

## Proyecto de Mejoramiento de Salud y Nutrición Materno Infantil

### -PROMATERNI-

# Diagnóstico de alto riesgo



# Resultados esperados

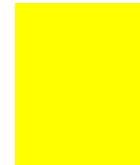
1. Comprender alto riesgo en embarazo.
2. Detectar embarazada con alto riesgo.

# Cargo de los participantes

● Médico/a



● Enfermero/a




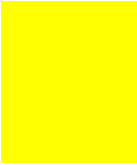

● Auxiliar Enfermero/a



● Otros



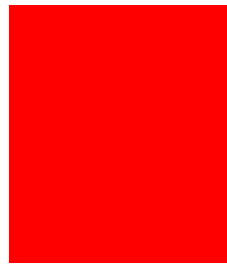
# Diagnostico de alto riesgo

- Tengo conocimiento y habilidades para diagnostico de alto riesgo en embarazo 
- Tengo cierto conocimiento y habilidades para diagnostico de alto riesgo en embarazo 
- No tengo conocimiento y habilidades para diagnostico de alto riesgo en embarazo 

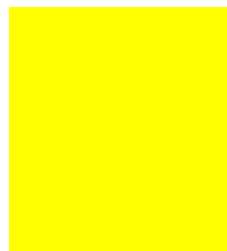
# Riesgo Obstétrico

Ha utilizado ficha de vigilancia de la embarazada?

**Sí**



**No**



FICHA DE VIGILANCIA DE LA EMBARAZADA MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL Y CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA

Registro No. \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Comunicado: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la embarazada: \_\_\_\_\_ Edad en años: \_\_\_\_\_  
 Etnia: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Nombre del esposo: \_\_\_\_\_  
 Distancia al servicio de salud más cercano: \_\_\_\_\_ km Tiempo en horas para llegar: \_\_\_\_\_  
 No. de celular de la señora  pareja  comunitario   
 Fecha de última regla: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha probable de parto: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 No. de partos: \_\_\_\_\_ No. de cesáreas: \_\_\_\_\_ No. de hijos vivos: \_\_\_\_\_ No. de hijos muertos: \_\_\_\_\_

Instrucciones: Registre la respuesta a las siguientes preguntas marcando con una cruz la casilla correspondiente.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS		No	Sí
1. Muerte fetal o muerte neonatal previa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ha tenido 3 o más abortos espontáneos consecutivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ha tenido 3 o más embarazos previos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Peso al nacer del último bebé menor de 2500 g (5 lb 8 oz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Peso al nacer del último bebé mayor de 4500 g (9 lb 9 oz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hipertensión o preclampsia/eclampsia previas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Cirugías previas en el tracto reproductivo (miomectomía, conización, cesárea o cercariaje cervical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. La talla de la mujer es menor o igual a 145 cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EMBARAZO ACTUAL		No	Sí
9. Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Menor de 20 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mayor de 35 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tipo de sangre Rh (-)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Hemorragia vaginal sin importar cantidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. VIH positivo o sífilis positivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Presión arterial diastólica de 90 mm hg o más durante el registro de datos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Anemia clínica o con examen de laboratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Malnutrición: desnutrición u obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HISTORIA CLÍNICA GENERAL		No	Sí
18. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Enfermedad renal (de los riñones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Consumo de drogas (incluido el consumo de alcohol y/o tabaco)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Tiene cualquier otra enfermedad o afección médica severa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especifique: _____			
24. Tiene otro riesgo social o económico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especifique: _____			

Una respuesta **Sí** en cualquiera de las preguntas anteriores significa que la embarazada debe recibir atención en un servicio de salud con mayor capacidad resolutiva.

¿Debe recibir atención en un servicio con mayor capacidad resolutiva?  No  Sí

Si la respuesta es **Sí**, será derivada a: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
 (Personal responsable de Puesto de Salud o Extensión de Cobertura)

ADAPTADO DE: The Joint Commission on accreditation of Healthcare Organizations: Sentinel events: Evaluation cause and planning improvement, 2nd edition, 2002, p.3\*

# Ejercicio de Riesgo Obstétrico

❖ Instrucción del ejercicio

- 1) Dividir 3 grupos.
- 2) El facilitador distribuye tarjeta de antecedentes, embarazo actual, historia clínica general y riesgo.
- 3) Los participantes pegan las tarjetas en lugar adecuado.
- 4) El facilitador explica la respuesta cada categoría (antecedentes, embarazo actual, Historia clínica general)

# Riesgo Obstétrico

## ◆ Antecedentes obstétricos

Antecedentes	Riesgo
1 Muerte fetal o muerte neonatal previa	Riesgo de repetición
2 Ha tenido 3 o mas abortos espontáneos consecutivos	Parto prematuro Aumento de hemorragia durante del parto
3 Ha tenido 3 o mas embarazos previos	Hemorragia obstétrica
4 Peso al nacer del ultimo bebe menor de 2500g	Riesgo de repetición
5 Peso al nacer del ultimo bebe mayor de 4500g	
6 Hipertensión o preclamsia/eclampsia previas	Doble riesgos de ocurrencia
7 Cirugías previas en el tracto reproductivo	Riesgo de ruptura uterina
8 La talla de la mujer es menor o igual a 145cm	Recién nacido de bajo peso Desproporción cefalo-pélvica

# Riesgo Obstétrico

## ◆ Embarazo Actual

Embarazo actual	Riesgo
9 Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple	Anemia, Hipertensión inducida por embarazo Aborto espontáneo, Parto prematuro etc
10 Menor de 20 años	Hipertensión inducida por embarazo Recién nacido de bajo peso
11 Mayor de 35 años	Hipertensión inducida por embarazo ,Aborto natural
12 Tipo de sangre (RH-)	Incompatibilidad RH
13 Hemorragia vaginal sin importar cantidad	Aborto inminente, Córnea cerebral Embarazo ectópico, Placenta previa
14 VIH positivo o sífilis positivo	Infección a fetal
15 Presión arterial diastólica de 90mmhg o mas durante el registro de datos	Disfunción placentaria
16 Anemia clínica o con examen de laboratorio	Recién nacido de bajo peso, Hemorragia gestacional
17 Malnutrición: Desnutrición u obesidad	Recién nacido de bajo peso, Hipertensión arterial y preeclampsia



# Riesgo Obstétrico

## ◆ Historia clínica general

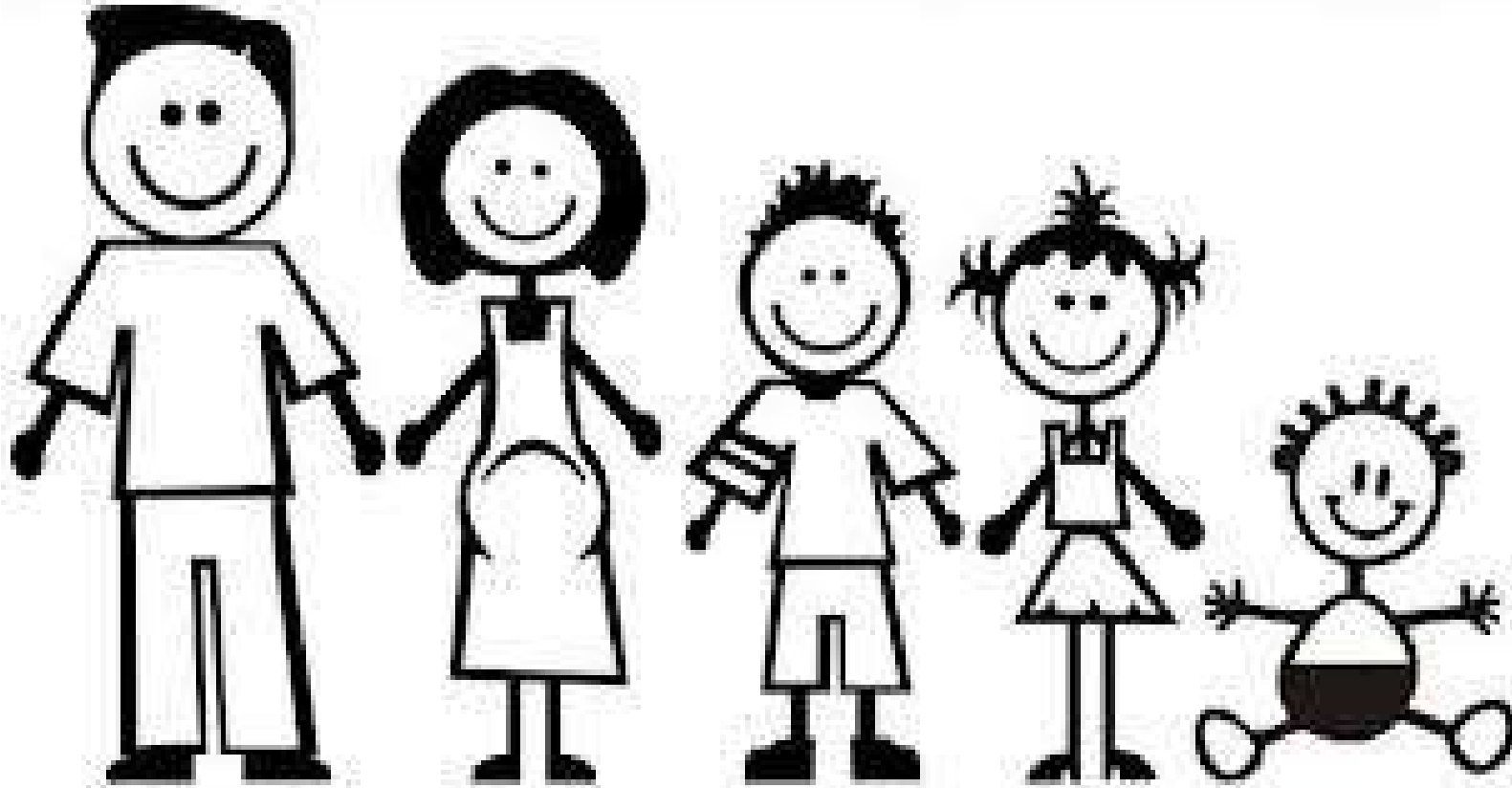
Historia clínica general	Riesgo
18 Diabetes	Malformación fetal, Aborto espontáneo
19 Enfermedad renal ( de los riñones)	Aborto espontáneo, Nacimiento sin vida
20 Enfermedad del corazón	Insuficiencia cardíaca
21 Hipertensión arterial	Restricción de crecimiento fetal
22 Consumo de drogas (incluido el consumo de alcohol y/o tabaco)	Embarazo ectópico, Recién nacido de bajo peso

**¿Qué hacer  
Al encontrar un riesgo?**

# ¿Preguntas?



# Gracias por su atención



**PROMATERNI**   
MSPAS-JICA-Quiché-Ixil