



Lineamientos y directrices de enfermería para la mejoría de la calidad de la atención prenatal en embarazos de bajo riesgo en América Latina y el Caribe



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Lineamientos y directrices de enfermería para la mejoría de la calidad de la atención prenatal en embarazos de bajo riesgo en América Latina y el Caribe



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Unidad de Salud de la Mujer y Materna
Iniciativa Regional de Reducción de la Mortalidad Materna
Área de Salud de la Familia y la Comunidad

Unidad de Organización de Servicios de Salud
Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud



Federación Panamericana de Profesionales
de Enfermería (FEPPEN)

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud

Lineamientos y directrices de enfermería para la mejoría de la calidad de la atención prenatal en embarazos de bajo riesgo en América Latina y el Caribe

Washington, D.C: OPS, © 2004.

ISBN 92 7 532557 X

I. Título II. Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN)

1. ATENCIÓN PRENATAL
2. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO
3. ANÁLISIS DE RIESGO
4. CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD
5. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
6. AMÉRICA LATINA
7. REGIÓN DEL CARIBE

NLM WQ 175

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a la Unidad de Salud de la Mujer y Materna, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Washington, D.C., Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, reimpresiones y traducciones ya disponibles.

©2004 Organización Panamericana de la Salud

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene, no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra mayúscula.

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) en el marco del subsidio Proyecto Prioridades en Salud LAC-G-00-98-00012, Iniciativa Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna.

Nota: deseamos aclarar que en este documento se ha utilizado el género femenino en todas las ocasiones en que el texto puede referirse a personas tanto de género masculino como femenino. Esta medida obedece exclusivamente a razones de simplificar el texto y no connota ninguna preferencia.

Colaboradoras principales

Sandra Andreoni, FEPPEN
Odalea Maria Bruggemann, FEPPEN
Alma Virginia Camacho, OPS/OMS
Tamara I. Cianciarullo, FEPPEN
Sandra Land, OPS/OMS
Maria Alice Tsunechiro, FEPPEN
Eucléa Gómez Vale, FEPPEN

Agradecimientos

Se agradece el aporte y la revisión de todas las Asociaciones Nacionales de Enfermería Miembros de FEPPEN, así como de los expertos que contribuyeron en la revisión del documento. Agradecemos el aporte de Ricardo Fescina de la OPS/OMS y de las siguientes profesionales: Hilda Baca, Aurora Benavides Huerta, Hilda Bonilla, Evangelista Cáserez, Alicia Cillo, Ana Gladys Labandera, Norberta López Olguín, María Mercedes Pérez, Eva Reyes Gómez, Lita Ríos e Ivelise Segovia.

Contenido

	Presentación	1
1	Introducción	3
2	Marco conceptual	5
3	Condiciones básicas para la organización de servicios prenatales	8
4	Objetivos	9
5	Directrices/acciones básicas	10
6	Protocolo de atención para la mujer embarazada de bajo riesgo y/o derivación.....	25
	Bibliografía	42

Presentación

La Declaración del Milenio de las Naciones Unidas del año 2000 establece entre otras, metas específicas para mejorar la salud materna y reducir la mortalidad infantil. Alcanzar ambas metas continúa siendo un desafío para la Región de América Latina y el Caribe (ALC) y se reconocen como imprescindibles para asegurar el bienestar de las mujeres y niños, sus familias y comunidades.

La atención prenatal que incluye intervenciones costo-efectivas, es una estrategia clave para la obtención de los mejores resultados materno perinatales y por consiguiente contribuye a la reducción de la morbilidad y la mortalidad maternas y del recién nacido.

Toda mujer embarazada tiene el derecho a recibir atención prenatal básica durante el embarazo, aun cuando no manifieste alguna condición que la ponga en riesgo de una complicación obstétrica. Los y las proveedores de atención prenatal básica e integral deben ser calificados. Además de médicos y obstétricas o matronas, debe incluir a enfermeras que trabajan en forma independiente o como parte de equipos interdisciplinarios en una variedad de entornos de salud, tales como hospitales, centros de salud, centros de maternidad u otros servicios comunitarios.

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) ha trabajado durante años para apoyar a los países en sus esfuerzos de mejorar el acceso y la calidad de la atención prenatal como parte de los programas integrales de salud materna y neonatal. La formulación y actualización de los estándares de atención han sido un elemento importante de estos esfuerzos. El fortalecimiento y la creación de alianzas estratégicas con asociaciones profesionales es uno de los mecanismos exitosos que ha favorecido la construcción de consensos entre los interesados directos, especialmente en la formulación de guías y estándares así como ha fortalecido la adherencia a los programas.

Desde el año 2000 la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN) ha estado trabajando con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en temas vinculados al mejoramiento de la calidad de la atención.

En el año 2002, la OPS publicó el documento “La calidad de los Servicios de Salud en América Latina y el Caribe: retos para la Enfermería”, el cual describe la colaboración con FEPPEN con énfasis en calidad de atención. FEPPEN es una organización profesional que reúne 19 organizaciones de enfermería nacionales de América Latina y el Caribe. Su misión es trabajar con sus miembros para el mejoramiento de la calidad de la atención de enfermería con enfoque equitativo e integral, a través de los servicios de salud, la educación, la investigación y la participación de los profesionales de enfermería en el desarrollo de políticas en el sector de salud. FEPPEN sostiene relaciones oficiales con la OPS en calidad de ONG desde 1989.

En el año 2002, FEPPEN propuso preparar y ejecutar, junto con las asociaciones de enfermería nacionales, estándares de atención de enfermería en salud materno-infantil. En el año 2004, se preparó el documento “Lineamientos y directrices para la mejora de la calidad de la atención prenatal en embarazos de bajo riesgo en América latina y el Caribe” en el marco de las actividades de la Iniciativa Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna de la OPS, apoyada por la USAID. Este documento fue inicialmente redactado por enfermeras y enfermeras obstétricas de Brasil, donde el Comité Ejecutivo de FEPPEN estaba ubicado. El documento fue circulado entre las Asociaciones Miembros y otros expertos de diversas disciplinas de la Región para sus comentarios y aportes. Luego fue examinado por un grupo de expertos de FEPPEN, OPS y los países, antes de su publicación y difusión.

El documento ofrece la información actualizada sobre la sincronización y el contenido de la atención prenatal basada en la última evidencia disponible al año 2004. Está también concebido para ser usado por las asociaciones de enfermería profesionales para promover y facilitar la participación de las enfermeras en los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención prenatal prestada por el personal de enfermería.

En la próxima fase de este esfuerzo colaborativo, se planificará la implementación de estos estándares en países seleccionados. La adaptación a las realidades de los países será una condición necesaria, por diversas razones que se exponen mas abajo. La función de enfermería en la prestación de la atención prenatal depende de varios factores y puede variar en diferentes entornos y ubicaciones geográficas. Depende, en parte, de la variedad de categorías de profesionales que el país reconoce y las leyes o los reglamentos que definen los alcances de la práctica. En la mayoría de los países el personal de enfermería, incluidas las auxiliares de enfermería, tiene un papel importante en asegurar que las mujeres embarazadas tengan acceso a la atención prenatal básica, así como a la referencia de una atención más integral y especializada cuando sea necesario. En otros países, en particular donde se cuenta con profesionales como matronas, obstétricas o parteras profesionales, la función de la enfermera puede ser más limitada. La OPS continuará apoyando a los países en los esfuerzos para garantizar que la atención prenatal sea de la mejor calidad y cumpla con los estándares basados en la mejor evidencia disponible.

Dra. Mirta Roses Periago
Directora

Las innovaciones científicas y tecnológicas, ciertamente, vienen contribuyendo en la mejora de la calidad de vida y de salud de las poblaciones. Entre tanto, la salud materna y perinatal continúa siendo un problema en la mayoría de los países en desarrollo en razón de la precariedad de las condiciones de vida de las poblaciones así como de los sistemas de salud que aún presentan deficiencias cuantitativas y cualitativas, además de estar distribuidos de manera no equitativa.

En América Latina y el Caribe, la mortalidad materna es inaceptable. Se calcula que la razón de mortalidad materna es de 190 por 100.000 nacidos vivos, según datos presentados en la 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana (2002). En su mayoría las muertes maternas se deben a causas obstétricas directas.

Las tasas de mortalidad materna y perinatal son influenciadas por las condiciones de atención prenatal y del parto y el post parto, así como por los aspectos biológicos de la reproducción humana y la presencia de enfermedades provocadas o agravadas durante el período de embarazo y puerperio. Cerca del 80% de muerte de mujeres por causas obstétricas directas son evitables, mediante la adopción de medidas relativamente simples y costo efectivas.

Uno de los elementos importantes que contribuyen a la reducción de las muertes maternas es asegurar la disponibilidad y acceso a servicios y cuidados de calidad. Hay estudios que muestran que las mujeres no usan los servicios si consideran que las han tratado sin respeto, si los servicios no responden a sus necesidades, o si no son de calidad aceptable.

Las informaciones en salud materno perinatal (América Latina y Caribe) sobre la situación actual (octubre 2003) presentados por el CLAP-OPS/OMS muestran que en

la Región de América Latina y Caribe, la atención a las embarazadas por personal calificado durante la gestación (al menos una consulta) fue del 69,4% con rangos que oscilan en las sub-regiones, entre 65,6% en Centro América y 91,3% en el Caribe de habla hispana. En los países, los rangos porcentuales en la atención prenatal por personal capacitado, oscilaron entre 100% (Belice y Cuba), 37% (Guatemala) y 25,5% (Venezuela).

Como componente del equipo de salud, la participación de los profesionales de enfermería en la atención prenatal a las mujeres embarazadas puede constituirse en uno de los factores clave para una atención de calidad, a través de los cuidados de enfermería, la educación y la investigación.

En el contexto de la ejecución de la atención prenatal, en los diferentes países, puede haber una diversidad de prestadores de salud, además de los médicos clínicos, gineco-obstetras, enfermeras, matronas, y tales como las auxiliares de enfermería, agentes comunitarios de salud, y parteras empíricas tradicionales, entre otros. Son notorios los beneficios de la asistencia interdisciplinaria, en la cual los profesionales de diferente formación actúan indistintamente, en el ámbito de sus respectivas competencias, teniendo como objetivo común, el bienestar materno y fetal.

Este documento, además de ser una contribución del área de enfermería para la mejoría de la calidad de los servicios, contiene un modelo de atención prenatal para mujeres embarazadas de bajo riesgo.

El modelo de atención prenatal está basada en la Revisión Sistemática – publicada en la Biblioteca Cochrane (2003) y en el nuevo modelo de atención prenatal propuesto por la Organización Mundial de la Salud (2003), derivado de un estudio clínico aleatorio multicéntrico implementado por el Programa Especial del Banco Mundial/OMS/UNFPA/UNDP de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores en Reproducción Humana.

El estudio multicéntrico comparó el modelo estándar de atención prenatal con un nuevo modelo de la OMS que limita el número de visitas a las clínicas y restringe los exámenes, los procedimientos clínicos y las acciones de seguimiento a aquellos que han demostrado mejorar los resultados maternos y/o perinatales. Los resultados del estudio mostraron que no hubo diferencias significativas entre los dos modelos en términos de anemia severa postparto, pre-eclampsia, infecciones del tracto urinario o neonatal o bajo peso al nacer. De modo similar no hubo diferencias significativas (clínica y estadística) en los resultados secundarios maternos y/o perinatales, entre los cuales se incluyen la eclampsia y muerte materna y neonatal.

En otra revisión sistemática, se observó que, en general, el nivel de satisfacción con respecto al cuidado suministrado por parteras profesionales (matronas, obstétricas u obstetrices) o médicos clínicos fue igual al nivel registrado con respecto al cuidado administrado en forma conjunta por obstetras y ginecólogos.

De acuerdo con la evidencia disponible, el programa de cuatro consultas prenatales mínimas que se evaluó en el estudio clínico no afectó los resultados perinatales en los embarazos de bajo riesgo.

La clave para la reducción de la mortalidad materna no reside exclusivamente en el desarrollo socioeconómico general y si en ofrecer una atención eficaz y accesible. El empoderamiento de las mujeres es una estrategia clave para la reducción de la mortalidad materna. El reconocer que las mujeres tienen el derecho a elegir sus propias alternativas es crucial. El proporcionarles información adecuada favorece la toma de decisiones en lo referente a su salud así como reafirma el ejercicio pleno de sus derechos y a su autonomía.

Sin embargo, en aquellos lugares en que es fundamental que las enfermeras se constituyan en profesionales activos de la asistencia obstétrica, deben realizar estudios a fin de lograr cada vez más una atención de calidad a las mujeres embarazadas, valiéndose de prácticas basadas en evidencias científicas.

El marco conceptual que orientará la atención de enfermería a las mujeres embarazadas, durante el proceso de gestación de bajo riesgo, está compuesto por los conceptos de enfermería, práctica basada en evidencia, interdisciplinaridad, humanización y mujer embarazada y familia.

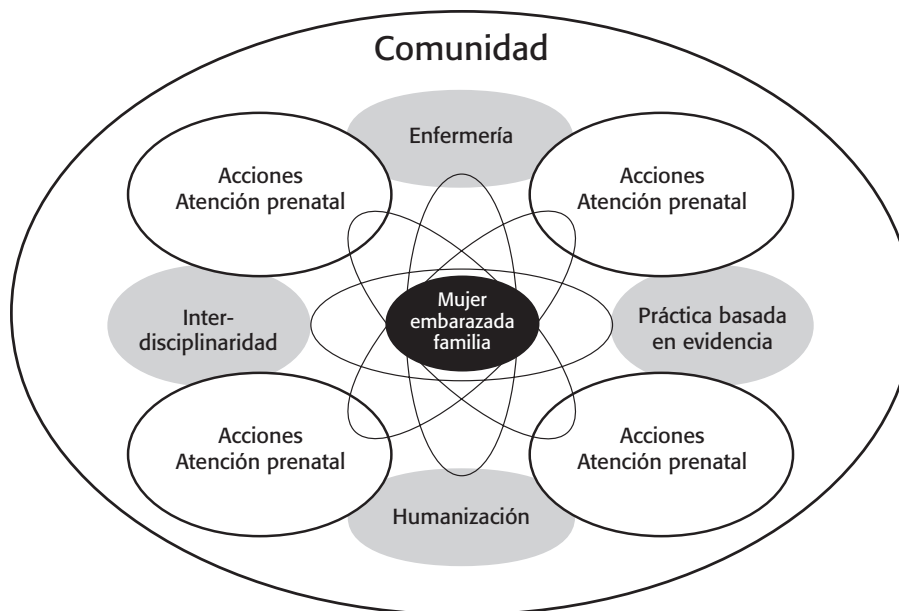
Los conceptos están interrelacionados y deben ser usados como principios orientadores de las acciones de enfermería desde las más “simples” hasta las más complejas, visando una atención humanizada y apoyada en las evidencias científicas.

La Figura 1 presenta el dinamismo de este marco conceptual. Los conceptos están interrelacionados, “invaden” las acciones de enfermería en el prenatal y giran en torno a su foco central, o sea, la mujer embarazada y familia.

Enfermería y obstetricia

La enfermería obstétrica implica un encuentro especial de personas humanas, que ocurre como respuesta a una necesidad de cuidado que emerge durante el proceso de gestación. Es una forma particular de relación intersubjetiva, en la cual los participantes (equipo de profesionales en obstetricia, enfermería y enfermería obstétrica, mujer embarazada y familia) son interdependientes, pues participan necesariamente en cada uno de los acontecimientos, sin embargo son independientes y singulares. En este sentido, el cuidado, como foco central de la enfermería, no se restringe apenas a una acción técnica en el sentido de hacer o ejecutar un procedimiento, sino que también en el sentido de ser, expresado por la actitud, y las relaciones.

Figura 1. Marco conceptual para la atención de enfermería en el proceso gestacional



Las acciones, integrantes del cuidado de enfermería, en la atención prenatal, permiten compartir conocimientos, que puede ser realizado de forma individual o colectiva. La enfermería debe tener sensibilidad para crear una relación de confianza que posibilite que la mujer embarazada y familia expresen sus reales necesidades.

En el contexto de la atención prenatal, la enfermería al utilizar su conocimiento sobre la fisiología del proceso, de las prácticas benéficas y competencia técnica aliada al conocimiento intuitivo, presencia genuina, disponibilidad y sensibilidad tiene como meta el bienestar y el estar mejor de la mujer embarazada y familia durante el proceso gestacional.

Práctica basada en la evidencia

El cuidado prenatal es una de las áreas en la que la atención puede convertirse en rutinaria, promoviendo a veces algunas prácticas que son más fáciles, confortables y familiares para los y las profesionales, y en algunos casos no están basadas en la ciencia. En este contexto, la enfermería, incorporó protocolos de atención y normas institucionales del país en que actúa, sin embargo, estos modelos, en su mayoría, no son sometidos a una evaluación científica rigurosa para determinar su efectividad, a pesar de haber tenido como objetivo mejorar y ampliar el acceso, la cobertura y la calidad de la atención prenatal.

La práctica basada en evidencia surge a partir de la necesidad de cambios de paradigma, debido a tres factores: costos asistenciales elevados; métodos pedagógicos obsoletos e insuficientes para atender de modo adecuado y eficaz en la práctica diaria a las demandas crecientes, a la diversidad de las situaciones clínicas y a la extensión y heterogeneidad de la producción científica.

Este nuevo paradigma reconoce la importancia de la experiencia clínica y de la evaluación intuitiva,

aunque resalta que el registro sistemático de las observaciones, de forma reproducible y no preconceptuada, puede aumentar la certeza sobre el diagnóstico, la eficacia terapéutica y la confianza en el pronóstico. Considera también la necesidad de los conocimientos fisiopatológicos; enfatiza el valor de las evidencias, que están fundamentadas en la literatura científica, que deben ser debidamente evaluadas; estimula la iniciativa y la creatividad personal, a cambio de una actitud autoritaria.

La práctica basada en evidencia pretende llenar una laguna entre la investigación cualificada y la práctica correcta, limitando el autoritarismo a través de la búsqueda de evidencias que distorsionan los procedimientos. Así, en el aspecto asistencial, es la aplicación conciente, explícita y juiciosa de las mejores evidencias disponibles, resultantes de una búsqueda sistemática en las decisiones clínicas, o sea, integración de la habilidad clínica con las evidencias.

Al planificar la atención de enfermería en la atención a la mujer embarazada y familia en el proceso gestacional, se torna imprescindible, buscar el conocimiento de las mejores evidencias disponibles, promover la revisión de las prácticas que susciten la eliminación, mantenimiento o incorporación de otras.

Interdisciplinaridad

La interdisciplinaridad es una interacción entre dos o más disciplinas, pudiendo ir más allá de la comunicación de ideas hasta la integración mutua de los conocimientos, de la epistemología, de la terminología, de la metodología y de los procedimientos. Se caracteriza por la intensidad de los intercambios de conocimiento en la búsqueda del saber unificado.

Actitudes que llevan al profesional a estar abierto al diálogo y a los cambios, a compartir e incorporar nuevos conocimientos oriundos de otras disciplinas,

promueven un trabajo interdisciplinario. Como consecuencia, los diversos profesionales hablan el mismo lenguaje, no se contradicen, se complementan y no toman actitudes opuestas. En fin, pasa a existir una complicidad en el equipo, disminuye el estrés, se amplían las posibilidades de éxito, una vez que se reducen o eliminan los riesgos ocasionados por las conductas aisladas y descontextualizadas. Todos estos aspectos son percibidos por la embarazada y familia, reflejándose esto en la calidad de la vivencia gestacional; pues genera tranquilidad, seguridad y confianza en el equipo de salud.

Humanización

La humanización involucra un conjunto de conocimientos y prácticas comprobadamente benéficas, orientadas hacia la promoción de la gestación y parto saludables y la prevención de la morbilidad materna y perinatal. Debe contemplar actitudes que respeten la gestación como experiencia personal y familiar, preservando la privacidad y autonomía de la mujer. La humanización debe ser entendida como un fenómeno situado en los seres humanos. Así, los profesionales que acompañan a la embarazada y familia durante esta etapa del proceso del embarazo y nacimiento, además de poseer competencia técnica, precisan estar auténticamente presentes, disponibles y ser capaces de comprenderlos a partir del significado atribuido a la experiencia.

Cuidar de la embarazada y familia de forma humanizada requiere el reconocimiento de que la existencia humana es relacional. Así, la base de la humanización está en el tipo y calidad de la rela-

ción que se establece entre la embarazada/acompañante y familia y los profesionales de la salud. La mujer embarazada debe ser considerada como un ser humano singular, que vive un momento único y el acompañante de su elección debe ser valorizado y integrado en la asistencia.

Mujer embarazada/familia

La mujer embarazada es un ser humano singular que vive un importante momento de transición que conlleva una serie de transformaciones biológicas, emocionales y sociales consecuentes del proceso de la gestación inherente al cambio de papel, o sea, ser madre. Estas transformaciones pueden tener efectos positivos o negativos en su salud. Así, la mujer vive una situación limítrofe, en cualquier momento pueden surgir factores de riesgo y / o complicaciones capaces de interferir en su bienestar y en el de su hijo. Para que la mujer viva la gestación de forma tranquila, placentera y saludable, necesita recibir una atención prenatal que identifique precozmente los factores de riesgo; realice intervenciones respaldadas por las evidencias científicas; proporcione acogida, generando una relación de confianza y estimule la participación de su familia en el proceso de embarazo, parto y nacimiento.

En este contexto, la familia es considerada una persona significativa, de la red social, poseedora o no de lazos de parentesco, que fue escogida por la mujer embarazada para acompañarla durante la atención prenatal. Es en este sentido, que el “acompañante” pasa a ser considerado sinónimo de familia.

Recursos humanos: debe haber una enfermera licenciada, enfermera obstétrica, matrona, obstetiz o partera profesional, de acuerdo a la realidad de cada país, responsable de la planificación, coordinación, ejecución y evaluación de la atención prenatal. Para el desarrollo de las actividades, deberá existir un equipo de apoyo técnico y logístico.

Área física: para la atención a la mujer embarazada y acompañamiento a familiares en el servicio de salud, área física que deberá:

- proporcionar privacidad en las consultas y exámenes clínicos y ginecológicos;
- fácil acceso a sanitarios;
- adecuación del área física existente para el desarrollo de actividades educativas individuales y colectivas;
- espacio destinado para archivar las fichas de atención prenatal.

Equipamientos e instrumental mínimo:

- mesa tipo escribano y sillas;
- mesa de examen ginecológico;
- pequeña escalera con dos peldaños;
- lámpara móvil;
- balanza para adultos;
- estetoscopio clínico;
- esfigmomanómetro;
- estetoscopio de Pinard;
- cinta métrica;
- termómetros;
- biombo;
- taburete;
- reloj;
- basurero;
- equipo para toma Papanicolaou;

- material mínimo para atender un parto de emergencia;
- Doppler para auscultar frecuencia cardíaca fetal (en la medida de lo posible);
- espéculos;
- pinzas auxiliares.

Material impreso para registro:

- historia clínica perinatal;
- carnet perinatal o carnet de la embarazada;
- mapa de registro diario de consultas;
- formularios específicos para evaluación de atención prenatal para generar indicadores de atención;
- formularios para evaluar la satisfacción del usuario.

Material para actividades educativas:

- pizarra;
- rotafolios para educación;
- folletos.

Medicamentos esenciales:

- sulfato ferroso y ácido fólico;
- otros medicamentos que atiendan el cumplimiento de protocolos de tratamiento.

Evaluación permanente de atención prenatal:

- los criterios de evaluación corresponden a los establecidos en los protocolos de los datos registrados en la ficha prenatal, libreta de la mujer embarazada y ficha de referencia y contrarreferencia;
- datos obtenidos de la ficha de evaluación de satisfacción de las mujeres embarazadas y comprobantes.

4.1. General

Establecer lineamientos y directrices para la atención de enfermería en el proceso de gestación de bajo riesgo.

4.2. Específicos

- Fortalecer la atención prenatal humanizada.
- Empoderar a la mujer embarazada para realizar elecciones informadas.
- Ofrecer elementos para acciones de la enfermería en la atención prenatal basada en la evidencia.
- Contribuir para la mejoría de la calidad de la atención.
- Ofrecer elementos para el proceso de educación e investigación en el área de atención prenatal.

5.1. Cobertura de la atención a mujeres embarazadas en el área de influencia

El impacto de la atención prenatal en la reducción de la morbilidad materna y perinatal está directamente relacionado con el porcentaje de mujeres que son acompañadas durante la gestación. Lo ideal es que todas las embarazadas sean controladas durante el proceso gestacional, para lo cual:

- el servicio debe ofrecer a todas las mujeres residentes en el área de cobertura, la oportunidad de acompañamiento prenatal, identificación de riesgos y las referencias que sean necesarias;
- todo servicio debe tener documentación referente al número de mujeres en edad fértil de su área de cobertura y a los embarazos esperados para el período determinado.

5.2. Captación precoz

La primera consulta debe ocurrir en el primer trimestre de gestación, antes de la 12ª semana. Esto permite la identificación precoz de factores de riesgo, la planificación adecuada de la asistencia obstétrica, el desarrollo de actividades educativas y la formación de una red de apoyo a la mujer embarazada. Las acciones desarrolladas precozmente pueden influir de forma positiva en la evolución de una gestación saludable y en la vivencia del proceso gestacional.

La captación precoz puede ser realizada a través de:

- divulgación/comunicación de la oferta del

servicio de prenatales en la comunidad del área de cobertura;

- sensibilización de las mujeres, la familia y la comunidad, acerca de la importancia de la atención prenatal;
- disponibilidad de materiales educativos que estimulen el ingreso de las mujeres a la atención prenatal;
- hacer uso de todo tipo de contactos con los individuos, familiares y grupos comunitarios, con el objetivo de captar a las mujeres embarazadas.

5.3. Garantizar el acceso

La prestación de atención prenatal no implica la mera existencia o disponibilidad del servicio, mas la garantía de acceso geográfico, financiero, cultural y funcional. Al establecer estrategias de acceso, de acuerdo con el contexto social de la embarazada y su familia, el servicio de atención prenatal estará contribuyendo en la adherencia al acompañamiento.

Para garantizar el acceso, el servicio de atención prenatal debe ser prestado de forma oportuna, continúa, atendiendo la demanda real, y que posea un sistema de referencia que asegure el acceso asistencial en el servicio especializado o de mayor complejidad. Las dificultades pueden ser evitadas a través de una organización del servicio con:

- estrategias que permitan atender a la mujer embarazada en el primer contacto con el servicio y proporcionar un posterior encuentro;
- estrategias de acceso (geográfico, financiero,

cultural y funcional) al servicio por parte de la embarazada;

- divulgación de los horarios de funcionamiento del servicio y garantizar la oferta de consultas;
- oferta de horarios de atención que permitan agendar consultas de las embarazadas trabajadoras;
- garantía de la atención de consultas ya agendadas;
- promoción de acceso en el cual no exista conflicto entre los patrones técnico-administrativos del servicio y de los propios profesionales de salud y de los patrones culturales de la embarazada y familia;
- localización geográfica del servicio en el que el tiempo de transporte no sea superior a 30 minutos, independiente de la forma de transporte.

5.4. Identificación de factores de riesgo y sistema de referencia para servicios de mayor complejidad

La gestación es un proceso fisiológico con transformaciones biológicas, emocionales y sociales. En el transcurso de la gestación surgen situaciones limítrofes de salud y enfermedad que generan estados normales o patológicos, dependiendo de la adaptación de la mujer, frente a las transformaciones que ocurren durante todo el proceso gestacional. Es necesario conocer y identificar los riesgos a los que cada mujer está expuesta para el establecimiento de conductas adecuadas en cada momento del embarazo. La evaluación del riesgo es una tarea compleja. Los factores que están asociados al riesgo, pueden o no generar una complicación o patología obstétrica, dependiendo del contexto social, cultural y ambiental de la embarazada.

La identificación de factores de riesgo posibilita la clasificación de las mujeres que son elegibles para la atención prenatal de bajo riesgo o si hay necesidad de encaminar para un servicio especializado. Para esto:

- debe ser iniciada en la primera consulta de prenatal, y se debe mantener durante todo el proceso de gestación;
- identificar los múltiples factores sociales, culturales y ambientales que interfieren en la salud de la población y en especial la embarazada y/o fetal. La identificación de casos de embarazadas víctimas de violencia intrafamiliar es crucial;
- todo servicio debe conocer o tener los datos de la realidad epidemiológica local actualizados y disponibles;
- en los casos de riesgo, deberán ser realizadas las derivaciones necesarias y recomendaciones a las mujeres embarazadas.

En el decorrer de las consultas la embarazada podrá ser derivada para un servicio especializado, en caso de complicaciones clínicas y/o obstétricas. Sin embargo, ella podrá retornar para la Atención Prenatal de Bajo Riesgo luego de la evaluación y/o tratamiento.

5.5. Promover un ambiente cálido y acogedor, estableciendo una relación basada en la confianza con la mujer embarazada y su familia

Las mujeres que buscan la atención prenatal creen en los beneficios para su salud y la de su bebé. Sin embargo, la confianza en el servicio se establece en el decorrer de las consultas y actividades educativas. Esa confianza y el sentimiento de que está siendo acogida por los profesionales de la salud y de las demás áreas involucradas en su asistencia

son factores que contribuyen para su adhesión.

La embarazada se siente acogida cuando:

- sus sensaciones subjetivas (ansiedad, miedos, preocupaciones, etc.) y experiencias son valorizadas;
- se siente con confianza para cuestionar sobre las modificaciones del embarazo y conductas tomadas;
- la comunicación con los profesionales es facilitada;
- su acompañamiento es realizado por los mismos profesionales durante toda la gestación;
- el tiempo de espera para la consulta no deberá ser largo y estará determinado por cada servicio, debiéndose desarrollar actividades educativas durante el mismo;
- así no ocurre una rutinización del cuidado, que despersonaliza la atención.

En fin, cuando es respetada como un ser humano único que vivencia un importante momento de transición, que le confiere un nuevo papel —ser madre. El acogimiento es el resultado de un trabajo interdisciplinario que busca humanizar la atención prenatal.

La experiencia de vida de cada mujer influye directamente en la forma de cómo ella vive el proceso gestacional. Las creencias, valores, tabúes, sentimientos y expectativas de la embarazada/acompañante deben ser respetados por el equipo involucrado en el prenatal. Este es un momento privilegiado para discutir y esclarecer cuestiones, de forma individualizada, para que se reflejen directamente en la calidad de la vivencia. El compartir conocimientos requiere un diálogo abierto y sin preconceptos, el uso de una terminología accesible, que permita a la mujer la expresión de dudas, miedos, angustias, temores, emociones y fantasías.

5.6. Garantizar la participación de un acompañante elegido por la mujer embarazada para la atención prenatal

La gestación es una experiencia personal y familiar que repercute o se extiende a todas las personas relacionadas con este proceso, ya que comparten los acontecimientos y sus implicaciones. De esta forma, el proceso gestacional pasa a ser también un evento social. A partir de este entendimiento, los profesionales de la salud deben desarrollar sus actividades asistenciales contemplando la participación de una persona elegida por la embarazada, ya sea su compañero (o padre del bebé), un miembro de su familia u otra persona de su red social.

El apoyo social es una necesidad humana básica que debe ser atendida para que el individuo pueda sentir bienestar. De esta forma, el acompañante tiene influencia sobre la satisfacción de la mujer con la experiencia de la gestación, ya que ella puede compartir sus emociones positivas y negativas.

La participación de un acompañante elegido por la embarazada durante la atención prenatal todavía es incipiente. Para cambiar esta realidad, debemos permitir y estimular su presencia en las consultas y en las acciones educativas. Esta práctica propicia la formación y/o fortalecimiento de una red de apoyo que podrá ofrecer un apoyo emocional, colaborar en la identificación de señales de riesgo y asumir la responsabilidad de acompañar a la mujer embarazada en los servicios de salud. Por lo tanto, contribuye para la formación de una nueva familia más saludable, fortaleciendo además, los vínculos afectivos.

Cuando la embarazada elige a una persona para acompañarla en la atención prenatal, podrá estar construyendo una relación de confianza con alguien que ella considera que también podrá

apoyarla durante su trabajo de parto y parto. Esta práctica está respaldada por legislación en algunos países, recomendada por la Organización Mundial de la Salud (1996), y comprobada por la medicina basada en evidencia, como benéfica para la reducción de las intervenciones (analgésia, parto vaginal operatorio, cesárea, además de otras) e insatisfacción/percepción negativa de la parturienta sobre el nacimiento y aumento de los partos vaginales espontáneos.

Acciones y actitudes que promueven la participación activa del acompañante elegido por la mujer embarazada:

- En la primera consulta orientar a la embarazada sobre el derecho de elegir a una persona significativa (compañero, padre del bebé, miembro de la familia o de su red social) para acompañarla durante las consultas y actividades educativas.
- Orientar al acompañante sobre su papel.
- Durante las consultas involucrar al acompañante, compartiendo conocimiento sobre la evolución de la gestación e importancia del acompañamiento prenatal.
- En las actividades educativas, estimular al acompañante a exponer sus dudas y miedos sobre la experiencia.
- Al ofrecer orientaciones, sea en las consultas o en las actividades educativas, verificar cuál es el entendimiento del acompañante, especialmente sobre las señales y síntomas de riesgo (sangrado vaginal, señales y síntomas de trabajo de parto prematuro, rompimiento de las membranas, etc.) para que él mismo auxilie a la embarazada en la identificación precoz y búsqueda de atención profesional.
- Valorizar y estimular constantemente la participación del acompañante.
- Esclarecer sobre la posibilidad de acompañar a la mujer embarazada durante el trabajo de parto y parto, si ella así lo desea.

- Respetar las creencias y valores de la embarazada y del acompañante.

Durante la atención prenatal, los profesionales de la salud deben tener habilidad para acompañar los cambios de papeles familiares inherentes al proceso de transición para maternidad y paternidad, respetando la diversidad cultural de todos los que están involucrados en el proceso.

5.7. Control/seguimiento de las referencias

El servicio de atención prenatal debe registrar mensualmente el número de mujeres referidas a otros servicios, y revisar cuántas embarazadas retornaron después de la referencia y conocer el centro primario de referencia o derivación. Estos datos permiten la evaluación del sistema de referencia y contrarreferencia, visando las adecuaciones necesarias para que ocurra una integración entre los servicios de diferentes niveles de complejidad.

Toda embarazada derivada a un servicio especializado, deberá llevar consigo la tarjeta de embarazada, así como informaciones sobre el motivo de la derivación y de los datos clínicos de interés.

5.8. Búsqueda activa

La inasistencia de la embarazada a la consulta prenatal debe ser considerada como un componente que evalúa la adherencia al servicio. Es importante anotar en la ficha prenatal para llevar un registro semanal de las faltas a la consulta marcada. A partir de estos datos el servicio debe organizar un sistema formal (por ejemplo, visitas domiciliarias y contactos telefónicos), para determinar el motivo por el cual la embarazada no asistió a la consulta. En el caso en que la embarazada no retorne a su

próxima cita programada en 10 días, realizar una búsqueda activa a través de los siguientes mecanismos: visita domiciliaria, carta, mensaje con vecinos, avisos por radio y/o llamada telefónica.

Cuando la mujer retorne a la atención prenatal, la consulta debe incluir todas las actividades de la consulta perdida, junto a las actividades de consulta actual.

5.9. Desarrollo de las actividades educativas

Las actividades educativas deben ser programadas y desarrolladas de forma individual (en las consultas de prenatal y en la sala de espera) y colectiva (grupo de sala de espera, encuentro de embarazadas en el tercer trimestre y grupo de mujeres embarazadas y/o parejas embarazados).

Los procesos educativos contribuyen al empoderamiento de la mujer. Ese empoderamiento tiene la finalidad de aumentar los recursos personales y la capacidad de optar por alternativas de cuidado a la salud más adecuadas y saludables. Como resultado, las mujeres pueden evaluar las orientaciones ofrecidas por los profesionales de la salud, beneficiándose de las que son reconocidas como beneficiosas; así como reconocer precozmente las señales de peligro y las complicaciones. Esas mujeres, probablemente, asumirán la responsabilidad sobre su propia salud, la de su hijo, y exigirán una atención de salud con calidad para ella, su familia y su comunidad.

Las actividades desarrolladas deben estimular la participación de personas que constituyan la red de apoyo de la embarazada, con el fin de fortalecer la capacidad de los mismos en ayudar en la identificación de señales de peligro, así como asumir la responsabilidad del transporte de urgencia en caso de complicaciones obstétricas. De esta forma, la llegada de la mujer embarazada al servi-

cio de salud podrá realizarse lo más rápido posible, contribuyendo en la reducción de la morbilidad materna y fetal.

5.10. Utilización de material escrito que contienen las principales orientaciones sobre el proceso gestacional

Las informaciones básicas y las orientaciones verbales sobre el proceso de gestación deben ser también suministradas por escrito, entre estas:

- la importancia de la atención prenatal y tenencia constante del carné perinatal o carné de la embarazada;
- lugar y ubicación del servicio de atención prenatal y sus respectivos números telefónicos;
- manejo de las incomodidades comunes de la gestación;
- promover búsqueda de atención inmediata para la embarazada y/o proveer atención inmediata en el servicio, ante signos y señales de peligro como ser: trabajo de parto prematuro, sangrado vaginal, rotura de membranas, dolor abdominal, cefalea intensa, visión borrosa, distrés respiratorio, fiebre, sensación de desmayo, palidez, vómitos, debilidad;
- preparación para el parto;
- sexualidad de la mujer embarazada;
- orientación alimentaria;
- cuidados de higiene personal;
- desarrollo de la gestación;
- vacunación antitetánica;
- lactancia materna;
- actividad física;
- planificación familiar;
- cuidados con el recién nacido;
- prevención de ITS, VIH;
- uso de medicamentos, tabaquismo, alcohol, drogas ilícitas;

- derechos y deberes de la mujer embarazada en cuanto a los aspectos legales (sociales, laborales, asistenciales);
- importancia de la participación familiar en el proceso de gestación;
- red hospitalaria de la región para la atención del parto;
- importancia de la consulta puerperal precoz e inicio del control del niño sano y del plan de inmunizaciones.

5.11. Los exámenes y pruebas solicitados deben responder a un propósito inmediato y que sea demostradamente beneficioso

En los casos en que se justifique realizar una prueba específica, debe ser realizada en el momento más apropiado. Cuando sea posible, deben realizarse pruebas rápidas y fáciles en el mismo servicio o ser encomendadas para laboratorios de referencia. Los exámenes imprescindibles son:

- Tipo sanguíneo y factor Rh.
- Prueba de hemoglobina.
- Prueba VIH (solicitar consentimiento informado y de acuerdo a normas locales)
- Test de orina.
- Serología para sífilis.
- Papanicolaou (si no fue realizado en los últimos dos años).

Se recomiendan otros exámenes como: toxoplasmosis, glicemia en ayunas, Coombs indirecto, ecografía y otros que atiendan al perfil epidemiológico de la región y necesidad de la embarazada.

5.12. Todo servicio de atención prenatal debe tener sistematización de referencia y contrarreferencia

El servicio de atención prenatal debe haber definido para cuál (les) servicios(s) especializado(s) derivará a las mujeres embarazadas con patologías preexistentes o recurrentes de la gestación, a fin de garantizar una pronta atención en situaciones de riesgo.

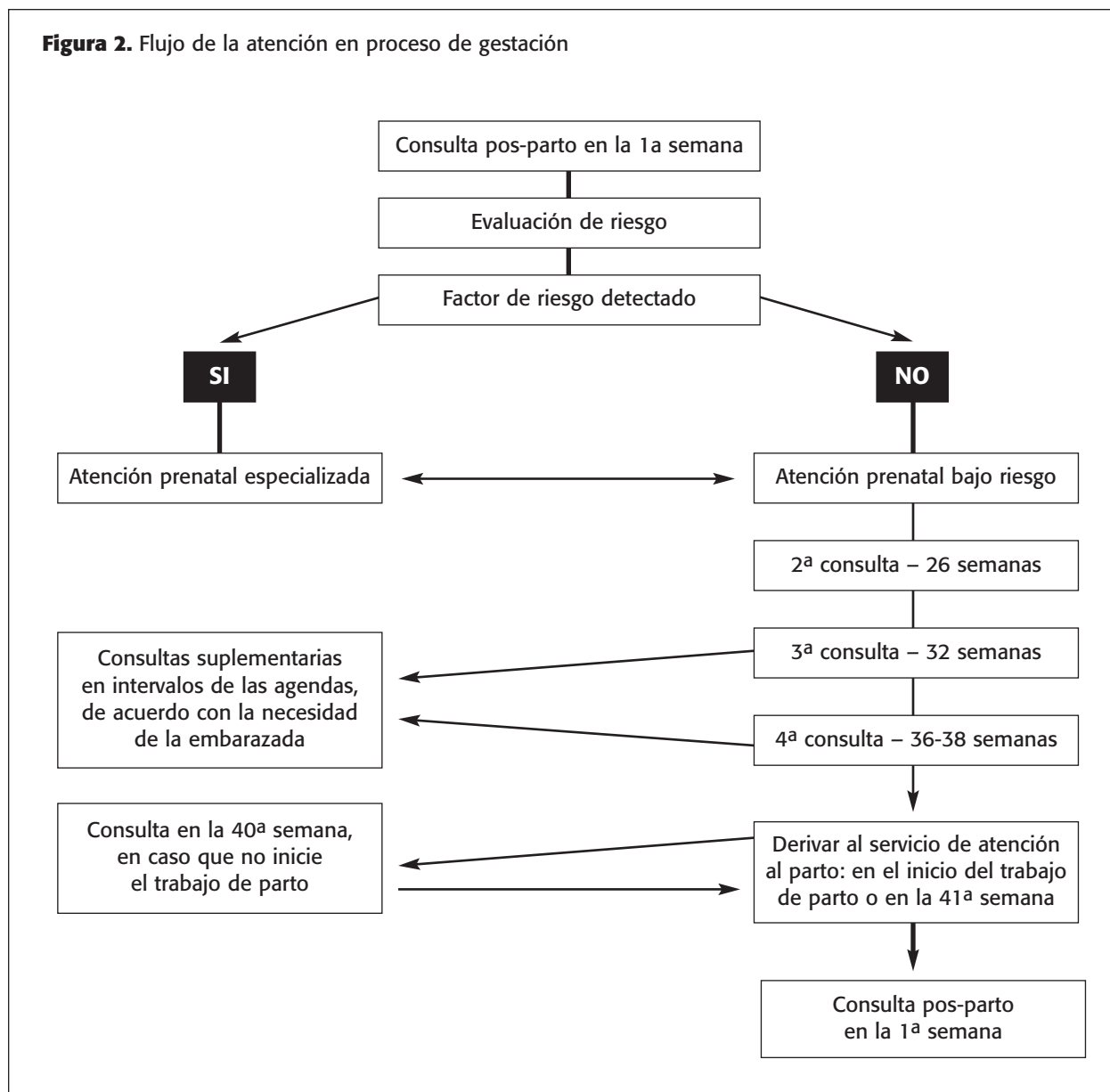
Toda mujer embarazada vinculada al servicio prenatal debe ser referida o derivada a un servicio de asistencia de parto. Siempre que sea posible, la embarazada debe ser atendida, en el proceso del nacimiento, por el mismo equipo de salud que acompañó en el prenatal.

Para promover una interacción con el equipo y el local donde acontecerá el parto, debe ser programada una visita al servicio de asistencia al parto. En esa ocasión, la embarazada podrá conocer el área física, los equipamientos para la asistencia durante el trabajo de parto y parto, las rutinas de atención, miembros del equipo y elaborar su plan de parto.

5.13. Todas las mujeres embarazadas deberán realizar como mínimo cuatro consultas de prenatal

Las consultas deben realizarse de acuerdo a la etapa de gestación (antes de las 12 semanas, 26 semanas, 32 semanas y 36/38 semanas), este número está basado en el nuevo modelo de atención prenatal de la OMS (2003) que incorpora la consulta post parto en la primera semana. Dependiendo de las condiciones, necesidades de la embarazada e identificación de riesgo, más consultas deberán ser programadas. Este proceso de atención está demostrado en la Figura 2 (flujo de la atención en el proceso de gestación).

Figura 2. Flujo de la atención en proceso de gestación



La calidad y contenido del cuidado prenatal es más importante que el número de consultas. Para la realización de este número de consultas, el servicio debe disponer de acceso a la atención de 24 horas por día, durante los siete días de la semana, especialmente, para la atención de casos de dudas y emergencias, además de números telefónicos de emergencia especiales para brindar información.

Se debe informar a las embarazadas que las evidencias disponibles muestran que este modelo de atención prenatal no colocará en riesgo a su salud y de su hijo y que pueden comunicarse en cualquier momento con el servicio de salud.

El servicio de atención prenatal que no tenga condiciones de organizar la atención dentro de estos requisitos, deberá programar un número de

consultas de acuerdo con la necesidad de las embarazadas.

5.14. Investigación sobre la atención prenatal

La utilización de este protocolo va a generar datos que permitan evaluar su efectividad y el perfil epidemiológico de las embarazadas del área de influencia de los servicios de atención prenatal.

Las enfermeras licenciadas deben estar sensibilizadas sobre la importancia de incorporar la investigación científica como una de sus actividades profesionales. Así, los datos generados podrán ser ampliamente utilizados en la producción del conocimiento de enfermería y la utilización de los resultados en la práctica asistencial en la atención a las embarazadas.

5.15. Proceso de evaluación sistemática de los protocolos

El mejoramiento de la calidad de los servicios de salud se ha estado desarrollando de manera continua e interrumpida desde los años '60 y ha creado un conjunto de conocimientos, experiencias y prácticas específicas.

El control de la calidad de la atención de enfermería utiliza como abordaje un proceso de análisis sistematizado de los cuidados de enfermería prestados, el alcance de las metas establecidas para asegurar e implementar la excelencia de la atención y cuidados legalmente asumida por los servicios de salud.

En el ámbito de la enfermería, la calidad involucra los conocimientos relacionados a los procesos cuidadores, las habilidades de las enfermeras, las creencias y valores individuales, profesionales e institucionales, lo que define el ámbito de las estructuras, procesos y resultados que se desea

evaluar. Así, en el ámbito de este proyecto, hay que destacar la importancia de la complementación de los diferentes actores profesionales y legos, con el objeto de adecuar los principios de control de calidad a los supuestos socioculturales de cada lugar, región o país.

Los conocimientos que fundamentan las acciones de enfermería constituyen un conjunto teórico, identificado como ciencia de la enfermería y se expresan operacionalmente por el proceso de enfermería, que busca por medio de la sistematización de las acciones y por la identificación de los diagnósticos de enfermería, la atención de las necesidades de la embarazada, de su familia y de la comunidad con los recursos disponibles.

Este último aspecto asociado a los padrones mínimos de los servicios de salud, determinados por los Ministerios de Salud de cada país y complementados por las directrices ofrecidas por la OMS/OPS, caracteriza el Sistema de Evaluación, que deberá ser implementado con el objeto de mejorar la calidad de la atención materno-infantil en América Latina.

Esta propuesta se fundamenta en esta "visión de la atención segura a la embarazada" y deberá ser adaptada, manteniendo sus bases fundamentadas intactas, asegurando se posibilite la comparación entre comunidades, regiones y países, manteniéndose, con todo, actualizada por medio de los análisis basados en las "evidencias científicas" disponibles en los escenarios internacionales.

Objetivos

- evaluación objetiva de la organización del servicio de la asistencia a la embarazada;
- evaluación de los resultados de la asistencia a la salud de la embarazada;
- identificación de los puntos fuertes y débiles teniendo en vista el desarrollo de planes

estratégicos junto a los clientes externos (adherencia) y los clientes internos (mejoramiento de la calidad de la atención);

- empoderamiento de la comunidad asistencial/usuario en relación con los procesos necesarios para una atención de enfermería prenatal basada en evidencias;
- fundamentar los planes de educación continuada y permanente de los profesionales;
- identificar temas / áreas que requieren desarrollo de investigaciones regionales.

La organización del *Instrumento de Evaluación de la Atención Prenatal*, responderá a la forma de presentación del presente documento, es decir, los criterios serán presentados en la siguiente secuencia:

- condiciones básicas para la organización de la atención prenatal
- cobertura
- captación de las embarazadas
- garantía de acceso
- identificación de factores de riesgo
- ambiente
- participación del acompañante
- referencia y seguimiento
- búsqueda activa
- actividades educativas
- orientaciones
- exámenes solicitados
- control de la atención prenatal
- características de las consultas
- intervenciones
- documentación

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRENATAL

Criterios e ítems	SI	NO	Observaciones
1. Condiciones básicas de la organización prenatal			
1.1. Existe una obstetriz, enfermera licenciada o equivalente.			
1.2. Existe equipo técnico.			
1.3. El equipo técnico demuestra conocer los factores sociales, culturales, ambientales y epidemiológicos que interfieren en la salud de la embarazada.			Anexar resumen.
1.4. Existen los siguientes materiales: mesa de examen ginecológico, balanza de adultos, estetoscopio clínico y de Pinard, esfigmomanómetro, cinta métrica, espéculos, pinzas auxiliares (8 ítems obligatorios).			
1.5. Existen los siguientes impresos: cuaderno de la embarazada, ficha perinatal, historia clínica perinatal base (primera visita y controles) formulario de evaluación de la satisfacción de la embarazada (5 ítems obligatorios).			
1.6. Se utiliza el formulario de evaluación de la satisfacción de la embarazada/compañero.			Número de atenciones realizadas/número de fichas llenados en el período.
1.7. Existen informaciones y documentos disponibles sobre la realidad epidemiológica local.			
1.8. Existe un sistema formal de referencia disponible para ser utilizado por los profesionales y divulgado a las usuarias.			Verificar la forma de documentación.
2. Cobertura			
2.1. Todas las embarazadas del área de acción de la unidad de salud están identificadas.			Número de embarazadas identificadas/total de embarazos esperados en el área.
2.2. Todas las embarazadas del área realizaron como mínimo 4 consultas en el prenatal.			Analizar 10% de las fichas de las embarazadas en un determinado período verificando su periodicidad. Número de embarazadas que realizaron 4 consultas/ Total de embarazadas que asisten a controles.

(Continúa)

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRENATAL

Criterios e ítems	SI	NO	Observaciones
2.3. Todas las embarazadas del área realizaron sus consultas en el período previsto: Primera, antes de las 12 semanas, segunda, hasta las 26 semanas, tercera, hasta las 32 semanas y la cuarta, entre las 36 y las 38 semanas.			Analizar 10% de las fichas de las embarazadas en un determinado período, verificando la edad gestacional. Número de las embarazadas que realizaron las consultas en los plazos indicados/ Total de embarazadas con 4 consultas.
3. Captación			
3.1. Existen carteles sobre el prenatal con la dirección de la unidad, horario de atención e importancia de realizar las consultas.			Anexar.
3.2. Existen folletos con el objeto de sensibilizar a las embarazadas sobre la importancia del prenatal.			Anexar folleto.
3.3. Existe proceso de búsqueda activa de embarazadas faltantes.			¿Cuál?
4. Garantía de acceso			
4.1. Existen reclamos sobre la distancia del servicio de atención prenatal.			Verificar la ficha de evaluación de satisfacción e identificar el número de embarazadas que reclamaron en el período analizado, identificando el lugar de la vivienda en un folleto aparte (tiempo de recorrido hasta 30 minutos de la residencia).
4.2. Existe disponibilidad de horarios para marcar consultas para la mujer trabajadora.			¿Cuál?
4.3. Se documentan número de consultas realizadas en el período.			Número de consultas agendadas/número de consultas realizadas.
5. Identificación de factores de riesgo			
5.1. El Formulario de Clasificación de la embarazada está llenado completamente.			Sólo considerar si está completo –Total de 30 ítems.
5.2. Verificar las fichas de atención del 10% de las embarazadas atendidas en el período (elegidas por sorteo) para determinar si han recibido o no orientación una vez identificados los factores de riesgo.			Anotar en una hoja especial la identificación de no orientación a embarazadas con factores de riesgo identificados. Número de embarazadas con factores de riesgos no orientados/ total de embarazadas atendidas con factores de riesgo

(Continúa)

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRENATAL

Criterios e ítems	SI	NO	Observaciones
6. Ambiente			
6.1. Existen anotaciones sobre las preocupaciones, ansiedad y miedo en el 10% de las fichas de las embarazadas analizadas.			Anotar en una hoja especial el número de embarazadas que presenten por lo menos una anotación. Número de fichas con anotación/ Total de fichas analizadas.
6.2. Las consultas de este 10% de embarazadas analizadas fueron realizadas por los profesionales que realizaron la primera consulta.			Número de veces en que hubo cambio de profesional/ Total de fichas analizadas.
6.3. La embarazada sabe el nombre del profesional que realiza la consulta.			En un día determinado (no comunicado a los profesionales) preguntar en la sala de espera a las embarazadas presentes: Número de embarazadas que identificaron a un profesional / Total de embarazadas presentes.
7. Participación del acompañante			
7.1. Número de embarazadas acompañadas presentes en la sala de espera en un determinado día.			Número de embarazadas presentes con acompañante /Total de embarazadas presentes -no considerar a los niños.
8. Referencia y seguimiento			
8.1. Existe documentación sobre el número de embarazadas referidas a otros servicios.			Cuántas y para qué tipo de atención fueron referidas en un período determinado.
8.2. Número de púérperas que volvieron a consulta en la primera semana de post-parto.			Número de púérperas que retornan a la primera consulta post parto /total de partos.
9. Búsqueda activa			
9.1. Existe documentación referente a la identificación de las embarazadas que faltan a las consultas.			Número embarazadas faltantes /total de embarazadas agendadas en un período determinado.
10. Actividades educativas			
10.1. Existen actividades programadas para embarazadas y grupos de embarazadas/acompañantes.			¿Cuáles?

(Continúa)

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRENATAL

Criterios e ítems	SI	NO	Observaciones
11. Orientaciones			
11.1. Se realiza orientación individual o en grupo, sobre los siguientes aspectos: sexualidad, vacunación antitetánica, lactancia materna, prevención ITS, señales de incomodidad en el embarazo, señales de riesgo o peligro durante el embarazo, preparación y planeando el parto, señales y signos de complicación del parto y post parto. Derechos y deberes de la embarazada, importancia de la participación familiar/acompañante y su papel y red hospitalaria disponible.			El auditor deberá tener acceso al plan individual o grupal de orientación. Todos los 11 ítems deberán estar contemplados.
12. Exámenes solicitados			
12.1. Todos los exámenes considerados imprescindibles fueron realizados: tipo sanguíneo, factor RH, hemoglobina, Test para VIH, orina y serología para sífilis.			Considerar el 10% de fichas de embarazadas analizadas en el período, si presentan o no los resultados anotados en las fichas. X.
13. Control de la atención prenatal			
13.1. Existen datos de identificación de la embarazada en la Lista de Controles.			Deberán estar especificados: nombre, dirección y número de historia clínica (3 ítems).
13.2. La lista de controles realizados en la primera consulta está completa.			Total de 14 ítems: Formulario de Clasificación, edad gestacional, altura uterina, frecuencia cardíaca fetal, presión arterial, peso y altura, solicitud de los 5 exámenes de laboratorio, vacuna antitetánica, orientación para situaciones de emergencia, ficha perinatal completa e inclusión de información sobre transfusión de sangre, uso de medicamentos, señales de anemia severa y nombre completo y firma del profesional.
13.3. La lista de controles realizados en la segunda consulta está completa.			Total de 11 ítems: Detección de anemia, edad gestacional, altura uterina, frecuencia cardíaca fetal, presión arterial, peso, recomendaciones para situaciones de emergencia, ficha perinatal completa, orientaciones, alteraciones ocurridas desde la primera consulta, nombre completo y firma del profesional.

(Continúa)

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRENATAL

Criterios e ítems	SI	NO	Observaciones
13.4. La lista de controles realizados en la tercera consulta está completa.			Total de 15 ítems: Detección de anemia, edad gestacional, altura uterina, frecuencia cardíaca fetal, presión arterial, peso, recomendaciones para situaciones de emergencia, ficha perinatal completa, orientaciones, alteraciones ocurridas desde la primera consulta, solicitud de prueba de hemoglobina, segunda dosis de vacuna antitetánica, orientaciones para el parto y planificación del nacimiento, orientación sobre lactancia materna, nombre completo y firma del profesional.
13.5. La lista de controles realizados en la cuarta consulta está completa.			Total de 16 ítems: Detección de anemia, edad gestacional, altura uterina, frecuencia cardíaca fetal, presión arterial, peso, recomendaciones para situaciones de emergencia, ficha perinatal completa, orientaciones, alteraciones ocurridas desde la primera consulta, solicitud de prueba de hemoglobina, segunda dosis de vacuna antitetánica, orientaciones para el parto y planificación del nacimiento, orientación sobre lactancia materna, detección de presentación anómala del feto, nombre completo y firma del profesional.
14. Consulta post-parto			
14.1. Existen anotaciones en la historia clínica sobre la puérpera.			Total de 10 ítems: evaluación de la involución uterina, evaluación de la condición del perineo o de la cicatriz abdominal, loquios, mamas, orientación sobre planificación familiar, orientaciones sobre los cuidados del recién nacido, orientación sobre lactancia materna, verificación de la vacuna antitetánica, anotaciones sobre el comportamiento materno con relación al recién nacido, nombre completo y firma del profesional.

Operacionalización del proceso de evaluación

La implementación de la presente propuesta deberá ser desarrollada en el siguiente formato:

1. Divulgación del Proyecto y de los instrumentos, después de la realización de un proyecto piloto con entrenamiento específico, teniendo en vista su compatibilidad en diferentes escenarios.
2. Identificación de componentes diferenciados existentes en cada región (disponibilidad financiera, recursos humanos, cultura, creencias y valores) entre otros aspectos que deberán ser considerados.
3. Validación del Proyecto como un todo, por los diferentes órganos formales (Ministerios de Salud o Departamentos Distritales), legales y organizaciones no gubernamentales vinculados a la atención prenatal.
4. Identificación de criterios "mínimos" para la consolidación de la propuesta.
5. Definición de "ítems complementarios" para cada país o región.
6. Elaboración del "instrumento final" compatible con los recursos disponibles.
7. Formación de multiplicadores en cada país por medio de talleres.
8. Determinación de las posibilidades de ejecución de los procesos de control en cada región/país (si las evaluaciones serán mensuales o trimestrales).
9. Elaboración de un cronograma de aplicación local y análisis regional o central.
10. Constitución de "grupos de interés" para el desarrollo de los trabajos.
11. Consolidación de las tareas que deberán ser ejecutadas por medio de fichas de orientación específicas.
12. Elaboración de sub-proyectos locales incluyendo la elaboración de informes locales, regionales y nacionales, y análisis final de los datos.

Este protocolo se destina a la atención prenatal de las mujeres embarazadas de bajo riesgo. El Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) de OPS/OMS desarrolló el Sistema Informático Perinatal (SIP) que incluye la Historia Clínica Perinatal, instrumento desarrollado para facilitar el proceso de atención perinatal en la Región, así como identificar factores de riesgo durante el embarazo, el parto y de los recién nacidos. En el marco de la operacionalización de este esfuerzo, varios países de la Región, han implementado el SIP y forma parte de las normas y estándares nacionales. Además, la historia clínica perinatal está armonizada con los resultados del Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de OMS. Es por ello, que es recomendable para este efecto, utilizar este formulario perinatal cuando el mismo forme parte de las normas nacionales (Figura 3).

Por otro lado, la OMS desarrolló el formulario de clasificación de mujeres para la atención prenatal de bajo riesgo o para derivación. La elegibilidad de las mujeres se determina a través de criterios pre-establecidos que son presentados en el formulario de clasificación (Figura 4). Así, en la primera consulta, se debe proceder a evaluar para seleccionar a las mujeres elegibles para brindar la atención básica prenatal y/o de bajo riesgo. Este formulario ha sido adaptado del propuesto en el nuevo modelo de atención prenatal de la OMS (2003) que contempla preguntas sobre los antecedentes obstétricos, gestación actual, patologías en general y factores sociales/culturales/ambientales deberá ser utilizado para la detección del riesgo. Las

mujeres que responden “sí” a cualquiera de las preguntas que están señaladas con un asterisco, las torna inelegibles para ser acompañadas en este modelo y deben ser derivadas hacia un nivel especializado. Cuando la respuesta es “sí” en los demás, significa que ellas son más vulnerables a desencadenar enfermedades y complicaciones en cualquier fase del proceso gestacional, requiriendo por lo tanto una atención especial.

La embarazada, independientemente de la edad gestacional, debe ser evaluada en la primera consulta para que se identifiquen rápidamente factores de riesgo o patologías que determinen su derivación para una atención especializada.

Es posible que una embarazada derivada para un nivel especializado de atención prenatal, conforme el formulario de clasificación, pueda estar apta a retornar para el acompañamiento prenatal de bajo riesgo.

Las actividades a ser desarrolladas durante las cuatro consultas de prenatal están distribuidas en la lista de controles (Figura 5). Ella será utilizada para registrar las intervenciones realizadas en cada consulta, que también deberán ser incorporadas en la ficha obstétrica de cada embarazada conjuntamente con los resultados de los exámenes y los tratamientos recomendados. Con esta lista, cualquier profesional puede rápidamente identificar y planear las actividades previstas para cada consulta.

Figura 3. Historia clínica perinatal (CLAP)

HISTORIA CLINICA PERINATAL-CLAP-OPS/OMS

NOMBRE: _____ DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____ TELEF.: _____

FECHA DE NACIMIENTO: día mes año _____ RAZA: ☐ blanca ☐ indígena ☐ mestiza ☐ negra ☐ otra _____ ALFA BETA: ☐ ninguno ☐ primaria ☐ secund. univers. años en el mayor nivel _____ ESTUDIOS: ☐ ninguno ☐ primaria ☐ secund. univers. años en el mayor nivel _____ ESTADO CIVIL: ☐ unión estable ☐ casada ☐ soltera ☐ otro _____ CONTROL PRENATAL EN: _____ PARTO EN: _____ NUMERO IDENTID.: _____

ANTECEDENTES

FAMILIARES: ☐ no ☐ si ☐ TBC ☐ diabetes ☐ hipertensión ☐ preeclampsia eclampsia ☐ otros _____ PERSONALES: ☐ no ☐ si ☐ cirugía tracto reprod. ☐ infertilidad ☐ cardiop/ nefrop. ☐ cond. médica grave _____ OBSTETRICOS: gestas previas _____ abortos _____ vaginales _____ nacidos vivos _____ viven _____ FIN EMBARAZO ANTERIOR: día mes año _____ EMBARAZO PLANEADO: ☐ si ☐ no _____ FRACASO METODO ANTICONCEP.: ☐ no usaba ☐ barrera ☐ DIU ☐ píldora ☐ depo ☐ natural _____

GESTACION ACTUAL

PESO ANTERIOR: _____ Kg. TALLA (cm): _____ FUM: _____ día mes año _____ EG CONFIABLE: ☐ por FUM ☐ Eco <20 s. MOVIM. FETALES: desde _____ CIGARRILLOS POR DIA: _____ ALCOHOL: ☐ no ☐ si _____ ANTITETANICA: ☐ no ☐ si _____ ANTIRUBEOLA: ☐ no ☐ si _____ EX. NORMAL: ☐ si ☐ no _____

BACTERIURIA: ☐ no ☐ si ☐ no se hizo _____ GRUPO: _____ Rh: _____ PAPANICOLAU: ☐ vigente ☐ no solicitado _____ VIH: ☐ solicitado ☐ no solicitado _____ VDRL/RPR: ☐ <20 sem ☐ no se hizo _____ SIFILIS: ☐ confirmada por FTA ☐ no se hizo _____ VDRL/RPR: ☐ ≥20 sem ☐ no se hizo _____ Hb <20 sem: _____ g. Fe/FOLATOS: ☐ no ☐ si _____ Fe: _____ g. Folicos: _____ g. Hb ≥20 sem: _____ g. ESTREPTOCOCCO B 35-37 semanas: ☐ no ☐ si _____ PELVIANA: ☐ intento versión externa ☐ si ☐ no cefálica

	día	mes	edad gest.	peso	P A	altura uterina	presen tación	latidos fetales	signos de alarma, exámenes, tratamientos	próxima cita
1										
2										
3										
4										
5										
6										

PARTO ☐ **ABORTO** ☐

FECHA DE INGRESO: día mes año _____ CONSULTAS PRE-NATALES: ☐ total ☐ parcial _____ HOSPITALIZ. en EMBARAZO: ☐ completo ☐ múltiples ☐ incompl. _____ CORTICOIDES ANTENATALES: ☐ ciclo unico ☐ múltiples ☐ semana inicio _____ INICIO: ☐ espontáneo ☐ inducido ☐ cesar. elect. _____ FECHA Y HORA DE RUPTURA DE MEMBRANAS: día mes año hora min _____ RUPTURA MEMBRANAS ANTEPARTO: ☐ no ☐ si _____ EG sem. I: _____ Tiempo hasta el parto: _____ d. h. min. _____ EDAD GEST. al parto: _____ semanas _____ días _____ por FUM _____ por Eco. _____ PRESENTACION: ☐ cefálica ☐ pelviana ☐ transversa _____

NACIMIENTO: ☐ vivo ☐ muerto anteparto ☐ parto ☐ ignora ☐ moribundo _____ hora min día mes año _____ MULTIPLE: ☐ no ☐ si _____ INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION: _____ INDUC. _____ OPER. _____

espon. ☐ otra ☐ forceps ☐ cesárea ☐ vacuum _____

acompañante: ☐ pareja ☐ otro ☐ familiar ☐ ninguno _____ POSICION PARTO: ☐ sentada ☐ acostada ☐ otras _____ DESGARROS: ☐ no ☐ si _____ OCITOCICOS EN ALUMBRAMIENTO: ☐ no ☐ si _____ PLACENTA RETENIDA: ☐ extracción manual ☐ manual _____ LIGADURA CORDON: ☐ precoz (<30s) ☐ tardía (>30s) _____

HTA previa ☐ no ☐ si _____ HTA inducida embarazo ☐ no ☐ si _____ preeclampsia ☐ no ☐ si _____ eclampsia ☐ no ☐ si _____ cardiop/ nefrop. ☐ no ☐ si _____ diabetes ☐ no ☐ si _____ corioamionitis ☐ no ☐ si _____ infec. urinaria ☐ no ☐ si _____ amenaza parto preter. ☐ no ☐ si _____ R.C.I.U. ☐ no ☐ si _____ rotura prem. de membranas ☐ no ☐ si _____ infección puerperal ☐ no ☐ si _____

ACOMPANANTE: ☐ pareja ☐ otro ☐ familiar ☐ ninguno _____ POSICION PARTO: ☐ sentada ☐ acostada ☐ otras _____ DESGARROS: ☐ no ☐ si _____ OCITOCICOS EN ALUMBRAMIENTO: ☐ no ☐ si _____ PLACENTA RETENIDA: ☐ extracción manual ☐ manual _____ LIGADURA CORDON: ☐ precoz (<30s) ☐ tardía (>30s) _____

HTA previa ☐ no ☐ si _____ HTA inducida embarazo ☐ no ☐ si _____ preeclampsia ☐ no ☐ si _____ eclampsia ☐ no ☐ si _____ cardiop/ nefrop. ☐ no ☐ si _____ diabetes ☐ no ☐ si _____ corioamionitis ☐ no ☐ si _____ infec. urinaria ☐ no ☐ si _____ amenaza parto preter. ☐ no ☐ si _____ R.C.I.U. ☐ no ☐ si _____ rotura prem. de membranas ☐ no ☐ si _____ infección puerperal ☐ no ☐ si _____

RECIE NACIDO

SEXO: ☐ f ☐ m _____ PESO AL NACER: _____ g. LONGITUD: _____ cm. PER. CEFALICO: ☐ no ☐ si _____ EG CONFIABLE: ☐ sem. ☐ días _____ PESO E.G.: _____ g. APGAR: ☐ 1' min. ☐ 5' min. _____ REANIMACION: ☐ no ☐ si _____ FALLECE en SALA de PARTO: ☐ no ☐ si _____ REFERIDO: ☐ no ☐ si _____

DEFECTOS CONGENITOS: ☐ no ☐ si ☐ menor ☐ mayor _____ ENFERMEDADES: ☐ no ☐ si _____

TAMIZAJE NEONATAL NORMAL: VDRL TSH Hbptia Audición Bilir. Meconio 1 día _____

ATENDIO: ☐ médico ☐ enf./obst. ☐ auxil. ☐ estud./empir. ☐ otro _____ Nombre: _____

PUERPERIO

hora min T°C pulso P A invol. loquios _____

EGRESO RN

vivo ☐ vivo después de traslado ☐ fallece ☐ fallece después de traslado ☐ _____ EDAD: ☐ días completos ☐ <1 día _____ LACTANCIA: ☐ exclusiva ☐ parcial ☐ fórmula _____ PESO AL EGRESO (g): _____

EGRESO MATERNO

viva ☐ viva después de traslado ☐ fallece ☐ fallece después de traslado ☐ _____ ANTIRUBEOLA POST PARTO: ☐ no ☐ si _____ ANTICONCEPCION: ☐ barrera ☐ DIU ☐ natural ☐ referida ☐ hormonal ☐ otro _____

NUMERO IDENTID.: _____ Nombre Recién Nacido: _____ Responsable: _____

Patrones de altura uterina e incremento de peso materno según edad gestacional. Una vez conocida la edad gestacional, se la ubica en la gráfica y se comparan los valores obtenidos con los centiles (P₁₀, P₂₅ y P₉₀) graficados.

Figura 3. (Continúa)

CLAP (OPS/OMS) - Sistema Informático Perinatal

LISTADO DE CÓDIGOS

Historia Clínica Perinatal - Base

Los números a la izquierda son para la codificación en este formulario. El código a la derecha es de la Clasificación Internacional de Enfermedades Rev. 10 (CIE 10) OPS/OMS 1992

PATOLOGÍAS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (EPP)		PATOLOGÍA NEONATAL	
50 GESTACIÓN MÚLTIPLE	C30	50 ENFERMEDAD DE MEMBRANAS HIALINAS	P22.0
51 HIPERTENSIÓN PREVIA	O10.0	51 SÍNDROMES ASPIRATIVOS	P24
01 Hipertensión previa esencial complicando EPP	O10.0	52 APNEAS POR PREMATUREZ	P28.3-P28.4
02 Hipertensión previa secundaria complicando EPP	O10.4	53 OTROS SDR	Q25.0, P29.3, P23, P25, P22, P27
52 PRECLAMPSIA	O13, O14	01 Ductus arterioso persistente	Q25.0
04 Hipertensión transitoria del embarazo	O16	02 Persistencia de la circulación fetal	P23.3
05 Preeclampsia leve	O13	03 Neumonía congénita	P23
06 Preeclampsia severa y moderada	O14	04 Neumotorax y enfisema intersticial	P25
53 HIPERTENSIÓN PREVIA CON PROTEINURIA SOBREGREGADA	O11	05 Taquipnea transitoria	P22.1
54 ECLAMPSIA	O15	06 Enfermedad respiratoria crónica originada en el periodo perinatal	P27
55 CARDIOPATÍA	Z86.7	HEMORRAGIAS	
56 DIABETES	O24	07 Enfermedad hemorrágica del recién nacido	P53
57 Diabetes mellitus insulino-dependiente previa	O24.0	55 Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal	P26
58 Diabetes mellitus no insulino-dependiente previa	O24.1	56 Hemorragia umbilical (excluye las onfalitis con hemorragia)	P51
59 Diabetes mellitus iniciada en el embarazo	O24.4	HIPOBILIRUBINEMIAS	
07 Test de tolerancia a la glucosa anormal	R73.0	08 Enfermedad hemolítica por inmunización Rh	P55.0
60 INFECCIÓN URINARIA	O23.0-O23.4	09 Enfermedad hemolítica por inmunización ABO	P55.1
08 Bacteriuria asintomática del embarazo	R82.7	10 Ictericia neonatal asociada a parto de pretérmino	P59.0
61 OTRAS INFECCIONES	O88.B06.B50-B54.A60	58 HEMATOLOGICAS (excluyendo P50-P59)	P60-P61
62 Infecciones del tracto genital en el embarazo	O23.5	11 Policitemia neonatal	P61.1
09 Sífilis complicando EPP	O98.1	12 Anemia congénita	P57.8
10 Gonorrea complicando EPP	O98.2	79 Anemia falciforme	D57.0-D57.2 y D57.8
11 Malaria	B50-B54	13 Otras afecciones hematológicas	(P35-P39.A09, G00.A54.3)
12 Infección herpética anogenital (herpes simplex)	O98.4	INFECCIONES	
13 Hepatitis viral	O98.4	14 Diarrea	G00
64 TBC complicando EPP	O98.0	15 Meningitis	P38
80 Rubeola complicando EPP	B06.0, B06.8 y B06.9	16 Onfalitis	P39.1, A54.3
65 PARASITOSIS COMPLICANDO EPP	O98.8	17 Conjuntivitis	P39.41.00
77 Chagas	O98.6	59 Infecciones de la piel del recién nacido	P36
78 Toxoplasmosis	O98.6	18 Sepsicemia	(resto del P35-P39)
66 RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO	O05	20 Enterocolitis necrotizante (ECN)	P77
67 AMENAZA DE PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO)	O60	49 Tétanos neonatal	A33
13 Incompetencia cervical	O34.3	60 Sífilis congénita	A50
68 DESPROPORCIÓN CEFALOPELVICA	O64, O65, O69	61 Enfermedades congénitas virales	P35
14 Parto obstruido por malposición y anomalía de la presentación del feto	O64	68 Síndrome de Rubeola congénita (SRC)	P35.5
15 Parto obstruido debido a anomalía pélvica materna	O65	69 Citomegalovirus (CMV)	P35.1
16 Otros partos obstruidos por causa fetal	O66	70 Toxoplasmosis congénita	P37.1
69 HEMORRAGIA DEL PRIMER TRIMESTRE	O01	39 HIV positivo	R75
17 Mola hidatiforme	O01	19 Otras infecciones del periodo perinatal	(resto de P60-P61)
18 Aborto espontáneo y aborto retenido	O02.1, O03	NEUROLÓGICA (EXCLUYE MALFORMACIONES)	
19 Embarazo ectópico	O00	33 Hidrocefalia adquirida	G91
20 Aborto inducido y terapéutico	O06, O04	34 Leucomalacia periventricular y cerebral	P91.1, P91.2
21 Amenaza de aborto	O20.0	35 Trauma obstétrico con lesión intracranial, del SNC y del sistema nervioso periférico	P10, P11, P14
70 HEMORRAGIA DEL 2º Y 3º TRIMESTRE	O44.1	36 Hemorragia intracraniana no traumática	P52
22 Placenta previa con hemorragia	O45	37 Convulsiones	P90
23 Desprendimiento prematuro de placenta	O46.0	71 Encefalopatía hipóxico isquémica	P21
24 Hemorragia anteparto con defecto de la coagulación	O71.0, O71.1	38 Otras afecciones del estado cerebral	P91
25 Ruptura uterina antes o durante el parto	O71.3	METABOLICA/NUTRICIONAL	
26 Laceración obstétrica del cuello del útero	O98.0	43 Síndrome de "hijo de diabética"	P70.0, P70.1
71 ANEMIA	D50	45 Hipopigmentación	P70.3, P70.4, E16.2
27 Anemia por deficiencia de hierro	D57.0-D57.2 y D57.8	46 Otras afecciones metabólicas y nutricionales	P75-P78
72 ANEMIA FALCIFORME	O42	66 OTRAS PATOLOGÍAS RN	
73 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	O41.1	40 Retinopatía de la prematuridad	H35
28 Infección del saco amniótico y membranas	O85, O86	41 Hernia inguinal	K40
74 INFECCIÓN PUERPERAL	O85, O86	65 Síndrome de daño por frío	P80.0 (excluye hipotermia leve P80.8)
29 Sepsis puerperal	O81		
30 Infección mamaria asociada al nacimiento	O72		
75 HEMORRAGIA POSTPARTO	O72.0, O72.1		
31 Placenta retenida	O70.0, O70.1		
32 Útero atónico	O70.2, O70.3		
33 Laceraciones perineales de 1º y 2º grado	O70.2, O70.3		
34 Laceraciones perineales de 3º y 4º grado	(resto de O00-O99)		
76 OTRAS PATOLOGÍAS MATERNALES	O44.0		
35 Placenta previa sin hemorragia	O41		
36 Hipertensión gravídica	O21		
37 Enfermedad renal no especificada durante el embarazo sin mención de hipertensión	O26.8, O99.8 (condiciones en N00-N99)		
38 Dependencia de drogas	F10-F19		
39 Sufimiento fetal	O68		
40 Polihidramnios	O40		
41 Oligohidramnios (sin mención de ruptura de membranas)	O41.0		
42 Trabajo de parto y parto complicado con complicaciones de cordón umbilical	O69		
43 Complicaciones anestésicas durante parto y puerperio	O74		
44 Embolismo obstétrico	O88		
45 Falla de cierre de la herida de cesárea	O90.0		
46 Falla de cierre de la episiotomía	O90.1		
47 SIDA	B20-B24		
48 HIV positivo	R75		
49 Neoplasia maligna del cuello uterino	C53		
48 Neoplasia maligna de la glándula mamaria	C50		
INDICACIÓN PRINCIPAL DE PARTO QUIRÚRGICO O INDUCCIÓN		ANOMALIAS CONGENITAS	
01 Cesárea previa	14 Posición transversa	120 Anencefalia	Q00.0
02 Sufimiento fetal agudo	15 Ruptura prematura de membranas	121 Espina bífida/Meningocele	Q05, Q07.0
03 Desproporción cefalo-pélvica	16 Infección ocular (sospechada o confirmada)	122 Hidroanencefalia	Q04.3
04 Alteración de la contractilidad	17 Placenta Previa	123 Hidrocefalia	Q03
05 Parto prolongado	18 Abrujo placental	124 Microcefalia	Q02
06 Fracaso de la inducción	19 Ruptura uterina	125 Holo-prosencefalia	Q04.2
07 Descenso detenido de la presentación	20 Preeclampsia y eclampsia	127 Otras anomalías del Sistema Nervioso Central	Q04, Q06
08 Embarazo múltiple	21 Herpes anogenital	128 Tronco arterioso	Q20.0
09 R.C.I.U.	22 Condilomatosis genital	129 Trasposición grandes vasos	Q20.3
10 Parto de pretérmino	23 Otras enfermedades maternas	130 Tetralogía de Fallot	Q21.3
11 Parto de postérmino	24 Muerte fetal	131 Ventriculo único	Q20.4
12 Presentación podálica	25 Madre exhausta	132 Doble tracto de salida de vent. derecho	Q20.1
13 Posición posterior	26 Otras	133 Canal ateo-vent. completo	Q22.0
		134 Atresia pulmonar	Q22.0
		135 Atresia bicuspidal	Q22.4
		136 Síndrome de hipoplasia de corazón izquierdo	Q22.4
		137 Coartación de aorta	Q25.1
		138 Retorno venoso pulmonar anómalo total	Q26.2
		139 Otras anomalías circulatorias respiratorias	Q24, Q28.34
		140 Paladar hendido	Q35
		141 Fístula traqueo-esofágica	Q39.1
		142 Atresia esofágica	Q39.0, Q39.1
		143 Atresia de colon o recto	Q42.0, Q42.1, Q42.8, 42.9
		144 Ano imperforado	Q42.3
		145 Onfalocelo	Q79.2
		146 Gastrosquisis	Q79.3
		147 Atresia duodenal	Q41.0
		148 Atresia yeyunal	Q41.1
		149 Atresia ileal	Q41.2
		150 Otras anomalías gastrointestinales	Q40.43.45
		151 Genitales malformados	Q60-Q66
		152 Agenesia Renal bilateral	Q60.1
		153 Riñones poli o multiquísticos o displásicos	Q61.1-61.9
		154 Hidronefrosis congénita	Q62.0
		155 Ectopia de la vejiga	Q64
		156 Otras anomalías nefroureterales	Q63.64
		157 Trisomía 13	Q81.4, Q81.5, Q81.6
		158 Trisomía 18	Q81.0, Q81.1, Q81.2
		159 Síndrome de Down	Q80
		160 Otras anomalías cromosómicas	Q82, Q7.99
		162 Labio hendido	Q26
		161 Polidactilia	Q69
		162 Sindactilia	Q70
		163 Displasia esquelética	Q77-78
		164 Pes equinovarus / talovalgus (Pie Bot)	Q66.8
		165 Hemia Diafragmática	Q79.0
		166 Hidrops fetal	P56, P58.2
		167 Oligoamnios severo	P01.2
		168 Otras anomalías musculo-esqueléticas	Q68.74, 75.79
		169 Anomalías tegumentarias	Q82.84
MEDICACIÓN DURANTE EL TRABAJO DE PARTO			
01 Lidocaina o similar	16 Inhibidores de Prostaglandinas		
02 Aminas simpatomiméticas	17 Antagonistas del calcio		
03 Gases anestésicos (pentrane-fluorano-óx. nítrico)	18 Sulfato de magnesio		
04 Barbitúricos	19 Hidralazina		
05 Relajantes musculares	20 Beta bloqueantes		
06 Diazepam	21 Otros antihiperensivos		
07 Meperidina	22 Sangre y derivados		
08 Espasmolíticos	23 Heparina		
09 Oxitocina	24 Corticoides		
10 Prostaglandinas	25 Cardiotónicos		
11 Betalactámicos (Penicilinas-cefalosporinas)	26 Diuréticos		
12 Aminoglicósidos (gentamicina-amykacina)	27 Aminofilina		
13 Entromicina	28 Insulina		
14 Metronidazol	29 Difenhidantoína		
15 Betamimeticos	30 Otros		

Figura 4. Formulario de clasificación –Criterios para clasificar a las mujeres para la atención prenatal de bajo riesgo o para derivación– adaptado de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Número de historia clínica

Nombre de la mujer embarazada: _____

Dirección y teléfono _____

INSTRUCCIONES: Responde las siguientes preguntas marcando con una cruz la casilla correspondiente.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

	No	Si
1. Muerte fetal o muerte neonatal previas	☐	☐
2. Antecedentes de 3 o más abortos espontáneos consecutivos*	☐	☐
3. Peso al nacer del último bebé < 2500g.	☐	☐
4. Peso al nacer del último bebé > 4500g	☐	☐
5. Tuvo una internación por hipertensión o preeclampsia/eclampsia en el último embarazo?	☐	☐
6. Cirugías previas en el tracto reproductivo (miomectomía, resección del tabique, conización, cesárea clásica, cerclaje cervical)*	☐	☐

EMBARAZO ACTUAL

	No	Si
7. Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple	☐	☐
8. Menos de 16 años de edad	☐	☐
9. Más de 40 años de edad	☐	☐
10. Isoinmunización Rh(-) en el embarazo actual o en embarazos anteriores*	☐	☐
11. Hemorragia vaginal*	☐	☐
12. Masa pélvica*	☐	☐
13. Presión arterial diastólica de 90 mm Hg o más durante el registro de datos*	☐	☐

HISTORIA CLÍNICA GENERAL

	No	Si
14. Diabetes mellitus insulín dependiente*	☐	☐
15. Nefropatía*	☐	☐
16. Cardiopatía*	☐	☐
17. Consumo de drogas (incluido el consumo excesivo de alcohol)*	☐	☐
18. Suerología Positiva para HIV*	☐	☐
19. Cualquier otra enfermedad médica severa*	☐	☐

Por favor, especifique _____

FACTORES DE RIESGO SOCIAL, CULTURAL Y AMBIENTAL

	No	Si
20. Gestación indeseada	☐	☐
21. Deprivación social (ausencia de red social de apoyo). Víctima de violencia doméstica	☐	☐
22. Exposición a metales pesados (plomo, mercurio, cadmio), productos químicos, tóxicos, irradiación ionizante	☐	☐
22. Situación ilegal / Refugiada	☐	☐

Una respuesta Si, en las preguntas con un asterisco, significa que la mujer no es elegible para la Atención Prenatal de Bajo Riesgo. En las demás preguntas verificar la necesidad de derivación.

¿Es elegible? (marque con un círculo) No Si

Si la respuesta es NO, será derivada a _____

Fecha _____ Nombre _____ Firma _____

(personal responsable de APN)

Figura 5. Lista de controles realizados en las cuatro consultas de prenatal (basado en el nuevo modelo de atención prenatal de la OMS, 2003)

Nombre: _____ Número: _____

Dirección y teléfono: _____

Nota: marque con "x" las actividades realizadas que corresponden a la columna no sombreada

PRIMERA CONSULTA: para todas las mujeres que consultan por la primera vez, independiente de la edad gestacional

Data: ____/____/____

	Consultas			
	1ª <12ª	2ª	3ª	4ª
Formulario de clasificación: identificar necesidad de derivación				
Examen general:				
Examen obstétrico: estimar edad gestacional				
Altura uterina				
Ausulta del frecuencias cardíacas fetales				
Examen ginecológico (puede ser propuesto para la segunda consulta)				
Verificación presión arterial				
Peso materno				
Altura materna				
Prueba de hemoglobina				
Glicemia				
Análisis de sífilis				
Test VIH				
Prueba de orina (bacteriuria y proteinuria)				
Clasificación del grupo sanguíneo y factor Rh				
Administración de vacuna antitetánica				
Complementación de ácido fólico y hierro				
Recomendaciones para situaciones de emergencia				
Ficha perinatal completa				
Orientaciones/consejería				
Firma del profesional responsable				

SEGUNDA CONSULTA Y CONSULTAS POSTERIORES edad gestacional 26 32 38 Fecha: ____/____/____

Examen clínico para detección de anemia				
Examen obstétrico: edad gestacional				
Altura uterina				
Ausulta del frecuencias cardíacas fetales				
Verificación de la presión arterial				
Peso materno				
Prueba de orina para detección de proteínas (nulíparas o ant. de pré-eclampsia)				
Recomendaciones para situaciones de emergencia				
Ficha perinatal completa				
Orientaciones/consejería				
Firma del profesional responsable				

(Continúa)

Figura 5. (Continúa)

TERCERA CONSULTA: agregar a segunda consulta

Fecha: ____/____/____

	Consultas			
	1ª <12ª	2ª	3ª	4ª
Prueba de hemoglobina				
Administración de vacuna antitetánica (segunda dosis)				
Orientaciones para el parto y planificación del nacimiento				
Orientaciones para la lactancia materna y anticoncepción				
Orientaciones/consejería				
Firma del profesional responsable				

CUARTA CONSULTA: agregar la segunda y tercera consulta

Fecha: ____/____/____

Detección de presentación anómala del feto (pélvica/transversal)				
Ficha perinatal completa				
Orientaciones/consejería				
Firma del profesional responsable				

Primera consulta

Lo ideal es que la primera consulta sea realizada durante el primer trimestre de la gestación, preferentemente antes de la 12ª semana. Independientemente de la edad gestacional, todas las embarazadas serán atendidas de acuerdo con las normas de la primera consulta y de las consultas subsiguientes.

El servicio de atención prenatal debe ofrecer o encaminar para la realización de test de detección del embarazo a las mujeres que durante el primer trimestre no presentan los signos y síntomas de certeza, necesitando confirmación.

Además de la evaluación de los antecedentes clínicos y obstétricos, se deben identificar ciertos factores de riesgo que pueden desencadenar complicaciones como: carga de trabajo extenuante, exposición a agentes teratogénicos (metales pesa-

dos, químicos, tóxicos, radiación ionizante), condiciones socioeconómicas precarias y violencia doméstica que pueden afectar el bienestar materno y fetal.

En virtud de que este protocolo de atención prenatal está basado en el nuevo modelo propuesto por la OMS (2003), con mínimo de cuatro consultas prenatales, la interacción del profesional de salud con la embarazada es un elemento fundamental para promover una relación de confianza y el empoderamiento de la mujer. Así, las orientaciones deben abordar los temas relacionados con la gestación/parto, signos y síntomas que caracterizan una situación de emergencia y cual es el servicio de asistencia al que la embarazada debe recurrir. Para que las actividades propuestas sean desarrolladas, el tiempo de duración de la consulta debe ser de aproximadamente 30 a 40 minutos.

Se recomienda un tacto vaginal de rutina, que puede ser en la primera consulta o en la segunda, de acuerdo con la aceptación de la embarazada. Cuando ella persiste en no aceptar, realizar solamente en las mujeres con antecedentes de aborto espontáneo en el segundo trimestre, parto prematuro o sangrado vaginal. En esta oportunidad, se debe colectar el material para el examen de Papanicolaou, en caso que no haya sido realizado en los últimos dos años, si hay condiciones, caso contrario se lo dejará para la próxima consulta.

Todas las mujeres embarazadas deben recibir el suplemento de hierro de rutina.

Contenido de la primera consulta

a) *Obtener informaciones sobre:*

Datos personales

- Nombre.
- Edad (fecha del nacimiento).
- Dirección y teléfono.
- Situación conyugal.
- Consumo de tabaco, alcohol y uso de otras sustancias nocivas.
- Condiciones de vivienda: tipo, tamaño, número de ocupantes, electricidad, fuente de agua, tipo de baño, tipo de cloaca.
- Escolaridad (últimos estudios cursados).
- Recursos económicos, tipo de trabajo que desarrolla.
- Demanda espontánea o referida.

Historia clínica

Enfermedades y patologías específicas:

- tuberculosis, cardiopatía, nefropatía crónica, epilepsia, diabetes mellitus.
- enfermedades sexualmente transmisibles, incluyendo VIH.
- otras patologías específicas que dependen del predominio de la región, como por ejemplo: hepatitis y malaria.

- otras enfermedades previas o crónicas, alergias.
- cirugías anteriores, además de la cesárea.
- transfusión de sangre. Anticuerpos Rhesus (D).
- uso de medicamentos, especificar cuales.
- período(s) de infertilidad: cuándo, duración, causa(s), tratamiento.

Antecedentes obstétricos

- Número de gestaciones anteriores.
- Fecha (mes y año) y resultado de cada una de ellas (nacido vivo, nacido muerto, aborto, embarazo ectópico, mola hidatiforme). Especificar la emergencia de parto prematuro o tipo de aborto.
- Peso al nacer y sexo.
- Lactancia: cuándo, cuánto tiempo, período de lactancia exclusivo, en caso de destete precoz identificar el motivo.
- Complicaciones maternas o interrupciones de las gestaciones anteriores: aborto espontáneo o inducido, trombosis, embolia, hipertensión arterial, preeclampsia, eclampsia, desprendimiento prematuro de la placenta, placenta previa, diabetes en la gestación, presentación pélvica, situación transversa, distocias en el trabajo de parto, roturas perineales de tercer o cuarto grado, hemorragia postparto, infección puerperal.
- Operaciones obstétricas: cesárea (indicación), extracción por fórceps o vacío, extracción manual de placenta.
- Complicaciones perinatales (fetales y neonatales) y en las gestaciones anteriores: gestación múltiple, bajo peso al nacer (< 2.500g), retardo de crecimiento intrauterino, incompatibilidad Rh (eritroblastosis, hidropsia), recién nacido con malformación o cromosómicamente anormal, recién nacido macrosómico (>4.500g), reanimación u otro tratamiento neonatal, muerte fetal o infantil.

- Tipo de atención de los partos anteriores (domiciliaria, hospitalaria y persona que atendió).

Gestación actual

- Fecha de la última menstruación y verificar certeza de la fecha (regularidad o registro para evaluar la precisión de la información).
- Calcular fecha probable del parto y edad de gestación.
- Hábitos: tabaquismo, alcohol, drogas ilícitas (frecuencia y cantidad).
- Complicaciones: dolor, sangrado vaginal, y otras.

b) Realizar examen físico

- Observar presencia de señales de anemia severa: palidez de la piel, uñas, conjuntiva, mucosa oral y punta de la lengua, falta de aire.
- Verificar peso y estatura para evaluar estado nutricional de la embarazada.
- Verificar presión arterial.
- Realizar auscultación torácica y cardíaca.
- Medir altura uterina (en centímetros) para

evaluar crecimiento uterino relacionado con la edad de gestación (Figura 6).

- Auscultar la frecuencia cardíaca fetal.
- Examen vaginal con espéculo y realizar recolección de material para examen de Papanicolaou, si es necesario.

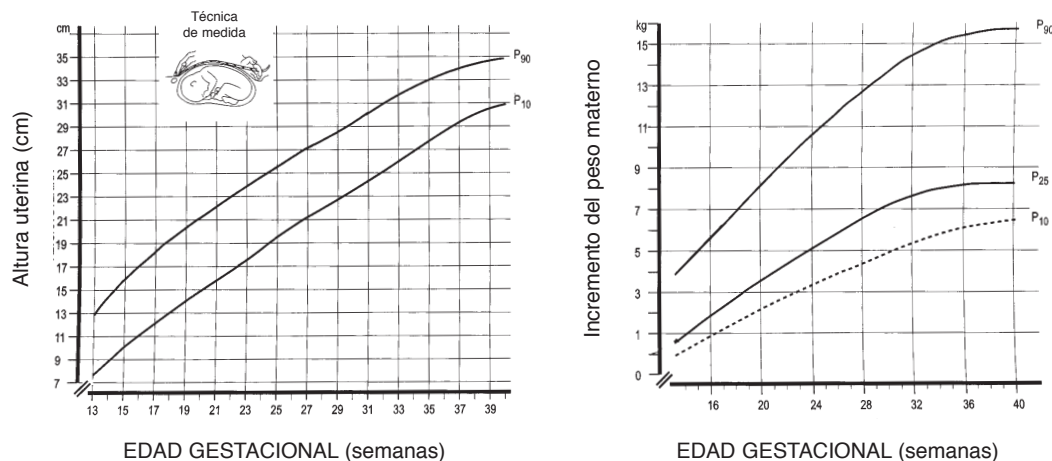
c) Realizar o solicitar las siguientes pruebas

- Orina: prueba con cintas reactivas o laboratorio para bacteriuria y proteinuria de todas las embarazadas.
- Sangre: reacción para sífilis (prueba rápida o laboratorio), en el caso de que sea positiva iniciar tratamiento; test VIH; clasificación del tipo sanguíneo (ABO) y factor Rh; hemoglobina (Hb) y glicemia.

d) Evaluar la necesidad de derivación

- Determinar si hay necesidad de derivarla para un servicio de atención prenatal especializado (utilizar el formulario de clasificación).
- En caso de diagnóstico de las patologías a seguir, se recomienda:

Figura 6. Valores de la altura uterina por semanas de gestación



- Diabetes: derivar y continuar prenatal en servicio especializado
- Cardiopatía y epilepsia: derivar y continuar acompañamiento dependiendo del diagnóstico del especialista.
- Abuso de drogas: derivar para servicio especializado.
- Señales de anemia severa y Hb<70g/l: derivar al servicio especializado para evaluación.
- VIH positivo: orientar sobre la práctica de sexo seguro y sobre el riesgo para el bebé y compañero, derivar para tratamiento y prevención de la transmisión vertical.
- Antecedentes familiares de enfermedad genética: derivar.
- Mortinato previo: derivar y continuar acompañamiento de acuerdo al consejo del especialista.
- Preeclampsia o eclampsia: derivar y continuar acompañamiento de acuerdo al consejo del especialista.
- Cesárea previa: orientar sobre la necesidad de atención al parto en ambiente hospitalario.
- Presión sanguínea alta (>140/90mmHg): derivar para evaluación.

e) Implementar las siguientes acciones

- Suplemento de hierro y ácido fólico para todas las embarazadas: un comprimido de 60 mg de hierro elemental y 250 microgramos de ácido fólico.
- Si la prueba de sífilis es positiva: tratar e identificar al compañero para que también sea tratado.
- Vacuna contra el tétano: primera dosis, si no está con esquema completo.
- Derivar los casos de alto riesgo según el diagnóstico.

f) Orientaciones y programación para la próxima consulta

- Promover un “clima” que estimule los cuestionamientos de la embarazada/acompañante durante toda la consulta, sea con relación a las intervenciones propuestas y/o realizadas, como sobre las dudas inherentes al proceso de gestación. Además de eso, se debe crear un momento exclusivo para que la embarazada/acompañante hagan las preguntas que deseen.
- En caso de que la embarazada todavía no tenga un acompañante en la consulta, estimularla a que realice la elección de alguien a quien ella considere que podrá involucrarse en las actividades y apoyarla a lo largo del embarazo y posiblemente durante el trabajo de parto y parto.
- Las primeras orientaciones deben ser realizadas a partir de los temas que emergen de las dudas de la embarazada/acompañante. Respetar las creencias, valores y tabúes con relación al proceso de gestación, teniendo como conducta preservar los que no acarreen riesgo materno/fetal y replantear los que sean perjudiciales.
- Realizar orientaciones sobre el hábito alimenticio, de acuerdo a la evaluación del estado nutricional. Estimular el consumo de los alimentos ricos en fierro y folatos, además de los necesarios para el equilibrio nutricional materno, visando prevenir el bajo peso o sobrepeso. Informar a la embarazada que es normal un aumento medio de 400g por semana en el segundo trimestre y de 300g en el tercer trimestre. Y que la variación de peso es muy grande, oscilando entre 6 a 16 kg al final de la gestación.
- Algunas orientaciones pueden ser introducidas durante la realización de la anamnesis, del examen físico general y obstétrico o al término de la consulta, con relación:

-
- a los derechos y deberes de la mujer embarazada, en lo que se refiere a los aspectos legales (sociales, laborales y asistenciales);
 - a la importancia de la participación de la familia en el proceso de gestación;
 - al sexo seguro, enfatizando el riesgo de adquirir VIH u otra enfermedad sexualmente transmisible cuando no se usa preservativo;
 - a eliminar o por lo menos reducir el tabaquismo;
 - a eliminar el consumo de alcohol, drogas ilícitas u otras sustancias perjudiciales;
 - al lactancia materna;
 - a la sexualidad en la gestación;
 - a los hábitos alimentarios;
 - a la actividad física y laboral;
 - a la higiene personal;
 - al desarrollo de la gestación;
 - al manejo de las molestias propias de embarazo.
 - Orientar sobre cuál servicio de atención debe buscar en caso de sangrado vaginal, dolor abdominal, en cualquier otra situación de emergencia o cuando necesite consejos.
 - Solicitar que registre la presencia de los primeros movimientos fetales.
 - Estimular a la embarazada/acompañante a participar de la actividad educativa colectiva (grupo de mujeres embarazadas/*pareja embarazada* u otros), encaminar o realizar la inscripción en el propio servicio, de ser posible.
 - Programar la segunda consulta, en torno a la 26ª semana. La fecha y hora deben ser confirmadas en la agenda de consultas del servicio, registrándose en el carnet perinatal o de la embarazada y ficha perinatal.

g) Mantener los registros completos

- Completar la historia clínica en la ficha prenatal y la tarjeta de la embarazada.
- Registrar todas las actividades y orientaciones realizadas en la ficha de prenatal.
- Entregar la tarjeta de la embarazada y orientar sobre su importancia de traerla en cada consulta y presentar en cualquier servicio que sea atendida. Debido a la imprevisibilidad del proceso de gestación, se debe enfatizar que el mismo documento debe estar siempre con ella.

Segunda consulta

La segunda consulta debe ser programada para la 26ª semana de gestación. Se estima que su duración debe ser de aproximadamente 20 minutos.

Los exámenes y pruebas se limitan a verificar la presión sanguínea, peso, altura uterina, auscultar la frecuencia cardíaca fetal y realizar la prueba de cinta reactiva o laboratorio para bacteriuria.

La prueba de proteinuria solamente debe ser realizada en las mujeres nulíparas y las que tengan antecedentes de hipertensión arterial o preeclampsia/eclampsia.

Se debería realizar un análisis de sangre para determinar si la hemoglobina corresponde clínicamente.

En la evaluación del tamaño del útero (a través de la palpación abdominal y altura uterina) versus edad de gestación, buscar la posibilidad de embarazo gemelar o trastornos patológicos que indiquen la necesidad de derivación para un nivel de atención especializado.

Contenido de la segunda consulta

a) Obtener informaciones sobre:

Datos personales

- revisar y evaluar los aspectos relevantes de los datos recogidos en la primera consulta que puedan interferir en el bienestar materno y fetal.

Historia clínica

- revisar los aspectos relevantes de la historia clínica registrados en la primera consulta.
- Tener en cuenta las enfermedades, complicaciones u otras patologías desde la primera consulta.
- Preguntar sobre el uso de medicamentos, además de hierro y ácido fólico.
- Controlar el cumplimiento del suplemento de hierro.
- Preguntar sobre otras consultas realizadas, internación o licencia de salud en la gestación actual.

Antecedentes obstétricos

- Revisar los aspectos relevantes sobre los antecedentes obstétricos registrados en la primera consulta.

Gestación actual

- Preguntar sobre complicaciones ocurridas en el intervalo entre las consultas.
- Registrar los síntomas y acontecimientos desde la primera consulta, por ejemplo: sangrado vaginal, dolor, flujo vaginal, señales y síntomas de anemia severa. Además de otros acontecimientos o síntomas específicos.
- Estar atento a cambios en las características corporales y en la capacidad física (ej: edema, disnea y mareos) observados por la embarazada o sus familiares y acompañante.
- Preguntar sobre la percepción de los movimientos fetales, registrando la fecha.

- Preguntar sobre hábitos: uso de drogas, alcohol, tabaco y otros.

b) Realizar examen físico

- Verificar peso.
- Verificar presión arterial.
- Auscultar la frecuencia cardíaca fetal.
- Medir altura uterina y registrar en el gráfico (tarjeta de embarazada y ficha prenatal).
- Observar presencia de edema.
- Realizar tacto vaginal en caso que no se haya hecho en la primera consulta. En caso de sangrado vaginal, no realizar y derivar para servicio especializado u hospital.

c) Realizar las siguientes pruebas

- Orina: repetir el análisis de la cinta reactiva o laboratorio para detectar infección en el tracto urinario, de persistir la infección urinaria luego de ser tratada en la primera consulta, derivar para servicio especializado. Repetir el test de proteinuria solamente en mujeres nulíparas o con antecedentes de hipertensión arterial, preeclampsia o eclampsia en gestación previa. Se debe realizar un análisis de orina en todas las mujeres hipertensas, en la consulta actual, para detectar proteinuria.
- Sangre: repetir Hb si el resultado del examen realizado en la primera consulta estaba abajo de 70g/l o si detectaron señales de anemia severa.

d) Evaluar la necesidad y sistema de referencia

- Evaluar si la embarazada puede continuar siguiendo este modelo de atención prenatal.
- En caso de síntomas inesperados, derivar de acuerdo con la necesidad e indicación.
- Hb < 70g/l en la primera y segunda consulta: derivar para servicio especializado.
- Si está ocurriendo sangrado vaginal: derivar

para servicio especializado.

- Evidencia de preeclampsia, hipertensión arterial ($\geq$ o = 140 x 90 mmHg, aumento de la presión sistólica $\geq$ o = a 30 mmHg y de la presión diastólica $\geq$ o = a 15 mmHg), proteinuria: derivar para un nivel especializado de atención prenatal o para hospitalización.
- Cuando haya sospecha de retardo de crecimiento fetal: derivar para servicio especializado.
- La embarazada que no siente los movimientos fetales: usar Doppler manual para detección de frecuencia cardíaca fetal, en caso negativo, derivar para el Servicio de Atención al Parto para evaluación y conducta.

e) Implementar las siguientes acciones

- Hierro: continuar con el suplemento. Si la Hb es $< 70\text{g/l}$ o en caso de síntomas clínicos de anemia severa, derivar al servicio especializado.
- En caso de haber sido tratada la bacteriuria en la primera consulta y persistir el resultado positivo en el análisis, derivar para servicio especializado.

f) Orientaciones y programación para la próxima consulta

- Reforzar las orientaciones dadas en la primera consulta y preguntar sobre la participación en actividad educativa colectiva.
- Continuar promoviendo un "clima" que estimule los cuestionamientos de la embarazada/acompañante durante toda la consulta, sea con relación a las intervenciones propuestas y/o realizadas, como sobre las dudas inherentes al proceso de gestación. Además de eso, se debe crear un momento exclusivo para que la embarazada/acompañante haga las preguntas que desee.

- Realizar orientaciones a partir de los temas que emergieron de las dudas de la embarazada/acompañante. Respetar las creencias, valores y tabúes con relación al proceso de gestación, teniendo como conducta preservar los que no acarreen riesgo materno/fetal y replantear los que sean perjudiciales.
- Reforzar la orientación sobre cual servicio de atención ella debe buscar en caso de sangrado vaginal, dolor abdominal, trabajo de parto prematuro, en cualquier otra situación de emergencia o cuando necesite de consejos.
- Algunas orientaciones pueden ser introducidas con relación a:
 - Señales y síntomas de complicación: trabajo de parto prematuro, rotura de la bolsa amniótica, hipertensión arterial y edema.
- Programar la tercera consulta: en torno de la 32ª semana.

g) Mantener los registros completos

- Completar la historia clínica y la tarjeta de la embarazada.
- Registrar todas las actividades y orientaciones realizadas en la ficha de prenatal.
- Entregar la tarjeta de la embarazada y orientar sobre la importancia de traerla en cada consulta y presentarla en cualquier servicio que sea atendida. Debido a imprevisibilidad del proceso de gestación, se debe enfatizar que es un documento que debe estar siempre con ella.

Tercera consulta

La tercera consulta debe ser programada para ser realizada en torno a la 32ª semana de gestación. Se estima que su duración debe ser de aproximadamente 20 minutos. Si la segunda consulta no fue realizada, en esta tercera también se deben

incluir todas las actividades de la segunda visita y su duración se debe extender el tiempo que sea necesario. Los procedimientos se limitan a verificar la presión arterial, peso, altura uterina, auscultar la frecuencia cardíaca fetal y realizar la prueba de cinta reactiva o laboratorio para detectar bacteriuria y hemoglobina de rutina. Las pruebas para proteinuria solamente deben ser realizadas en las mujeres nulíparas y en aquellas con antecedentes de hipertensión arterial o preeclampsia/eclampsia. Se debe prestar especial atención para la detección de embarazos gemelares durante la palpación abdominal y medición de la altura uterina.

Las derivaciones deben ser realizadas en base a síntomas que requieran intervención especial, como por ejemplo, altura uterina encima o debajo de la esperada para la edad de gestación, indicando macrosomía fetal, fetos gemelares, polihidramnios, oligoamnios y retardo de crecimiento fetal.

Algunas embarazadas podrán tener su parto antes de la próxima visita programada. Así que se debe estar atento para que las orientaciones sobre el inicio del trabajo de parto sean proporcionadas y preguntar acerca del lugar de preferencia para la atención del parto (domicilio, maternidad/hospital, centro de parto normal o casa de parto). Además de eso, se debe indicar el servicio al cual será referida.

Contenido de la tercera consulta

a) Obtener informaciones sobre:

Datos personales

- revisar y evaluar los aspectos relevantes de los datos recogidos en la primera consulta que puedan interferir en el bienestar materno y fetal.

Historia clínica

- revisar los aspectos relevantes de la historia clínica registrados en las consultas anteriores.

- Tener en cuenta las enfermedades, complicaciones u otras patologías desde la segunda consulta.
- Preguntar sobre el uso de medicamentos, además de hierro y ácido fólico.
- Controlar el cumplimiento del suplemento de hierro.
- Preguntar sobre otras consultas realizadas, internación o licencia de salud en la gestación actual.

Antecedentes obstétricos

- Revisar los aspectos relevantes sobre los antecedentes obstétricos registrados en las consultas anteriores.

Gestación actual

- Preguntar sobre enfermedades o complicaciones ocurridas desde la segunda consulta: dolor abdominal o lumbar sugestivos de inicio de trabajo de parto prematuro, sangrado vaginal, flujo vaginal sugestivo de pérdida de líquido amniótico, u otros signos específicos.
- Estar atento para cambios en las características corporales y en la capacidad física (ej: edema, disnea y mareos) observados por la embarazada o sus familiares y acompañante.
- Preguntar sobre la percepción de los movimientos fetales, registrando la fecha.
- Preguntar sobre hábitos: uso de drogas, alcohol, tabaco y otros.

b) Realizar examen físico

- Verificar peso.
- Verificar presión arterial.
- Auscultar la frecuencia cardíaca fetal. En caso que la embarazada no perciba los movimientos fetales, usar el doppler manual.
- Medir altura uterina y registrar en el gráfico (carné perinatal, tarjeta de la embarazada y ficha prenatal).

- Palpar abdomen para la detección de macrosomía fetal, fetos gemelares, polihidramnios, oligoamnios y retardo de crecimiento fetal.
- Observar presencia de edema.
- En caso sangrado vaginal: derivar para servicio especializado.
- Examinar las mamas.

c) Realizar las siguientes pruebas

- Orina: repetir el análisis de cinta reactiva o laboratorio para detectar infección urinaria, de persistir el resultado positivo luego de ser tratada en la consulta previa, derivar para servicio especializado. Repetir el test de proteinuria solamente en mujeres nulíparas o con antecedentes de hipertensión arterial, preeclampsia o eclampsia en gestación previa.
- Sangre: repetir Hb en todas las embarazadas.

d) Evaluar la necesidad y sistema de referencia

- Evaluar si la embarazada puede continuar siguiendo este modelo de atención prenatal.
- En caso de síntomas inesperados, derivar de acuerdo a la necesidad y indicación.
- Evidencia de preeclampsia, hipertensión arterial o proteinuria: derivar para un nivel especializado de atención o para hospital.
- Cuando haya sospecha de retardo de crecimiento fetal (percentil debajo de 10): derivar para servicio especializado.
- Sospecha de gestación gemelar: derivar para confirmación y determinar el lugar de parto.
- Si Hb persiste $< 70\text{g/l}$: derivar para servicio especializado.

e) Implementar las siguientes acciones

- Hierro: continuar el suplemento en todas las gestantes. Si la Hb es $< 70\text{g/l}$ se debe derivar para servicio especializado.
- Toxóide tetánico: segunda dosis.

f) Orientaciones y programación para la próxima consulta

- Reforzar las orientaciones dadas en la primera consulta.
- Continuar promoviendo un “clima” que estimule las preguntas de la embarazada/acompañante durante toda la consulta, sea con relación a las intervenciones propuestas y/o realizadas, como sobre las dudas inherentes al proceso de gestación. Además de eso, se debe crear un momento exclusivo para que la embarazada/acompañante haga las preguntas que desee.
- Realizar orientaciones a partir de los temas que emergieron de las dudas de la embarazada/acompañante. Respetar las creencias, valores y tabúes con relación al proceso de gestación, teniendo como conducta preservar los que no acarreen riesgo materno/fetal y replantear los que sean perjudiciales.
- Reforzar la orientación sobre cual servicio de atención debe buscar en caso de sangrado vaginal, dolor abdominal, trabajo de parto prematuro, en cualquier otra situación de emergencia o cuando necesite de consejos.
- Algunas orientaciones pueden ser introducidas con relación a:
 - signos y síntomas de trabajo de parto, explicando como diferenciarlo de signos prodrómicos (falso trabajo de parto). Necesidad de procurar atención en caso de rotura de la bolsa amniótica.
 - al servicio de atención al parto al cual será referenciada, para que pueda planificar una visita y conozca las rutinas de la institución.
 - a la planificación de quién será su acompañante en el nacimiento y cómo será transportada al servicio de atención del parto.
 - a los tipos de parto, indicaciones de cada uno de ellos.
 - su participación activa durante el proceso

de nacimiento y participación en las decisiones.

- las recomendaciones de la OMS (1996) para la asistencia del parto, en lo referente a las prácticas basadas en evidencias que hacen parte de la Categoría A – demostradamente útiles y que deben ser incluidas (ofrecer líquidos por vía oral, libertad de posición y movimiento, métodos no invasivos y farmacológicos para el alivio del dolor durante el trabajo de parto, entre otras) y de la Categoría B – claramente perjudiciales o ineficaces que deben ser eliminadas (uso rutinario del enema, tricotomía, posición en decúbito dorsal durante el trabajo de parto, uso indiscriminado de ocitócicos, entre otras). Así, la embarazada puede participar de las decisiones de forma consciente.
- A la planificación familiar, cuidados al recién nacido e importancia de la consulta post parto.
- Programar la cuarta consulta: en torno de la 36 - 38ª semana.

g) Mantener los registros completos

- Completar la historia clínica y la tarjeta de la embarazada.
- Registrar todas las actividades y orientaciones realizadas en la ficha de prenatal.
- Entregar la tarjeta de la embarazada y orientar sobre la importancia de traerla en cada consulta y presentarla en cualquier servicio que sea atendida. Debido a la imprevisibilidad del proceso de gestación, se debe enfatizar que el mismo es un documento que debe estar siempre con ella.

Cuarta consulta

La cuarta consulta debe ser realizada en torno a la 36ª y 38ª semana. Es una oportunidad importante para detectar presentaciones anómalas del feto (podálica o transversa). Toda la información sobre qué hacer, a quien llamar, en cual servicio de salud se debe buscar atención, cuando inicia el trabajo de parto u otros síntomas, introducidas en la tercera consulta, deben ser reforzadas y complementadas. Estas informaciones deben ser dadas verbalmente y por escrito para la embarazada/acompañante y familiares.

Las mujeres embarazadas deben ser orientadas para procurar el servicio de atención al parto, en caso que no hayan entrado en trabajo de parto hasta las 41 semanas completas, a fin de ser sometidas a la evaluación y posible inducción del trabajo de parto. Se estima que 5% a 10% de las embarazadas no entran en trabajo de parto hasta el final de la 41ª semana. Las evidencias disponibles muestran que la inducción del trabajo de parto después de las 41 semanas completas no está asociada con ningún riesgo importante. El servicio de atención prenatal debe coordinar esta conducta con los centros de referencia. Estos centros deben estar preparados para atender estas embarazadas de acuerdo con un protocolo definido previamente por ambos servicios.

Contenido de la cuarta consulta

a) Obtener informaciones sobre:

Datos personales

- revisar y evaluar los aspectos relevantes de los datos recogidos en la tercera consulta que puedan interferir en el bienestar materno y fetal.

Historia clínica

- revisar los aspectos relevantes de la historia clínica registrados en las consultas anteriores.

- Tener en cuenta las enfermedades, complicaciones u otras patologías desde la tercera consulta.
- Preguntar sobre el uso de medicamentos, además de hierro y ácido fólico.
- Controlar el cumplimiento del suplemento de hierro.
- Preguntar sobre otras consultas realizadas, internación o licencia de salud en la gestación actual.

Antecedentes obstétricos

- Revisión final de los antecedentes obstétricos con respecto a cualquier complicación en el(los) parto(s) previos.

Gestación actual

- Preguntar sobre complicaciones ocurridas desde la tercera consulta: dolor abdominal, contracciones uterinas que sugieran inicio de trabajo de parto, sangrado vaginal, flujo vaginal sugestivo de pérdida de líquido amniótico, u otros signos específicos.
- Estar atento a cambios en las características corporales y en la capacidad física (ej: edema, disnea y mareos) observados por la embarazada o sus familiares y acompañante.
- Preguntar sobre la percepción de los movimientos fetales.

b) Realizar examen físico

- Verificar peso.
- Verificar presión arterial.
- Auscultar la frecuencia cardíaca fetal. En caso de que la embarazada no perciba los movimientos fetales, usar doppler manual.
- Medir altura uterina y registrar en el gráfico (tarjeta de la embarazada y ficha prenatal).
- Palpar abdomen para evaluar la posición y presentación del feto, detección de macrosomía fetal, fetos gemelares, polihidramnios,

oligoamnios y retardo de crecimiento fetal.

- Observar presencia de edema, sangrado vaginal.
- Examinar las mamas.

c) Realizar las siguientes pruebas

- Orina: repetir el análisis de cinta reactiva o laboratorio para detectar infección urinaria, si persiste el resultado positivo luego de tratamiento en la consulta previa, derivar para servicio especializado. Repetir el test de proteinuria solamente en mujeres nulíparas o con antecedentes de hipertensión arterial, preeclampsia o eclampsia en gestación previa.
- Sangre: repetir el examen de serología de sífilis en todas en las mujeres embarazadas.

d) Evaluar la necesidad y sistema de referencia

- Reevaluar los riesgos basado en las evidencias desde la tercera consulta y en las observaciones de la consulta actual.
- En caso de síntomas inesperados, derivar de acuerdo a la necesidad e indicación.
- Los casos de sangrado vaginal: derivar para servicio especializado.
- Evidencia de preeclampsia: derivar para un nivel especializado de atención o para hospital.
- Cuando haya sospecha de retardo de crecimiento fetal (valores de altura uterina debajo de lo esperado) derivar para servicio especializado.
- Sospecha de presentación anómala o gestación gemelar: determinar la realización de la atención del parto en servicio hospitalario.

e) Implementar la siguiente acción

- Hierro: continuar el suplemento en todas las embarazadas.

f) Orientaciones y programación para la próxima consulta

- Reforzar las orientaciones dadas en las consultas anteriores, especialmente sobre signos y síntomas de trabajo de parto, recomendaciones de la OMS (1996) sobre las prácticas basadas en evidencia en la asistencia al parto, lactancia materna, planificación familiar, cuidados con el recién nacido y consulta puerperal precoz.
- Aconsejar sobre las medidas a ser tomadas en el inicio del trabajo de parto y en caso de pérdida de líquido amniótico.
- Continuar promoviendo un “clima” que estimule los cuestionamientos de la embarazada/acompañante durante toda la consulta, sea con relación a las intervenciones propuestas y/o realizadas, como sobre las dudas inherentes al proceso gestacional y del nacimiento. Además de eso, se debe crear un momento exclusivo para que la embarazada/acompañante haga las preguntas que desee.
- Realizar orientaciones a partir de los temas que emerjan de las dudas de la embarazada/acompañante. Estar atento a las creencias, valores y tabúes con relación al proceso gestacional y del nacimiento. Mantener una actitud de respeto, teniendo como conducta preservar cuando no acarreen riesgo materno/fetal y replantear las que sean perjudiciales.
- En caso de que no entre en trabajo de parto hasta la 41ª semana, debe procurar atención en el servicio de referencia especializado u hospital para realizar un control. La fecha referente a esta edad gestacional debe ser registrada en la tarjeta de la embarazada.
- Reforzar la orientación sobre a quien llamar y donde ir (lugar del parto) en caso de trabajo de parto, sangrado vaginal o en cualquier otra situación de emergencia.
- Reforzar la necesidad de definir quien irá a acompañarla en el nacimiento y como será transportada para el servicio de atención al parto.

- Programar la consulta post-parto.

g) Mantener los registros completos

- Completar la historia clínica y la tarjeta de la embarazada.
- Registrar todas las actividades y orientaciones realizadas en la ficha de prenatal.
- Entregar la tarjeta de la embarazada y orientar sobre la importancia de traerla en cada consulta y presentarla en cualquier servicio en que sea atendida. Debido a la imprevisibilidad del proceso gestacional, se debe enfatizar que el mismo es un documento que debe estar siempre con ella.

Consulta post-parto

Esta consulta debe ser programada para la primera semana luego del parto. Actividades desarrolladas:

- Examen físico general.
- Examen obstétrico: evaluación de la involución uterina, cicatriz perineal o abdominal (dependiendo del tipo de parto), loquios (olor, cantidad y color) y examen de las mamas. No se recomienda tacto vaginal de rutina.
- Primíparas que sean sometidas a cesárea, orientar sobre la posibilidad de que el próximo parto sea normal.
- Orientaciones sobre planificación familiar y cuidados con el recién nacido.
- Observar el comportamiento materno en relación al bebé.
- Evaluación y orientación sobre lactancia materna.
- Completar la inmunización contra tétano, en caso que la mujer haya iniciado tardíamente.
- Orientación alimentaria rica en folatos para mujeres con hijos con defectos del tubo neural.
- Mantener el suplemento de hierro elemental para las madres durante el período de lactancia o por tres meses.

Bibliografia

Belizán J et al. Diagnosis of intrauterine growth retardation by a simple clinical method: measurement of uterine height. *American Journal of obstetrics and Gynecology*, 1978, 131:643 –46.

Brüggemann, OM. Buscando conhecer as diferentes partituras da humanização. In: Oliveira, ME; Zampieri, MFM; Brüggemann, OM. (Org.). *A melodia da humanização - Reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento*. Florianópolis: Cidade Futura, 2001, p. 37-58.

Brüggemann OM. A Enfermagem como Diálogo Vivo: uma proposta de cuidado humanizado durante o processo o nascimento. In: Oliveira ME; Brüggemann OM. (org). *Cuidado Humanizado: possibilidades e desafios para a prática de enfermagem*. Florianópolis: Cidade Futura, 2003, p. 37-80.

Cianciarullo, T.I., Gualda, D.M., Faleiros, M.M. Indicadores de Qualidade do Processo de Cuidar: Uma Abordagem Perinatal. São Paulo : Ícone Editora, 1998 p.174.

Cianciarullo, T.I., Teoria e prática em auditoria de cuidados. São Paulo. Editora Ícone. 1997.

Carr KC. Developing and evidence-based practice protocol: implications for midwifery practice. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2000 November/December, 45(6):544-550

Curitiba. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Mãe Curitibana – Programa de Atenção Materno Infantil. Curitiba; 2000.

Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S, Risher P. *Listening to mothers: report of the first national U.S. survey of women's childbearing experiences*. New York: Maternite Center Association, October 2002.

Drummond JP, Silva E, Coutinho M. Medicina baseada em evidências. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2002.

Eden K, Hashima JN, Osterweil P, Nygren P, Guise JM. Childbirth preferences after cesarean birth: a review of the evidence. *Birth* 2004; 31: 49-60.

Langer A, Villar J, Romero M, Nigenda G, Piaggio G, Kuchaisit C et al. Are women and providers satisfied with antenatal care? Views on a standard and a simplified, evidence-based model of care in four developing countries. *BMC Women's Health*. 2002; 2(7). [10 screens] Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/2/7>

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Assistência Pré-natal: normas e manuais técnicos*. 3ª ed. Brasília (DF), 2000.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF), 2003.

Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília (DF), 2000.

Oliveira ME, Brüggemann OM, Zampieri, MFM. Interdisciplinaridade: o som da orquestra. In: Oliveira, ME; Zampieri, MFM; Brüggemann, OM. (Org.). *A melodia da humanização - Reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento*. Florianópolis: Cidade Futura, 2001, p. 93-99.

Organização Mundial da Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra, 1996.

Organización Panamericana de La Salud. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Regional para la Reducción de la morbilidad y Mortalidad Maternas., 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington, D.C. EUA, septiembre de 2002

Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para obstetrces y médicos. 2002

Organización Mundial de La Salud. *Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal*. Ginebra; 2003.

Schwarz R, Diaz G, Fescina R et al. Pub Científica nº 1321.03 CLAP – OPS/OMS.1996.

Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M. Patrones de atención prenatalde rutina para embarazos de bajo riesgo (Cochrane Review) In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2003. Oxford: Update Software.

World Health Organization. *Antenatal Care in Developing Countries: promises, achievements and missed opportunities: an analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001*. Geneva; 2003.



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, E.U.A.

www.paho.org