación del diafragma del estetoscopio



Foto 6.
Medición de la presión arterial

(Normativa No.151 Manual de procedimientos Técnicos de Enfermería, enero 2019, páginas 37-38)

11.2 Conducta ante incrementos de Presión Arterial en el APN

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

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

(Normativa No.109, Segunda edición Protocolo para la atención de complicaciones obstétricas, septiembre 2018, capítulo SHG páginas 152-153)
(Normativa No.011 Segunda edición Normas y Protocolos para La Atención prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de bajo riesgo, noviembre 2015, paginas 70-71)

11.3 Anotación del resultado e interpretación en comparación con datos anteriores.

Ejemplo:

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

Ejemplo como registrar e interpretar en el expediente

Paciente clínicamente estable con vitalidad fetal se observa incremento de la presión sistólica en 30 mmHg en relación a su APN asociado a un aumento significativo de su peso que fue de 4 kg en 4 semanas, se ingresa a observación para toma de PA en 4 horas posteriores.

11.4 Interpretación ante presencia de Proteinuria durante la APN

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

(Normativa No.011 Normas y Protocolos para la Atención prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de bajo riesgo, agosto 2008, página 93)

Ejemplo: Continuación del ejemplo anterior (página 65).

Luego de cuatro horas con PA 120/70 mmHg, cinta de uroanálisis sin presencia de proteinuria, la paciente no refiere sintomatología.

Ejemplo como registrar el análisis en el expediente:

Paciente clínica y hemodinámicamente estable, se egresa y se brinda consejería sobre signos y síntomas de alarma de SHG, alimentación saludable y control de PA 2 veces por semana.

12. Medición de la altura uterina

12.1 Técnica para medir la altura del fondo uterino

(1) Objetivos

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

(2) Equipo

- Cinta obstétrica (Foto 7)

Foto 7



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

(3) Procedimientos

Preparación de la mujer embarazada

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

Medir la altura del fondo uterino con la cinta obstétrica (Foto 8)

- ① Localizar la sínfisis del pubis (hueso púbico) y medir hasta el fondo del útero.
- ② Colocar la cinta obstétrica (el anverso de color blanco) sobre la cara anterior del abdomen.

- ③ Se coloca el cero de la cinta sobre el borde superior del pubis con una mano, deslizando la cinta entre los dedos índice y mayor de la otra mano, hasta alcanzar el fondo uterino con el borde cubital de esa mano.

Foto 8. Técnica para medir la altura del fondo uterino con la cinta obstétrica

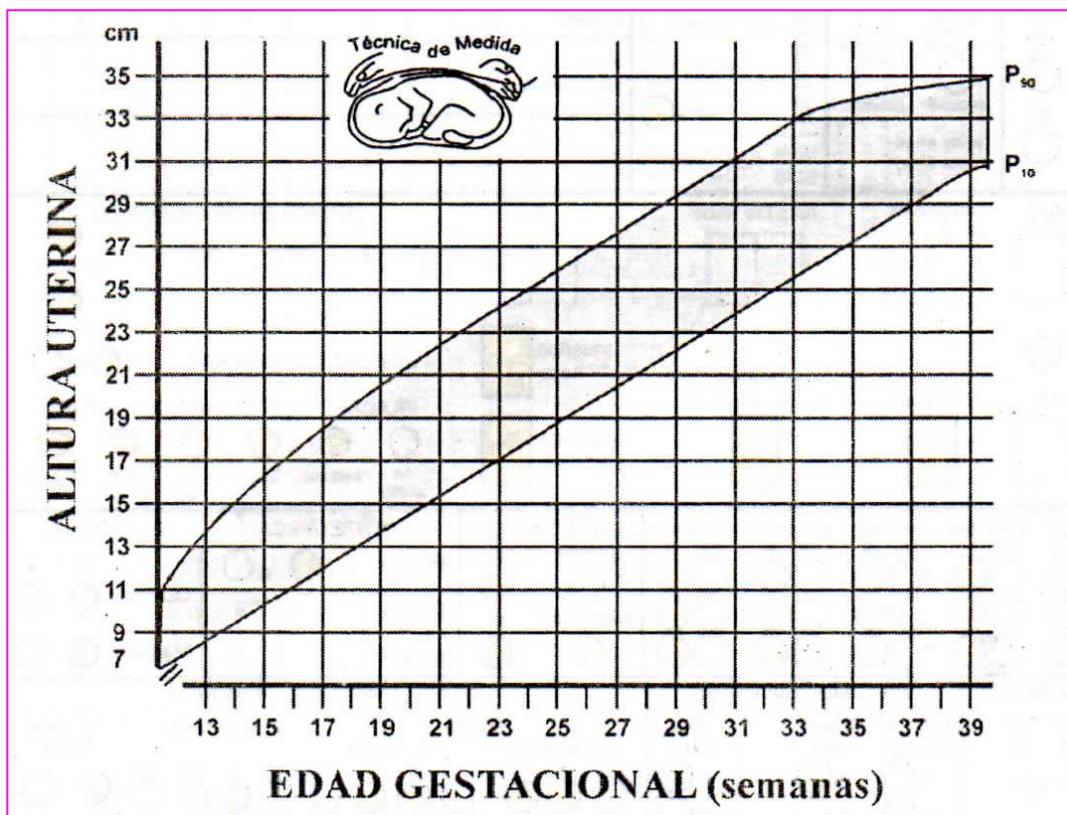


(Normativa No.011 Tercera edición Normas y Protocolos para La Atención prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de bajo riesgo, diciembre 2020 página 155)

Graficar de inmediato en el reverso de la HCP y del Carné Perinatal, el incremento de la altura uterina con un punto. Unir con una línea continua los puntos entre las APN realizadas. Los valores de incremento de peso normal están entre los percentiles 10 y 90. Las mismas curvas nos dicen cuánto es el incremento normal de la altura uterina de la embarazada.

Ejemplo (Ver Figura 22). a las 16 SG, el rango de incremento de altura uterina es de 12 a 17 cm, a las 20 SG es de 15 a 21 cm, a las 28 SG entre 22 y 27 cm, a las 36 SG entre 28 y 33 cm. Analice y tome decisiones diagnósticas de tratamiento y/o de referencia cuando haya un incremento exagerado de altura uterina, cuando haya disminución o la línea se haga plana.

Figura 22.



Correlacionar los valores de incremento de peso materno con los valores de la medición de altura uterina. (Ver Tabla 8 y 9)

(Normativa No.106 Manual para el registro de la Atención prenatal, parto, puerperio y neonato en la Historia clínica perinatal (HCP), diciembre 2020, página 35-36)

Tabla 8

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

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

(G): Información proveniente del Gestograma del CLAP.

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

Presión Arterial Normal: Todo el embarazo, madre sentada, en brazo derecho.
P5-P95 Sistólica: 95-135 mm Hg. **Diastólica:** 55-90 mm Hg

No. de Movimientos Fetales Percibidos por la madre en 2 horas (suma de 4 períodos de 30 min. En 1 día). **Valor Mínimo Normal entre 30-40 sem.:** 10 Movs.



Tabla 9

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

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

Ejemplo:

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

Ejemplo como registrar e interpretar en el expediente

Paciente que acude a su APN con 20 SG encontrándose al examen físico que la altura uterina corresponde con la edad gestacional, sin embargo, la ganancia de peso no corresponde al incremento de peso materno esperado, en las últimas 4 semanas solo incremento 1 kg de peso y debió incrementar, según P25 3.2 kg, P 90 8.2 kg, siendo necesario la valoración por el Nutricionista o Especialista y dar consejería nutricional basada en la Norma-029.

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

13.1 Técnica de las Maniobras de LEOPOLD

¿Que son las Maniobras de Leopold?

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

Objetivos

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

Procedimientos

(1) Preparación de la mujer embarazada.

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

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

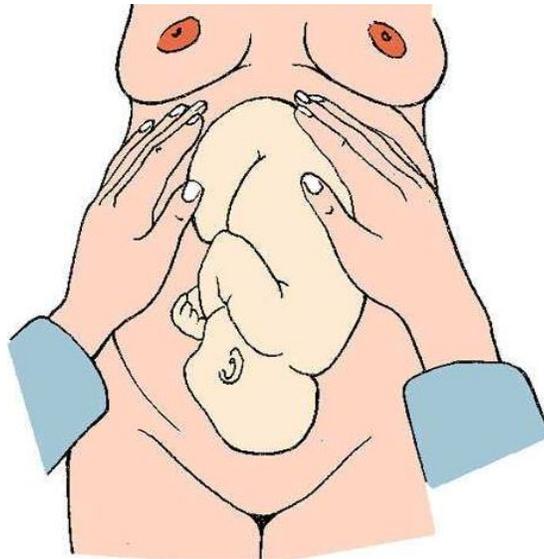
(2) Primera maniobra (Ver Figura 23)

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

Si es la cabeza: se palpa como una masa dura, lisa, esférico, regular y hay peloteo.

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

Figura 23



(3) Segunda maniobra (Ver Figura 24)

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

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

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

Figura 24

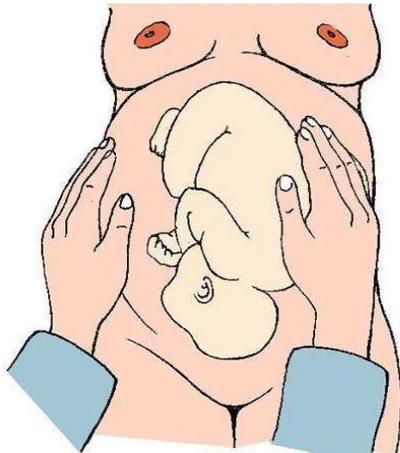


Figura 25



(4) Tercera maniobra (Ver Figura 25)

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

(5) Cuarta maniobra (Ver Figura 26)

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



Figura 26

A partir de las 28 semanas de gestación se deben de realizar las maniobras de Leopold para determinar **la situación y presentación** fetal. Resgistrándose en la HCP, examen físico de abdomen de la embarazada y en el avaluo del expediente clínico.

(Normativa No.011 Tercera edición Normas y Protocolos para La Atención prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de bajo riesgo, diciembre 2020, páginas 165-166)

Ejemplo: Paciente acude con 30 semanas de gestación.

Ejemplo como registrar e interpretar en el expediente

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

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

(1) Objetivos:

- Localizar la frecuencia cardíaca fetal.
- Confirmar la frecuencia cardíaca fetal normal (120~160 latidos por minuto).

- Detectar tempranamente la frecuencia cardiaca fetal fuera de los límites normales (por debajo 120 y por arriba de 160 latidos por minuto).

(2) Equipo

- Doppler
- Estetoscopio de Pinard
- Estetoscopio biauricular
- Reloj

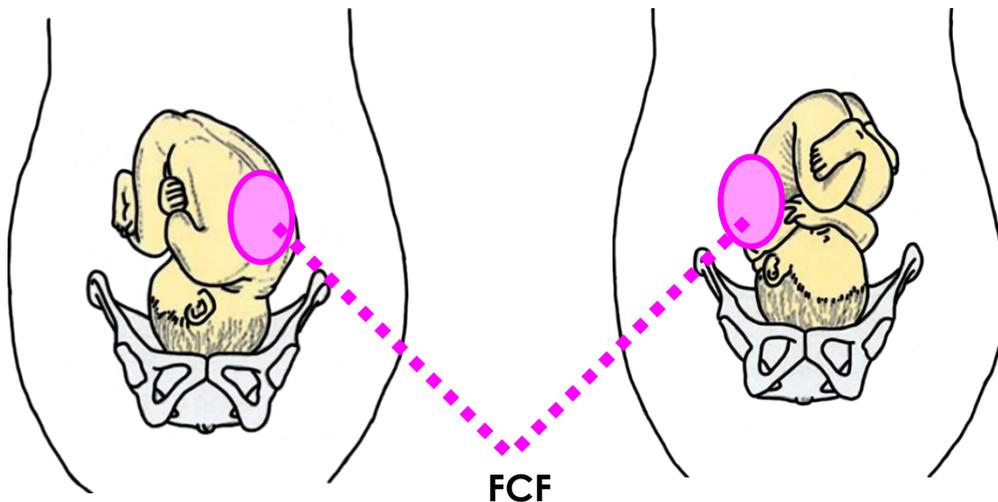
(3) Auscultación de la frecuencia cardiaca fetal (Ver Figura 27, 28 y 29)
Para auscultar la frecuencia cardiaca fetal, debe primero ubicar el Dorso Fetal.

Parte para auscultar la Frecuencia Cardiaca Fetal

Figura 27 **Feto con presentación Cefálica**

Feto con Dorso Izquierdo

Feto con Dorso Derecho

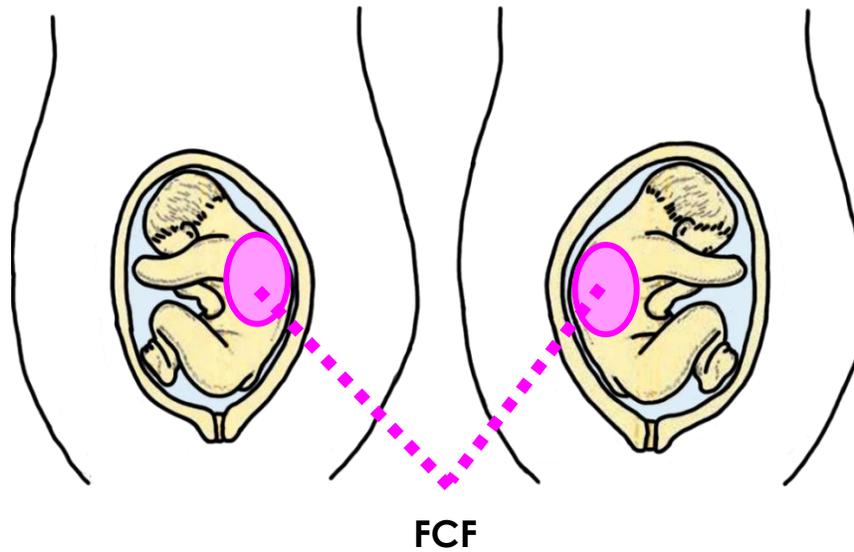


NOTA: El cuadro inserto en el Feto, nos orienta en el lugar donde se puede auscultar la FCF.

Figura 28 **Feto con presentación Pélvica**

Feto con Dorso Izquierdo

Feto con Dorso Derecho

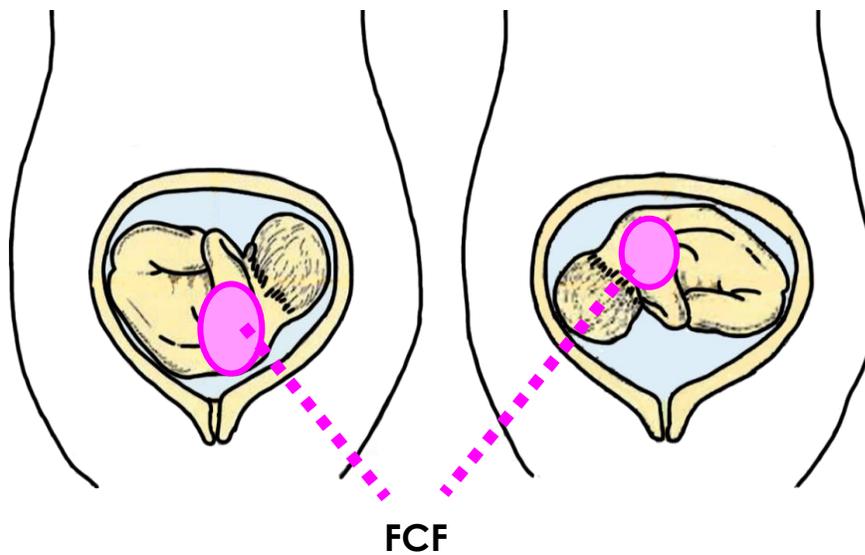


NOTA: El cuadro inserto en el Feto, nos orienta en el lugar donde se puede auscultar la FCF.

Figura 29 **Feto con Presentación Transversa**

Feto con Dorso Posterior Inferior

Feto con Dorso Anterior Superior



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

(4) Procedimientos:

Preparación de la mujer embarazada

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

Realizar las actividades siguientes

Uso de Doppler (Foto 9)

- ① Realizar la primera (presentación) y segunda (posición) de las Maniobras de LEOPOLD.
- ② Aplicar la punta de Doppler con gel sobre el abdomen materno.
- ③ Buscar la región donde se determinó la posición fetal.
- ④ Escuchar la frecuencia cardíaca fetal y contar los latidos del corazón fetal, cuyos valores permanecen entre 120 y 160 latidos por minuto.
- ⑤ A partir de las 12 semanas de embarazo se puede auscultar la frecuencia cardíaca fetal con Doppler.

(Normativa No.011 Tercera edición Normas y Protocolos para La Atención prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de bajo riesgo, diciembre 2020, página 146-147)



Uso de Estetoscopio de Pinard (Foto 10 y Figura 30)

- ① Buscar la región donde se determinó la posición fetal.
- ② Aplicar el estetoscopio perpendicularmente sobre el foco de auscultación que corresponde al hombro fetal anterior, localizado previamente por palpación.
- ③ La cabeza del examinador ejercerá una presión suave pero continua sobre el estetoscopio.
- ④ La mano libre tomará el pulso de la madre a fin de diferenciar los latidos maternos de los latidos fetales.
- ⑤ Se retira la mano que sujetaba el estetoscopio para no interferir con ruidos externos.
- ⑥ Esa mano, deberá colocarse sobre el útero para poder apreciar si hay contracciones.
- ⑦ El examinador contará los latidos (mientras observa un reloj) y los expresará en latidos por minuto.
- ⑧ Escuchar la frecuencia cardiaca fetal, la que debe permanecer entre 120 y 160 latidos por minuto.
- ⑨ A partir de las 20 semanas de embarazo se puede auscultar la frecuencia cardiaca fetal con el Estetoscopio de Pinard.

(Normativa No.011 Tercera edición Normas y Protocolos para La Atención prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de bajo riesgo, diciembre 2020, páginas 146-147)

Foto 10

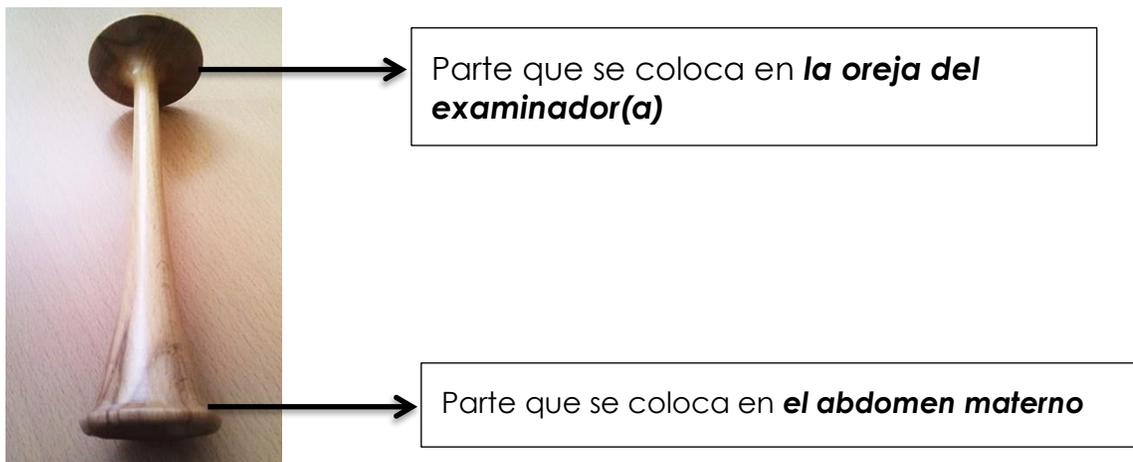
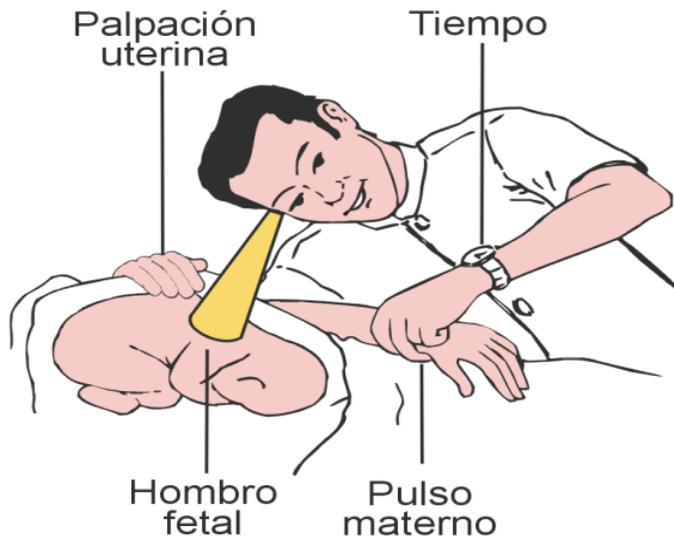


Figura 30

Auscultación de FCF con Estetoscopio de Pinard



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

(Normativa No.106 Manual para el registro de la Atención prenatal, parto, puerperio y neonato en la Historia clínica perinatal (HCP), diciembre 2020, página 36)

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

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

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

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

Ejemplo como registrar e interpretar en el expediente

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

14. Movimientos fetales después de las 18 semanas de gestación

14.1 Movimientos fetales

Es un elemento que indica vitalidad, los movimientos fetales se asocian con salud embriofetal. Los movimientos pueden ser observados muy precozmente por ultrasonografía, más tarde (segundo trimestre) son percibidos por la madre y luego palpados por un observador externo (Ver tabla 10).

Tabla 10. Detección de movimientos embriofetales

Edad gestacional (semanas)	Método
Desde las 7 – 9	Ecografía de tiempo real (transvaginal, transabdominal)
Desde las 12	Detector Doppler
Desde las 20	Percibidos por palpación abdominal (la madre puede percibirlos desde las 16-18 semanas, aunque en este caso, no se considera signo de certeza por la subjetividad del dato)

(1) Identificación de movimientos fetales

Las maneras de verificar los movimientos fetales son:

① Percepción maternal

- Las gestantes perciben los movimientos fetales a edades gestacionales variables según la agudeza y umbral individual para apreciarlos. Las primíparas lo hacen entre las 18 y 20 semanas y las multíparas algunas semanas antes.
- A partir de las 20 semanas, el prestador de salud deberá interrogar en la consulta prenatal sobre la percepción de movimientos fetales en las últimas 24 horas y si estos tienen una frecuencia normal.
- El promedio horario de movimientos fetales percibidos por la madre tiene grandes variaciones individuales. Los fetos pasan por períodos

alternados de actividad (promedio 40 minutos) y de reposo (promedio 20 minutos) que influyen sobre la cantidad de movimientos percibidos por la mujer. Hay otros factores capaces de producir variaciones en la duración de estos períodos, entre los cuales se citan tabaquismo, algunos medicamentos, la actividad física, el momento del día, la edad gestacional, etc.

- El límite inferior de la normalidad se estima en 10 movimientos en 12 horas o 4 movimientos en una hora.
- La pesquisa diaria de movimientos fetales, como el uso de las cartas de recuento de 10 patadas, solo se recomienda en el contexto de investigaciones rigurosas, en particular para entornos con una alta prevalencia de muertes fetales no explicadas.

② Palpación abdominal por un observador

- En condiciones normales, los movimientos suelen percibirse a partir de las 20 semanas.
- Con la gestante en decúbito lateral izquierdo y la mano del observador sobre el abdomen durante algunos minutos. Si no se perciben los movimientos después de unos minutos, puede estimularse externamente al feto moviéndolo a través de la pared abdominal materna.

③ Ecografía u ultrasonido (USG)

- los movimientos fetales pueden ser advertidos a partir de la séptima semana o incluso antes en exploraciones transvaginales, y a partir de la novena semana o antes en exploraciones transabdominales.

(Normativa No.011 Tercera edición Normas y Protocolos para La Atención prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de bajo riesgo, diciembre 2020, páginas 145-146)

(2) Anotación de los resultados

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

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

Ejemplo como registrar e interpretar en el expediente

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

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

(Normativa No.106 Manual para el registro de la Atención prenatal, parto, puerperio y neonato en la Historia clínica perinatal (HCP), diciembre 2020, página 36)

Además, en este texto se anexan los siguientes instrumentos:

1. Anexo No.5 (Cronología de las tareas propuestas para las atenciones prenatales de bajo riesgo)
2. Anexo No.6 (Acciones específicas y tareas propuestas para las atenciones prenatales)
3. Anexo No.12 (Instrumentos para el monitoreo de indicadores de calidad de Proceso de Atención de Salud, Atención Prenatal)

NORMATIVAS UTILIZADAS:

1. *Normativa No.011 Normas y Protocolos para la Atención prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de bajo riesgo, agosto 2008*
2. *Normativa No.29, Normas y Guía de Alimentación y Nutrición, para embarazadas, puerperas y niñez menor de cinco años, octubre 2009*
3. *Intervenciones Basadas en Evidencia para reducir la Mortalidad Neonatal 2da Edición diciembre 2009, MINSA-OPS*
4. *Normativa No.106 Manual para el Llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP), enero 2013*
5. *Normativa No.011 Segunda edición Normas y Protocolos para La Atención prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de bajo riesgo, noviembre 2015*

6. *Normativa No.29 segunda edición Norma y Guía de Alimentación y Nutrición, para embarazadas, puerperio y niñez menor de seis años, noviembre 2016*
7. *Normativa No.109, Segunda edición Protocolo para la atención de complicaciones obstétricas, septiembre 2018, capítulo SHG*
8. *Normativa No. 077 Segunda edición Protocolo para el abordaje del Alto Riesgo Obstétrico, febrero 2018*
9. *Normativa No.151 Manual de procedimientos Técnicos de Enfermería, enero 2019*
10. *Normativa No.011 Tercera edición Normas y Protocolos para La Atención prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de bajo riesgo, diciembre 2020*
11. *Normativa No.106 Manual para el registro de la Atención prenatal, parto, puerperio y neonato en la Historia clínica perinatal (HCP), diciembre 2020*

15. Anexos

- Anexo N° 1 Historia Clínica Perinatal (Anverso)
- Anexo N° 2 Historia Clínica Perinatal (Reverso)
- Anexo N° 3 Carné de la Historia Clínica Perinatal (Reverso)
- Anexo N° 4 Formulario de Clasificación del Riesgo Criterios para Clasificar el Riesgo en la Atención Prenatal
- Anexo N° 5 Cronología de las tareas propuestas para las atenciones prenatales de bajo riesgo
- Anexo N° 6 Acciones específicas y tareas propuestas para las atenciones Prenatales
- Anexo N° 7 Formato para realizar evaluación odontológica en la embarazada
- Anexo N° 8 Control de resultados de ultrasonidos básicos en toda embarazada
- Anexo N° 9 Toma de muestra de orina
- Anexo N° 10 Técnicas para medir la presión arterial
- Anexo N° 11 Hoja de monitoreo de toma de presión arterial
- Anexo N° 12 Instrumentos para el Monitoreo de Indicadores de Calidad de Procesos de Atención de Salud



Anexo No. 2

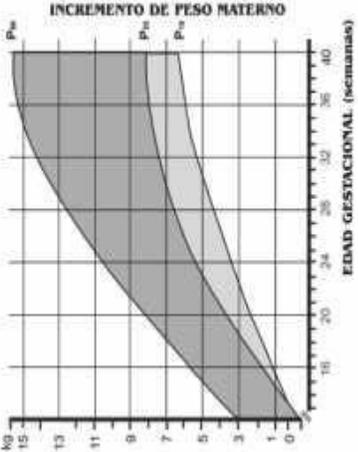
Historia Clínica Perinatal (Reverso)

MORBILIDAD															
TRASTORNOS HIPERTENSIVOS				INFECCIONES				HEMORRAGIA							
1º TRIMESTRE				2º TRIMESTRE				3º TRIMESTRE							
Hipertensión crónica	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sepsis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Post aborto	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ruptura uterina	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pre eclampsia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Endometritis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mola hidatiforme	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hemorragia postparto	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pre eclampsia grave	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concomitante	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Embarazo ectópico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Atonía uterina	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eclampsia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bacteriuria asintomática	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Placenta previa	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Desgarros	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
HELLP	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Otra infección	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Acretismo placentario	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rozos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hipertensión gestacional	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>					DPPN	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Defecto de coagulación	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hipertensión crónica + PE sobrepregada	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>												
TRASTORNOS METABÓLICOS				OTROS TRASTORNOS				COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS							
DIABETES MELLITUS	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hipertensión gravídica	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Parto obstructivo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Polihidramnios	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tolerancia oral a la glucosa anormal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trombosis venosa profunda	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ruptura prematura de membranas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pérdida del bienestar fetal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
D.M. insulino dependiente previa	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tromboembolismo pulmonar	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Oligomnios	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Restricción de crecimiento intrauterino	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
D.M. no insulino dependiente previa	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Embolia L.A.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Otro	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>				
D.M. gestacional	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cardiopatía	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>								
Estado hipoglucémico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Valvulopatía	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>								
hiperemoliar	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Arritmias	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>								
Hipoglucemia sintomática	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alteración del estado de conciencia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>								
Cetocidosis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>												
Estado hiperglicémico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>												
INTERVENCIONES															
Alumbramiento manual	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Vía venosa central	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Laparotomía (excluye cesárea)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Traje antishock no neumático	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uterotónicos para tto. Hemorragia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Administración de hemocomponentes	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ingreso a UCI	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Balones hidrostáticos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
								Uso de ATB IV para tto. de complicación infecciosa	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Suturas B-Lynch o similares	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
												Ligaduras hemostáticas de las arterias uterinas/hipogástricas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
												Embolizaciones	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
												Histerectomía	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
VARIABLES PARA IDENTIFICAR CASOS DE NEAR MISS															
CRITERIOS CLÍNICOS / DISFUNCIÓN ÓRGANO-SISTEMA				LABORATORIO				INTERVENCIONES							
Cardiovascular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Renal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Laboratorio	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Administración continua de agentes vasoactivos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Shock	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Oliguria resistente a líquidos o diuréticos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Plaquetas < 50.000 por ml	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Paro cardíaco	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hematológicos/coagulación	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Creatinina ≥ 300 micromoles/l o ≥ 3.5 mg/dl	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Intubación y ventilación no relacionada con la anestesia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepático	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alteraciones de la coagulación	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bilirrubina > 100 micromoles/l o > 6.0 mg/dl	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Transfusión	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ictericia en pre-eclampsia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Neuroológico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	pH < 7.1	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Administración ≥ 3 vol de hemoderivados	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Respiratorio	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Coma	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sat Hb < 90% ≥ 1 hora	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ingreso a UCI	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cianosis aguda	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Inconsciencia prolongada >12 h.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	PaO ₂ /FIO ₂ < 200 mmHg	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Histerectomía	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Respiración jadeante (gasping)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Accidente cerebro vascular	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lactato > 5 μmol/L o 45 mg/dl	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dialisis en caso de IRA	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taquipnea severa FR > 40 rpm	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Convulsiones incontrolables/ estado de mal epiléptico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>					Reanimación cardio-pulmonar	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bradipnea severa FR < 6 rpm	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Parálisis generalizada	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>								
día	Temp °C	P.A.	FC	invol. uter.	logios	perin	lactancia	observaciones	Responsable	EGRESO MATERNO		FECHA		CONDICIÓN AL EGRESO	
1º										día | mes | año	hora | min	sana	NA	o/patología	muerte
2º										TIPO DE EGRESO		lugar		Traslado	
3º										fallece durante o en lugar de traslado	fallece durante o en lugar de traslado	no	sí	Autopsia	
2º a 10º										no	sí	no	sí	no	
Lugar de seguimiento:				Fecha de día de seguimiento:				ANTICONCEPCIÓN				Inicio MAC			
Responsable:				ACC (píldora)				Otro hormonal (infr. vagina, patch, etc)				EDV (masc.)			
CONSERVA anticoncepción				ACC (píldora)				Otro hormonal (infr. vagina, patch, etc)				EDV (masc.)			

(Normativa No.011 Tercera edición Normas y Protocolos para La Atención prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de bajo riesgo, diciembre 2020, página 196)

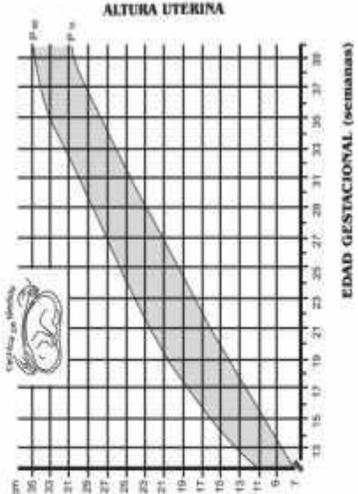
Anexo No. 3

Carné de la Historia Clínica Perinatal (Reverso)



INCREMENTO DE PESO MATERNO

EDAD GESTACIONAL (semanas)



ALTURA UTERINA

EDAD GESTACIONAL (semanas)



Tome las vitaminas que entregarán en su unidad de salud.

garantiza una buena lactancia.

día	Temp. C	P.A.	FC	nivel del líquido	presión	latido	observaciones	Vaginitis
1ª								
2ª								
3ª								
4ª y 5ª								

ESQUELO MATERNO	FECHA	CONDICIÓN AL ESPESO	vena	PA	control	ruete
1a - 1a	1a - 1a		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TPO DE ESPESO: saliva contra control agudo dolor

ANTICONCEPCIÓN: Inicio ANC no sí pref. acord. DU

ACO "glóbulos": pref. acord. Dosis hormonal pref. acord. EGV medic. pref. acord.

inyectable: pref. acord. barrera (otro) pref. acord. EDV lam pref. acord.

implante: pref. acord. condón pref. acord. abstinencia pref. acord.

Lugar de seguimiento: _____ Fecha de ctd de seguimiento: _____ día _____ mes _____ año

CONSEJERÍA: anticoncepción sí no ninguna Responsable: _____



República de Nicaragua
Ministerio de Salud
Carné Perinatal



ASISTA AL HOSPITAL EN CASO DE:


CESÁREA ANTERIOR


FUERTE DOLOR DE CABEZA


SANGRADO


FIEBRE


PERDIDA DE LÍQUIDO


DOLOR DE PANTO


FIEBRE (CALENTURA)

Nombres: _____

Dirección: _____

Unidad de Salud: _____

Teléfono: _____

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

Su parto debe ser atendido en la Unidad de Salud.

(Normativa No.011 Tercera edición Normas y Protocolos para La Atención prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de bajo riesgo, diciembre 2020, página 198)

Anexo No.4

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

Nombres y Apellidos: _____ Número de Expediente Clínico: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

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

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

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

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

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

Fecha: _____ Nombre: _____ Firma: _____

(Personal responsable de APN)

(Normativa No.011 Tercera edición Normas y Protocolos para La Atención prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de bajo riesgo, diciembre 2020, página 55)

Anexo No. 5

Cronología de las tareas propuestas para las atenciones prenatales de bajo riesgo

Tareas	Semanas de gestación							
	12*	16 - 20	24 - 26	30	34	36	38	40
	1.a	2. a	3. a	4. a	5. a	6. a	1 EI	2 EI
Prueba de embarazo	X							
Cálculo de la amenorrea	X		X	X	X			X
HCP y evaluación de riesgo	X	X	X	X	X	X	X	X
Llenado de la HCP, Carné perinatal, SIP Plus y Formulario de clasificación del riesgo	X	X	X	X	X	X	X	X
Anamnesis y examen clínico completo	X	X	X	X	X	X	X	X
Investigar estilos de vida de riesgo: alcohol, tabaquismo y violencia	X	X	X	X	X	X	X	X
Ecografía	X&	X&&						
Talla - Calculo del IMC**	X							
Peso corporal e interpretación del incremento de la ganancia de peso uterino	X	X	X	X	X	X	X	X
Vacuna antitetánica/difteria/tos ferina***	X	X						
Detectar toxoplasmosis*****	X			X				
Detección de VIH	X		X			X		
Detección sífilis	X		X			X		
Detección de Chagas	X							
Detección de paludismo	X							
Detectar infección por Estreptococo B#						X		
Detectar susceptibilidad a la rubéola	X							
Examen odontológico	X			X###				
Examen de mamas	X							
Ex. ginecológico, PAP, colposcopia****	X							
Detección de infecciones vaginales	X	X	X	X	X	X	X	X
Grupo sanguíneo y factor Rh	X		X ##					
Determinación de hemoglobina	X		X			X		
Suplementación con hierro y ácido fólico	X	X	X	X	X	X	X	X
Descartar bacteriuria	X		X		X			
Detectar diabetes	X		X					
Diagnóstico de vida fetal: movimientos y latidos cardiacos fetales		X	X	X	X	X	X	X
Determinar situación y presentación fetal				X	X	X	X	X
Evaluación del crecimiento fetal, medición e interpretación de la altura uterina		X	X	X	X	X	X	X

Determinación e interpretación de la presión arterial	X	X	X	X	X	X	X	X
Tamizaje para predicción de parto prematuro (ecografía transvaginal)		X&&&						
Evaluación del líquido amniótico			X	X	X	X	X	X
Contenidos educativos para el parto, lactancia, PF, plan de parto, casa materna	X	X	X	X	X	X	X	X
Consejería y provisión de anticoncepción	X	X	X	X	X	X	X	X

* Las actividades programadas para el primer contacto se deberán realizar siempre, independientemente de la edad gestacional al momento de la consulta.

EI: Evaluación Integral

** Solo en primer APN.

*** Si se sospecha que la gestante no volverá o porque así lo indica la norma nacional, se podrá vacunar antes de la semana 20.

**** Lo más precozmente posible o según norma nacional.

***** Según norma nacional.

Según norma nacional.

En RH negativas.

Esta segunda evaluación odontológica se aconseja entre las 26 y 32 SG si las condiciones del E/S

lo permiten.

& Ecografía del primer trimestre (antes de las 13.6 SG)

&& Ecografía estructural entre las 18 y 22 SG según la disponibilidad de cada institución y personal entrenado

&&& Ecografía transvaginal entre las 18 y 24 SG para tamizaje de parto pretérmino

(Normativa No.011 Tercera edición Normas y Protocolos para La Atención prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de bajo riesgo, diciembre 2020, página 91)

Anexo No.6

Acciones específicas y tareas propuestas para las atenciones prenatales

Acciones específicas	Tareas propuestas
1. Confirmar el embarazo.	1.1 Realización de exámenes clínicos y paraclínicos para diagnosticar embarazo.
2. Mejorar la calidad del cuidado prenatal.	2.1 Utilización de algunas tecnologías apropiadas.
3. Obtener datos para planificar el cuidado prenatal, la atención del parto, el puerperio y el recién nacido.	3.1 Uso de la Historia Clínica Perinatal/Carné Perinatal. 3.2 Empleo del Sistema Informático Perinatal.
4. Conocer información relevante del embarazo.	4.1 Anamnesis. Evaluación del riesgo perinatal. 4.2 Interrogatorio sobre estilos de vida de riesgo: tabaquismo (activo y pasivo), drogas, alcohol y violencia.
5. Fijar un cronograma que permita planificar las consultas y las actividades de la atención prenatal.	5.1 Determinación de la edad gestacional y de la fecha probable de parto. 5.2 Ecografía del primer trimestre
6. Evaluar el estado nutricional materno.	6.1 Medición del peso y de la talla materna. 6.2 Cálculo del incremento de peso durante la gestación. 6.3 Orientación nutricional.
7. Evitar infecciones prevenibles por inmunización.	7.1 Tétanos. 7.2 Influenza.
8. Evitar otras infecciones de transmisión vertical durante el embarazo.	8.1 Toxoplasmosis. 8.2 VIH. 8.3 Zika. 8.4 Sífilis. 8.5 Enfermedad de Chagas. 8.6 Paludismo. 8.7 Estreptococo del grupo B.
9. Evitar otras infecciones.	9.1 Moniliasis vulvo-vaginal. 9.2 Vaginosis bacteriana. 9.3 Tricomoniasis. 9.4 Gonococia. 9.5 Clamidiasis. 9.6 Herpes simple.
10. Detectar posibles procesos sépticos bucodentales.	10.1 Examen bucodental.

11. Detectar posibles alteraciones del pezón, patología inflamatoria y/o tumoral de la mama.	11.1 Examen de las mamas.
12. Descartar cáncer de cuello, lesiones precursoras y evaluar la competencia cervical.	12.1 Examen genital, colpocitología oncológica, colposcopia.
13. Pesquisar una posible incompatibilidad sanguínea materno-feto-neonatal.	13.1 Determinación del grupo sanguíneo y el factor Rh.
14. Prevenir, detectar y tratar la anemia materna.	14.1 Determinar niveles de hemoglobina. 14.2 Administración de hierro y ácido fólico.
15. Descartar proteinuria, glucosuria y bacteriuria.	15.1 Examen de orina y urocultivo. 15.2 Urocultivo para la detección de bacteriuria asintomática. 15.3 Tratamiento de la bacteriuria asintomática.
16. Detectar diabetes mellitus clínica y gestacional.	16.1 Determinación de glicemia y prueba de tolerancia oral a la glucosa.
17. Brindar contenidos educativo-informativos para el parto y la crianza.	17.1 Preparación para el parto. 17.2 Consejería para el amamantamiento. 17.3 Consejería y promoción de anticoncepción.
18. Confirmar la existencia de vida fetal.	18.1 Pesquisar movimientos fetales. 18.2 Detectar latidos cardíacos fetales.
19. Anticipar el diagnóstico y prevenir el parto prematuro.	19.1 Evaluar el patrón de contractilidad uterina.
20. Pesquisar alteraciones de la presión arterial.	20.1 Hipertensión previa al embarazo. 20.2 El síndrome de hipertensión inducida por el embarazo (preeclampsia). 20.3 Hipotensión arterial.
21. Descartar alteraciones en el crecimiento fetal.	21.1 Evaluación del crecimiento por medición de la altura uterina, ganancia de peso materno, ecografía.
22. Detectar precozmente el embarazo múltiple para prevenir sus complicaciones.	22.1 Diagnóstico del número de fetos y corionicidad.
23. Pesquisar presentaciones fetales anormales.	23.1 Examen de presentación fetal.
24. Detectar posibles distocias pélvicas.	24.1. Evaluación de la pelvis.
En cada APN brindar consejería en LM, plan de parto, planificación familiar, alimentación y nutrición durante el embarazo, uso de la casa materna, parto institucional e identificación de señales de peligro durante el embarazo, parto, puerperio y del/la RN, prevención de ITS y VIH y prevención de VBG.	

(Normativa No.011 Tercera edición Normas y Protocolos para La Atención prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de bajo riesgo, diciembre 2020, página 92)

Anexo No. 7 Formato para realizar evaluación odontológica en la embarazada
MINISTERIO DEL PODER CIUDADANO PARA LA SALUD

Formato periodontograma de la embarazada

SILAIS: _____

Fecha: / /

Nº de Cedula: _____

Nombres y Apellidos: _____

- | | | | |
|-----------------------------|----------|-------------------------|---|
| 1. Ausente | φ | 8. Migración, Extrusión | D→ |
| 2. Cavidad | 0 | 9. Puente |  |
| 3. Área de Descalcificación | * | 10. Área Periapical |  |
| 4. Impactación de Alimentos | ↑ | 11. Hipoplasia | H |
| 5. Contactos Abiertos | // | 12. Sobreobturación | L |
| 6. Movilidad | M1-2-3-4 | 13. Extraída | X |

BUCCAL

DIRECCION

SUP. 

INF. 

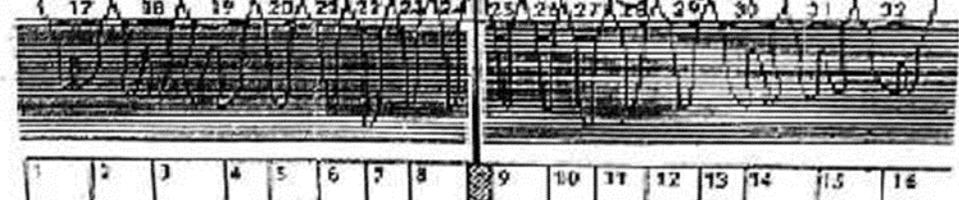
SUP. 

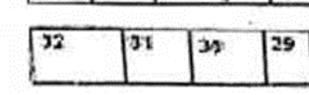
INF. 

LINGUAL

DIRECCION

SUP. 

INF. 

SUP. 

INF. 

VITALIDAD Y MOVILIDAD

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17

(Normativa No.011 Tercera edición Normas y Protocolos para La Atención prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de bajo riesgo, diciembre 2020, página 199)

Anexo No. 8

**REPÚBLICA DE NICARAGUA
MINISTERIO DE SALUD**

CONTROL DE RESULTADOS DE ULTRASONIDOS BASICOS EN TODA EMBARAZADA

SILAIS:		Municipio:		U/S:		Expediente:	
Nombre:		Edad:	Gesta	Parto	Aborto	Cesarea	
Ecografía temprana / Revisión de marcadores		Ecografía de revisión morfológica básica		Ecografía de crecimiento fetal		US Evolutivo	
11 - 13.6 semanas		18 - 22 semanas		28 - 32 semanas		> 34 sem (Si es necesario)	
Fecha		Fecha		Fecha		Fecha	
Edad gestacional		Edad gestacional		Edad gestacional		Edad gestacional	
Vitalidad fetal		DBP		DBP		DBP	
LCR mm/EG		CC		CC		CC	
TN		CA		CA		CA	
Hueso nasal		LF		LF		LF	
Plexos coroides		Fetometria		Fetometria		Fetometria	
Craneo		Peso fetal		Peso fetal		Peso fetal	
Raquis		FCF		FCF		FCF	
Corazón		Craneo		Craneo		Craneo	
Pared abdominal		Cerebelo		Atrios (< 10 mm)		Perfil y labio superior	
Estomago		Cisterna magna (<10 mm)		CSP		4 camaras	
Vejiga		Atrios (< 10 mm)		Cristalinos		Tractos de salida	
4 miembros		CSP		Perfil y labio superior		3 vasos	
Placenta		Cristalinos		4 camaras		Pared abdominal	
Liquido amniotico		Perfil y labio superior		3 vasos		Estomago	
Cordon umbilical		4 camaras		Diafragma		Riñones	
A. uterinas		3 vasos		Pulmones		Vejiga	
Longitud cervical		Diafragma		Pared abdominal		Raquis	
Revision		Pulmones		Estomago		4 miembros	
Responsable		Pared abdominal		Riñones		Placenta	
Observaciones		Estomago		Vejiga		Liquido amniotico	
		Riñones		Raquis		Cordón umbilical	
		Vejiga		4 miembros		Longitud cervical	
		Raquis		Placenta		Revision	
		4 miembros		Liquido amniotico		Responsable	
		Placenta		Cordón umbilical		Observaciones	
		Liquido amniotico		Longitud cervical			
		Cordón umbilical		Revision			

		A. uterinas		Responsable			
		Longitud cervical		Observaciones			
		Revision					
		Responsable					
		Observaciones					

(Normativa No.011 Tercera edición Normas y Protocolos para La Atención prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de bajo riesgo, diciembre 2020, página 200)

Toma de muestra de orina

El personal de salud debe recomendar a la usuaria los siguientes pasos para la toma de muestra de orina, para el Examen general de Orina o Urocultivo (Técnica del Chorro Medio)

Preparación para la toma de muestra de orina

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

Técnica para la toma de muestra de orina

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

Figura A



Figura B



Figura C



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

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

(Normativa No. 077 Segunda edición Protocolo para el abordaje del Alto Riesgo Obstétrico, febrero 2022, página 201)

Técnicas para medir la presión arterial

La presión arterial varía en las personas a lo largo de las 24 horas. Los factores que influyen son las emociones, la actividad física, la presencia de dolor, estimulantes como el café, tabaco, algunas drogas, etc. Los tipos de brazaletes más empleados tienen las siguientes dimensiones de la cámara hinchable:

Adultos:

- ✓ 12 cm (anchura) x 23-24 cm (longitud). Para brazos normales.
- ✓ 15 x 31 cm o 15 x 39 cm: para personas obesas.
- ✓ 18 x 36 a 50 cm: para personas muy obesas o para tomar la PA en las piernas.
- ✓ Un manguito pequeño sobreestima las cifras de PA y un manguito demasiado grande las infravalora. En caso de duda es preferible utilizar un manguito tan grande como sea posible.

Toma de la presión arterial: consideraciones previas

- La mujer debe permanecer 20 minutos en reposo sentada, antes de la toma y que este hidratada.
- Posición sentada (posición recomendada para las tomas habituales), con el antebrazo del miembro superior que corresponde a la mano hábil, apoyado y extendido a la altura del corazón.
- Posición acostada poniendo el brazo donde vaya a medir la TA apoyado y horizontal a la altura del corazón.
- Colocación del manguito de esfigmomanómetro desinflado en la mitad del brazo; la porción inflable deberá cubrir la cara interna del brazo. El borde inferior del manguito deberá situarse a 5 cm del pliegue del codo.
- Búsqueda por palpación del latido arterial en la parte interna del pliegue; allí se apoyará la cápsula del estetoscopio biauricular.
- Insuflación del manguito hasta 20 mm por encima de la medida en que se dejaron de percibir los latidos.
- Apertura lenta de la válvula de esfigmomanómetro y disminución de la presión del manguito a una velocidad de 3 mm por segundo.
- Registrar el valor de aparición de los latidos como presión arterial máxima sistólica.
- El valor correspondiente a la desaparición de los latidos se registrará como presión arterial mínima o diastólica.
- En embarazadas a partir de las 20 semanas, se recomienda medir la TA con la mujer colocada en decúbito lateral izquierdo o sentada.
- La mujer no debe hablar mientras se toma la TA.
- Expresar correctamente la TA como cifras de (TAS/TAD) y en ese orden (ej:120/70 mm Hg).

Método auscultatorio:

- Determine el tamaño adecuado del manguito del esfigmomanómetro: anchura: 2/3 partes de la longitud del brazo.
- Palpe la arteria braquial en la flexura del brazo (fosa ante cubital, cara interna).
- Coloque el manguito por encima de la flexión a (a 2-3 cm sobre ésta), centrando las flechas marcadas sobre el mismo a lo largo de la arteria braquial y ajustándolo perfectamente al brazo desnudo de la mujer (no lo ponga encima de la ropa).
- Retire prendas que compriman el brazo y evite extremidades con vía IV, fístula arteriovenosa, traumatismos, zona de mastectomía, o zona de parálisis o paresia después de un EVCA (Enfermedad Vasculo-Cerebral Aguda).
- Desinfle el manguito completamente y envuelva con él la parte superior del brazo de forma uniforme y cómoda.
- Palpe la arteria braquial, sitúe el diafragma del estetoscopio sobre ella y sujételo con los dedos 2º y 3º de su mano (No sujete la campana del estetoscopio con el manguito). Cierre la válvula del esfigmomanómetro en la dirección de las agujas del reloj. Infle el manguito rápidamente hasta que llegue a una presión aproximada de 200 mmHg. Abra la válvula lentamente, a un ritmo de descenso de la aguja de entre 2 y 3 mmHg por segundo (desinflar demasiado rápido el manguito puede dar una infraestimación de la PAS y una sobrevaloración de la PAD).
- Anote el punto del manómetro en el que se escuchan los primeros sonidos claros (Presión Sistólica: PAS), y el momento en que se amortiguan o desaparecen (Presión Diastólica: PAD).
- Si al abrir la válvula comienza inmediatamente a escuchar los primeros sonidos, desinfle rápidamente el manguito y comience de nuevo, aumentando la presión del manguito por encima de los 200 mmHg, ya que la Presión Sistólica estará por encima de dicha cifra.

Método por palpación:

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

(Normativa No.011 Tercera edición Normas y Protocolos para La Atención prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de bajo riesgo, diciembre 2020, páginas 202-203)

Hoja de monitoreo de toma de presión arterial

Ministerio de salud

HOJA DE MONITOREO DE TÉCNICA DE TOMA PRESIÓN ARTERIAL

Establecimiento de Salud

Fecha de visita:

No	Criterios	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No	Si/No
1	Cumple con higiene de manos y la preparación de equipo completo de toma de signos vitales.											
2	Verifica si el equipo está en buen estado y calibrado.											
3	Sienta cómodamente al paciente (posición recomendada donde vaya a medir la presión arterial apoyado en una superficie y miembro horizontal a la altura del corazón).											
4	Explica al paciente el procedimiento en el que incluye que no debe de hablar mientras se toma la tensión arterial y espera 5 minutos para iniciar el procedimiento.											
5	Toma en cuenta recomendaciones en la toma de presión arterial y embarazo de acuerdo con Normativa 011, segunda edición.											
6	Retira prendas que compriman el brazo y evita extremidades con una vía intravenosa.											
7	Determina el tamaño adecuado del manguito del esfigmomanómetro: anchura: 2/3 partes de la longitud del brazo.											
8	Palpa la arteria braquial en la flexura del brazo (fosa antecubital, cara interna).											
9	Coloca el manguito por encima de la flexión (2-3 cm sobre esta) centrando las flechas marcadas sobre el mismo a lo largo de la arteria braquial y ajustándolo perfectamente al brazo desnudo del paciente (no lo ponga encima de la ropa del paciente).											
10	Desinfla el manguito completamente y envuelva con él la parte superior del brazo de forma uniforme y cómoda.											
11	Palpa la arteria braquial, sitúa el diafragma del estetoscopio sobre ella y lo sujeta con los dedos 2 y 3 de su mano (no sujete la campana del estetoscopio con el manguito). Cierra la válvula del esfigmomanómetro en la dirección de las agujas del reloj. Infla el manguito rápidamente hasta que llegue a una presión aproximada de 200mmHg. Abre la válvula lentamente, a un ritmo de descenso de la aguja entre 2 y 3 mmHg por segundo (desinflar demasiado rápido el manguito puede dar una infraestimación de la PAS y una sobrevaloración de PAD).											

El presente documento, fue elaborado por el Comité Técnico de Salud Materno-Infantil en SILAIS Chontales y Zelaya Central en el marco del proyecto SAMANI (2015 - 2019) y ha sido revisado y actualizado con el Comité Técnico de Salud Materno-Infantil de La Dirección General de Servicios de Salud basado en las Normativas Vigentes del MINSA, con el apoyo Técnico y Financiero de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA)

Proyecto de Mejoramiento de la Atención Primaria de Salud mediante el Fortalecimiento del
Modelo de Salud Familiar y Comunitaria
Proyecto Vida, Salud y Fuerza

Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA)

