

Proyecto de Mejoramiento de Salud y Nutrición Materno Infantil  
-PROMATERNI-


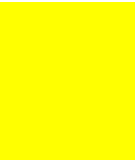
# Control Prenatal



# Resultados esperados

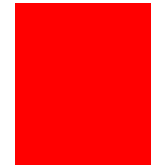
1. Comprender la serie de actividades de control prenatal.
2. Mejorar la técnica de control prenatal.

# Control prenatal

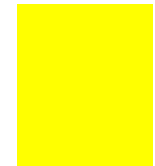
- Todas las embarazadas en mi lugar de trabajo reciben control prenatal por lo menos 4 veces antes de parto, según norma de atención. 
- Pocas embarazadas en mi lugar de trabajo reciben control prenatal por lo menos 4 veces antes de parto según norma de atención. 

# Control prenatal

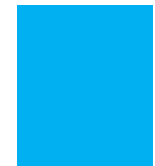
Tengo conocimiento y habilidades para realizar Examen Físico Obstétrico.



Tengo cierto conocimiento y habilidades para realizar Examen Físico Obstétrico.







No tengo conocimiento y habilidades para realizar Examen Físico Obstétrico.



# ¿Que es la calidad de la atención obstétrica?

**Esta atención debe reflejar el uso apropiado del conocimiento actualizado en los niveles:**

-  **Clínico obstétrico**
-  **Técnico**
-  **Interpersonal y**
-  **Organizacional**

# Atención prenatal

**El “Panel de Expertos en Atención Prenatal” resume los objetivos en cuatro principales componentes:**

- 1. Evaluación de riesgo**
- 2. Educación y promoción de la salud**
- 3. La intervención terapéutica**
- 4. El seguimiento.**

**La atención prenatal ha sido reconocida por su importancia como un medio que permite la detección oportuna de factores de riesgo que pueden afectar la evolución y la terminación del embarazo, con la consecuente disminución de la morbilidad y mortalidad materno infantil.**

# Pasos esenciales para la atención integral embarazo

---

a. Brinde atención integral (bio-psico-social)	j. Informe y oriente sobre problemas encontrados y acciones preventivas.
b. Historia clínica completa (llene la ficha clínica)	k. Referencia oportuna si el caso lo amerita
c. Llenar la ficha de riesgo obstétrico	l. Realice las acciones de vigilancia epidemiológica, si el caso lo amerita.
d. Revise carné y esquema de inmunizaciones.	m. Oriente sobre planes de emergencia familiar y comunitario.
e. Examen físico completo.	n. Acuerde con la paciente la próxima cita.
f. Requiera o evalúe exámenes de laboratorio	o. Oferte la cartera de servicios a paciente y/o acompañantes.
g. Evaluación bucodental.	p. Promueva los derechos sexuales y reproductivos con enfoque de paternidad y maternidad saludable.
h. Oferte los métodos de planificación familiar disponibles	q. Registre adecuadamente y complete los formularios del SIGSA y carné.
i. Informe y oriente el autoexamen de la glándula mamaria.	

---

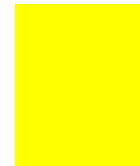


# ¿Cuántos controles prenatales, como mínimo, debe tener la mujer embarazada según norma ?

3 veces



4 veces



5 veces



6 veces



# Primer control prenatal: antes de \_\_\_\_\_ semanas de gestación

8 semanas



12 semanas



16 semanas



20 semanas



# Control Prenatal Según Norma

---

**Primer**      **Antes de las 12 semanas de gestación**

**Segundo**    **A las 26 semanas de gestación**

**Tercer**      **A las 32 semanas de gestación**

**Cuarto**      **Entre las 36 – 38 semanas  
de gestación**

- Citas cada 30 días a partir de su primera atención prenatal hasta la semana 35 (8 meses de embarazo).
- Luego citas cada 15 días hasta el parto



<b>VIII. EXAMEN FISICO DE LA EMBARAZADA .</b>				
FUR: _____ FPP: _____	Control 1 Meses(semanas) De embarazo: .	Control 2 Meses(semanas) De embarazo: .	Control 3 Meses(semanas) De embarazo: .	Control 4 Meses(semanas) De embarazo: .
Circunferencia del brazo . En centímetros . (Solo si embarazo menor de 12 semanas) .	_____	_____	_____	_____
Ficha de la visita .	_____	_____	_____	_____
<b>SIGNOS O SINTOMAS DE PELIGRO .</b>				
Presenta signos o síntomas de peligro si presenta, establezca y refiera Anote el signo y síntoma de peligro detectado en la columna correspondiente .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .
<b>SIGNOS VITALES .</b>				
Presión arterial .	_____	_____	_____	_____
Temperatura corporal en °C .	_____	_____	_____	_____
Peso en libras .	_____	_____	_____	_____
Respiraciones por minuto .	_____	_____	_____	_____
Frecuencia cardiaca materna .	_____	_____	_____	_____
<b>EXAMEN GENERAL .</b>				
_____	¿Normal? .	¿Normal? .	¿Normal? .	¿Normal? .
Estado general, palidez palmar, conjuntivas, uñas .	_____	_____	_____	_____
Examen buco dental .	_____	_____	_____	_____
<b>EXAMEN OBSTETRICO .</b>				
Altura uterina .	_____	_____	_____	_____
Presencia de movimientos de feto(20 semanas o más) .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .
Frecuencia cardiaca fetal (si procede) .	_____	_____	_____	_____
Presentación por Leopold (>26 semanas) .	_____	_____	_____	_____
<b>EXAMEN GINECOLOGICO .</b>				
Presencia de trazas de sangre o manchado(describa) .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .
Verrugas herpes, papilomas, ulceras(describa) .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .
Flujo vaginal .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .
<b>EXAMEN DE LABORATORIO O PRUEBAS DE GABINETE .</b>				
Hemoglobina y Hematocrito .	_____	_____	_____	_____
Grupo y RH .	_____	_____	_____	_____
Orina(proteína, glucosa y cetona) .	_____	_____	_____	_____
Glicemia .	_____	_____	_____	_____
VDRL .	_____	_____	_____	_____
VIH(Oferte prueba con consejería) .	_____	_____	_____	_____
Papanicolau .	_____	_____	_____	_____
Infecciones .	_____	_____	_____	_____
<b>CLASIFICACION .</b>				
Semanas embarazo por FUR y/o AU .	_____	_____	_____	_____
Problemas detectados .	_____	_____	_____	_____
<b>CONDUCTA (medicamentos indicados, anotar dosis y días de tratamiento. Anotar si se hizo referencia) .</b>				
Sulfato ferroso/anotar número de tabletas .	_____	_____	_____	_____
Ácido fólico/anotar número de tabletas .	_____	_____	_____	_____
Vacunación madre (Td)/anotar dosis que se administra .	_____	_____	_____	_____

# Examen Físico de la Embarazada (1)

FUR <u>18/12/2018</u> (1) FPP _____ (2) Circunferencia del brazo en centímetro _____ (Sólo si embarazo menor de 12 semanas)	Control 1 (3) Meses (semanas) de embarazo _____
--	---

(1) Calculen Fecha probable de Parto (FPP)

Guía P.2

(2) Para qué medir la circunferencia del brazo?

# (1) Fecha probable de parto (FPP)

■ Fórmula de FPP

FUR 18/12/2018

Guía P.3

Paso	Formula
1. Calcular día de FPP $18 + 7 = 25$	Fecha del inicio de última regla  <b>+7</b>
2. Calcular mes de FPP $12 - 3 = 09$	Mes del inicio de última regla  <b>+9 o -3</b>  - Entre enero y marzo suma 9 - Entre Abril y Diciembre resta 3

**Respuesta**

**FPP es el 11 de septiembre de 2019**

## (2) Circunferencia media del brazo

- Primer control prenatal antes de las 12 semanas:
- Mida la circunferencia media del brazo para determina estado nutricional y clasifique

Mes de embarazo	A Libras que debe aumentar la embarazada, con circunferencia de brazo igual o mayor de 23 cm	B Libras que debe aumentar la embarazada con circunferencia de brazo menor de 23 cm
1	1/2	1
2	1/2	1
3	1	2
4	3	5
5	3	5
6	3	5
7	3	5
8	2 1/2	4
9	1	2
TOTAL	17 1/2	30

# Examen Físico de la Embarazada (1)

FUR <u>18/12/2018</u> (1) FPP _____ (2) Circunferencia del brazo en centímetro _____ (Sólo si embarazo menor de 12 semanas)	Control 1 (3) Meses (semanas) de embarazo _____
--	---

(1) Calculen Fecha probable de Parto (FPP)

**FPP es el 25 de septiembre de 2019.**

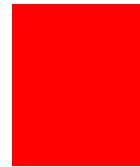
(2) Para que medir la circunferencia del brazo?

**Para determinar estado nutricional y clasificar**

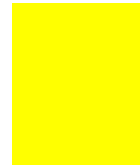


# ¿Tiene gestógrama en su servicio?

**Si**



**No**

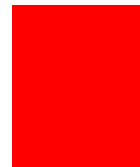


**No se**

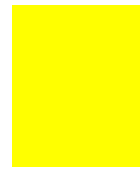


# ¿He utilizado gestógrafo ?

Si muchas veces



Si alguna vez



Nunca



# Instalación de gestograma en su celular



# Uso de Gestógrama

1. Identificar el primer día de última menstruación de la paciente.
2. Colocar flecha en el primer día de última menstruación
3. Establecer fecha probable del parto según flecha que indica 40 semanas.
4. Calcular semanas de gestación en el momento de la atención, con el gestógrama

# Examen Físico de la Embarazada (1)

FUR <u>18/12/2018</u> (1) FPP _____ (2) Circunferencia del brazo en centímetro _____ (Sólo si embarazo menor de 12 semanas)	Control 1 (3) Meses (semanas) de embarazo _____
--	---

(1) Calculen Fecha probable de Parto (FPP)

**FPP es el 25 de septiembre de 2019.**

(2) Para que medir la circunferencia del brazo?

**Para determinar estado nutricional y clasificar**

➔ (3)-1 ¿Cuántas semanas de embarazo tiene al día de hoy?

➔ (3)-2 ¿Cuándo es su segundo control prenatal?

# Examen Físico de la Embarazada (1)

FUR <u>18/12/2018</u> (1) FPP _____ (2) Circunferencia del brazo en centímetro _____ (Sólo si embarazo menor de 12 semanas)	Control 1 (3) Meses (semanas) de embarazo _____
--	---

(1) Calculen Fecha probable de Parto (FPP)

**FPP es el 25 de septiembre de 2019.**

(2) Para que medir la circunferencia del brazo?

**Para determinar estado nutricional y clasificar.**

➔ (3)-1 ¿Cuántas semanas de embarazo tiene al día de hoy?

**9 semanas**

➔ (3)-2 ¿Cuándo es su segundo control prenatal?

**18 de junio de 2019, a las 26 semanas.**

# Ejercicio de la utilización de gestógrama (1)

FUR: 04 de diciembre de 2018

Guía P.3

1. Cuando es FPP?
2. Cuántas semanas de gestación tiene hoy?
3. Cuándo es su segundo control prenatal según norma (fecha de la cita y edad gestacional)

# Ejercicio de la utilización de gestógrama (1)

FUR: 04 de diciembre de 2018

Guía P.3

1. Cuando es FPP?

27 de agosto de 2,019.

2. Cuántas semanas de gestación tiene hoy?

11 semanas

3. Cuándo es su segundo control prenatal según norma (fecha de la cita y edad gestacional)

04 de junio de 2,019, a las 26 semanas.



# Ejercicio de la utilización de gestógrama (2)

FUR: 27 de agosto de 2018

Guía P.3

1. Cuando es FPP?
2. Cuántas semanas de gestación tiene hoy?
3. Cuándo es su siguiente control prenatal según norma (fecha de la cita y edad gestacional)

# Ejercicio de la utilización de gestógrama (2)

FUR: 20 de agosto de 2018

Guía P.3

1. Cuando es FPP?

04 de junio de 2,019.

2. Cuántas semanas de gestación tiene hoy?

26 semanas y 6 días

3. Cuándo es su siguiente control prenatal según norma (fecha de la cita y edad gestacional)

01 de abril de 2,019, a las 32 semanas.

# ¿Si no sabe FUR, que haría?





<b>VIII. EXAMEN FISICO DE LA EMBARAZADA .</b>				
FUR: _____ FPP: _____ Circunferencia del brazo . En centímetros . (Solo si embarazo menor de 12 semanas) .	Control 1 . Meses(semanas) . De embarazo .	Control 2 . Meses(semanas) . De embarazo .	Control 3 . Meses(semanas) . De embarazo .	Control 4 . Meses(semanas) . De embarazo .
Ficha de la visita .				
<b>SIGNOS O SINTOMAS DE PELIGRO .</b>				
Presenta signos o síntomas de peligro si presenta, establezca y refiera Anote el signo y síntoma de peligro detectado en la columna correspondiente .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>SIGNOS VITALES .</b>				
Presión arterial .				
Temperatura corporal en °C .				
Peso en libras .				
Respiraciones por minuto .				
Frecuencia cardiaca materna .				
<b>EXAMEN GENERAL .</b>				
	¿Normal? .	¿Normal? .	¿Normal? .	¿Normal? .
Estado general, palidez palmar, conjuntivas, uñas .				
Examen buco dental .				
<b>EXAMEN OBSTETRICO .</b>				
Altura uterina .				
Presencia de movimientos fetales(20 semanas o más) .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Frecuencia cardiaca fetal (si procede) .				
Presentación por Leopold (>26 semanas) .				
<b>EXAMEN GINECOLOGICO .</b>				
Presencia de trazas de sangre o manchado(describa) .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Verrugas herpes, papilomas, úlceras(describa) .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Flujo vaginal .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>EXAMEN DE LABORATORIO O PRUEBAS DE GABINETE .</b>				
Hemoglobina y Hematocrito .				
Grupo y RH .				
Orina(proteína, glucosa y cetona) .				
Glicemia .				
VDRL .				
VIH(Oferte prueba con consejería) .				
Papanicolau .				
Infecciones .				
<b>CLASIFICACION .</b>				
Semanas embarazo por FUR y/o AU .				
Problemas detectados .				
<b>CONDUCTA (medicamentos indicados, anotar dosis y días de tratamiento. Anotar si se hizo referencia) .</b>				
Sulfato ferroso/anotar número de tabletas .				
Ácido fólico/anotar número de tabletas .				
Vacunación madre (Td)/anotar dosis que se administra .				

# Signos Vitales

- ✓ **Presión arterial**
- ✓ **Temperatura corporal en oC**
- ✓ **Respiraciones por minuto**
- ✓ **Frecuencia cardiaca materna**
  
- ✓ **Peso en libras**

# Ejercicio individual de Evaluación Nutricional (1)

**Calculen IMC de la  
embarazada**

- **FUR: 20/08/2018**
  - **Talla: 146 cm**
  - **Peso: 162 lib 9 onz**
- \*IMC: índice masa corporal

Guía P.4



1kg = 2.2 lib  
1 lib=16 onz

1) Cambien onz a lib

$$9\text{ onz} = 9 \div 16 = 0.56\text{ lib}$$

2) 1) + 162 Lib

$$0.56\text{ lib} + 162\text{ lib} = 162.56\text{ lib}$$

3) Cambien lib a kg

$$162.56 \div 2.2 = 73.89$$



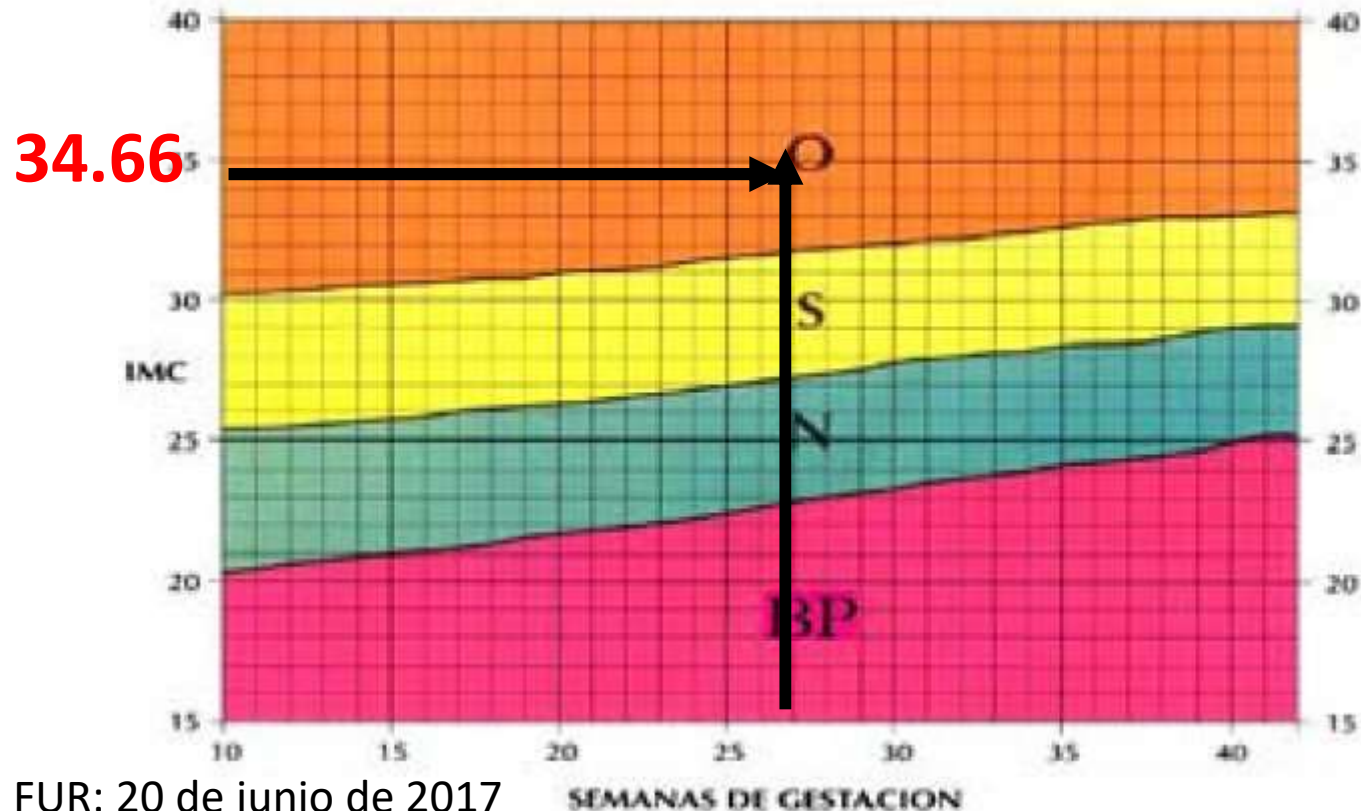
162 lib 9 onz

❖ Formula  $IMC = \frac{\text{Peso en Kg}}{\text{Talla en Mts}^2}$

$$IMC = \frac{73.89\text{ Kg}}{1.46 \times 1.46\text{ m}} = 34.66$$

# Clasifique según estado nutricional en:

BP: Bajo Peso N: Normal S: Sobrepeso O: Obesidad



26 Semanas y 6 días

¿Como influye el sobre peso u obesidad en embarazo?



Sobre peso :  
IMC igual o superior a 25

Obesidad :  
IMC igual o superior a 30



# Ejercicio individual de Evaluación Nutricional (2)

**Calculen IMC de la  
embarazada**

- **FUR: 04/07/2018**
  - **Talla: 152 cm**
  - **Peso: 150 lib 7 onz**
- \*IMC: índice masa corporal

Gúia P.5



1kg = 2.2 lib  
1 lib=16 onz

1) Cambien onz a lib

$$7\text{onz} = 7 \div 16 = 0.44 \text{ lib}$$

2) 1) + 150 Lib

$$0.44 \text{ lib} + 150 \text{ lib} = 150.44 \text{ lib}$$

3) Cambien lib a kg

$$150.44 \div 2.2 = 68.38$$



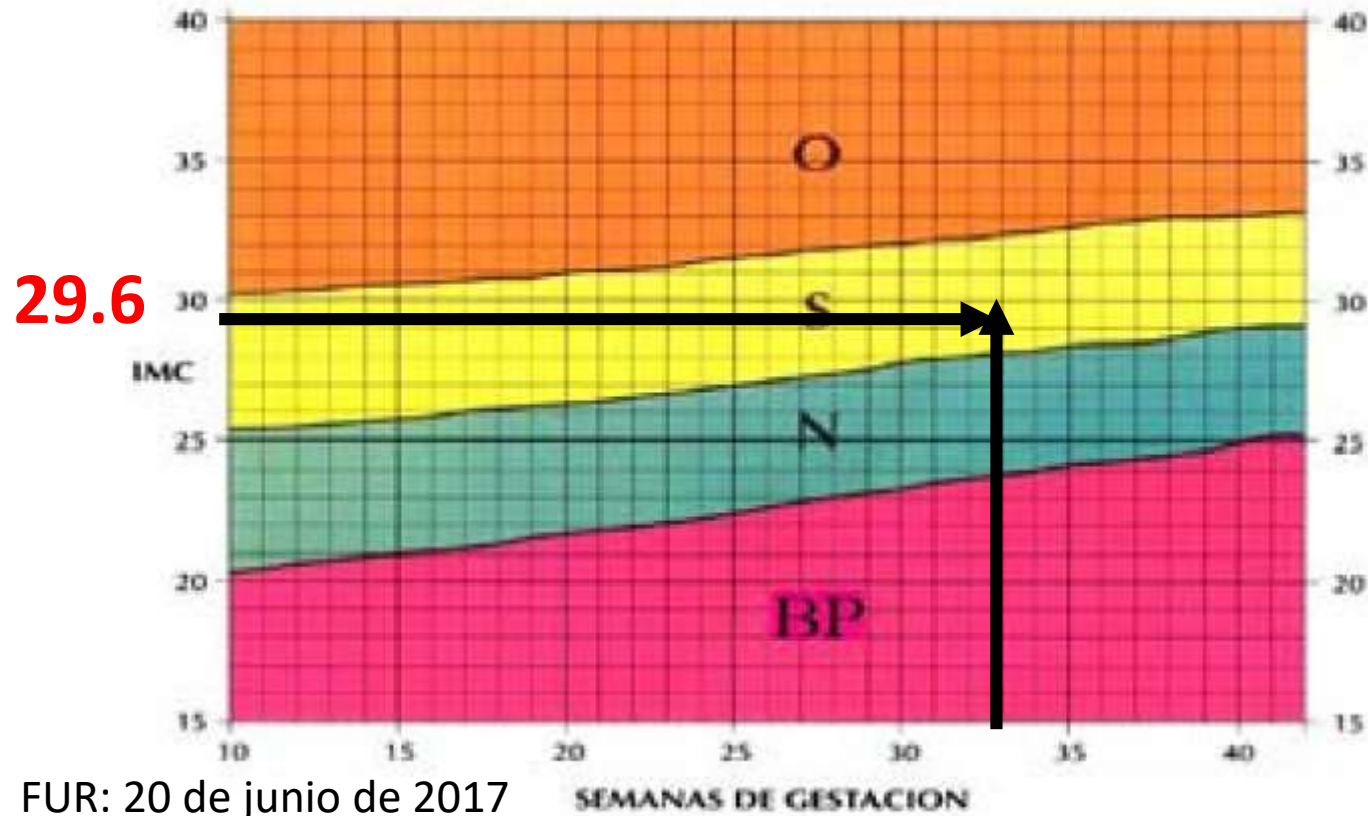
150 lib 7 onz

❖ Formula  $IMC = \frac{\text{Peso en Kg}}{\text{Talla en Mts}^2}$

$$IMC = \frac{68.38 \text{ Kg}}{1.52 \times 1.52 \text{ m}} = 29.6$$

# Clasifique según estado nutricional en:

BP: Bajo Peso   N: Normal   S: Sobrepeso   O: Obesidad



FUR: 20 de junio de 2017

33 Semanas

¿Como influye el sobre peso u obesidad en embarazo?

# Probabilidad de tener enfermedades durante el embarazo si presentan un IMC > 24.9 antes de la gestación

Comparación con las mujeres del IMC 20.0-24.9 cuando no están embarazadas (287,213 casos)

Odds ratio	Cuando no está embarazada IMC 25.0-29.9	Cuando no está embarazada IMC ≥30.0
<b>Diabetes gestacional</b>	↑↑	↑↑↑↑
<b>Síndrome hipertensivo del embarazo</b>	↑	↑↑
<b>Cesárea de emergencia</b>	↑	↑↑
<b>Hemorragia postparto</b>	↑	↑
<b>Macrosomía</b>	↑	↑↑
<b>Muerte fetal intrauterina</b>	↑	↑

Sebire.NJ.et.al|NT.J.Obes.Relat.Metab.Disord25.1175-1182.2001

<b>VIII. EXAMEN FISICO DE LA EMBARAZADA .</b>				
FUR: _____ FPP: _____	Control 1 Meses(semanas) De embarazo: .	Control 2 Meses(semanas) De embarazo: .	Control 3 Meses(semanas) De embarazo: .	Control 4 Meses(semanas) De embarazo: .
Circunferencia del brazo . En centímetros . (Solo si embarazo menor de 12 semanas) .	_____	_____	_____	_____
Ficha de la visita .	_____	_____	_____	_____
<b>SIGNOS O SINTOMAS DE PELIGRO .</b>				
Presenta signos o síntomas de peligro si presenta, establezca y refiera Anote el signo y síntoma de peligro detectado en la columna correspondiente .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .
<b>SIGNOS VITALES .</b>				
Presión arterial .	_____	_____	_____	_____
Temperatura corporal en °C .	_____	_____	_____	_____
Peso en libras .	_____	_____	_____	_____
Respiraciones por minuto .	_____	_____	_____	_____
Frecuencia cardiaca materna .	_____	_____	_____	_____
<b>EXAMEN GENERAL .</b>				
_____	¿Normal? .	¿Normal? .	¿Normal? .	¿Normal? .
Estado general, palidez palmar, conjuntivas, uñas .	_____	_____	_____	_____
Examen buco dental .	_____	_____	_____	_____
<b>EXAMEN OBSTETRICO .</b>				
Altura uterina .	_____	_____	_____	_____
Presencia de movimientos de feto (20 semanas o más) .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .
Frecuencia cardiaca fetal (si procede) .	_____	_____	_____	_____
Presentación por Leopold (>26 semanas) .	_____	_____	_____	_____
<b>EXAMEN GINECOLOGICO .</b>				
Presencia de trazas de sangre o manchado(describa) .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .
Verrugas herpes, papilomas, ulceras(describa) .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .
Flujo vaginal .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> .
<b>EXAMEN DE LABORATORIO O PRUEBAS DE GABINETE .</b>				
Hemoglobina y Hematocrito .	_____	_____	_____	_____
Grupo y RH .	_____	_____	_____	_____
Orina(proteína, glucosa y cetona) .	_____	_____	_____	_____
Glicemia .	_____	_____	_____	_____
VDRL .	_____	_____	_____	_____
VIH(Oferte prueba con consejería) .	_____	_____	_____	_____
Papanicolau .	_____	_____	_____	_____
Infecciones .	_____	_____	_____	_____
<b>CLASIFICACION .</b>				
Semanas embarazo por FUR y/o AU .	_____	_____	_____	_____
Problemas detectados .	_____	_____	_____	_____
<b>CONDUCTA (medicamentos indicados, anotar dosis y días de tratamiento. Anotar si se hizo referencia) .</b>				
Sulfato ferroso/anotar número de tabletas .	_____	_____	_____	_____
Ácido fólico/anotar número de tabletas .	_____	_____	_____	_____
Vacunación madre (Td)/anotar dosis que se administra .	_____	_____	_____	_____



# Examen General

EXAMEN GENERAL	
	¿Normal?
1. Estado general, palidez palmar, conjuntivas, uñas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2. Examen buco dental (describa hallazgos)	

1. ¿Si observan palidez palmar, conjuntivas, uñas, que piensan?

¿Que tiene que hacer cuando encuentre los signos o síntomas?

2. ¿Por qué el examen buco dental es necesario durante el embarazo?

<b>VIII. EXAMEN FISICO DE LA EMBARAZADA .</b>				
FUR: _____ FPP: _____ Circunferencia del brazo . En centímetros . (Solo si embarazo menor de 12 semanas) .	Control 1 . Meses(semanas) . De embarazo .	Control 2 . Meses(semanas) . De embarazo .	Control 3 . Meses(semanas) . De embarazo .	Control 4 . Meses(semanas) . De embarazo .
Ficha de la visita .				
<b>SIGNOS O SINTOMAS DE PELIGRO .</b>				
Presenta signos o síntomas de peligro si presenta, establezca y refiera Anote el signo y sintoma de peligro detectado en la columna correspondiente .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>SIGNOS VITALES .</b>				
Presión arterial .				
Temperatura corporal en °C .				
Peso en libras .				
Respiraciones por minuto .				
Frecuencia cardiaca materna .				
<b>EXAMEN GENERAL .</b>				
	¿Normal? .	¿Normal? .	¿Normal? .	¿Normal? .
Estado general, palidez palmar, conjuntivas, uñas .				
<b>EXAMEN OBSTETRICO .</b>				
Altura uterina .				
Presencia de movimientos de feto (20 semanas o más) .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Frecuencia cardiaca fetal (si procede) .				
Presentación por Leopold (>26 semanas) .				
<b>EXAMEN GINECOLOGICO .</b>				
Presencia de trazas de sangre o manchado(describa) .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Verrugas herpes, papilomas, úlceras(describa) .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Flujo vaginal .	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>EXAMEN DE LABORATORIO O PRUEBAS DE GABINETE .</b>				
Hemoglobina y Hematocrito .				
Grupo y RH .				
Orina(proteína, glucosa y cetona) .				
Glicemia .				
VDRL .				
VIH(Oferte prueba con consejería) .				
Papanicolau .				
Infecciones .				
<b>CLASIFICACION .</b>				
Semanas embarazo por FUR y/o AU .				
Problemas detectados .				
<b>CONDUCTA (medicamentos indicados, anotar dosis y días de tratamiento. Anotar si se hizo referencia) .</b>				
Sulfato ferroso/anotar número de tabletas .				
Ácido fólico/anotar número de tabletas .				
Vacunación madre (Td)/anotar dosis que se administra .				





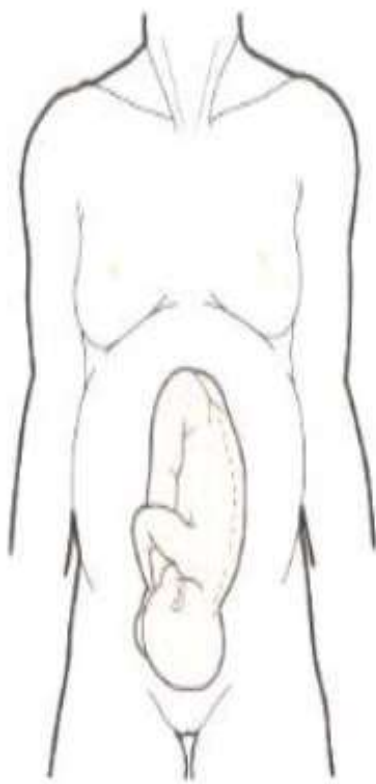
# Casos de muerte neonatal en el departamento Quiché

- Muerte perinatal masculino
- Madre adolescente de 17 años
- Muerte directa Asfixia perinatal
- Causa básica presentación podálica
- Parto fue atendido por comadrona
- Tuvo controles prenatales
- El proveedor de salud y comadrona no se percataron de presentación de feto. No hay conocimiento de las maniobras de Leopold por personal que realizó control prenatal.

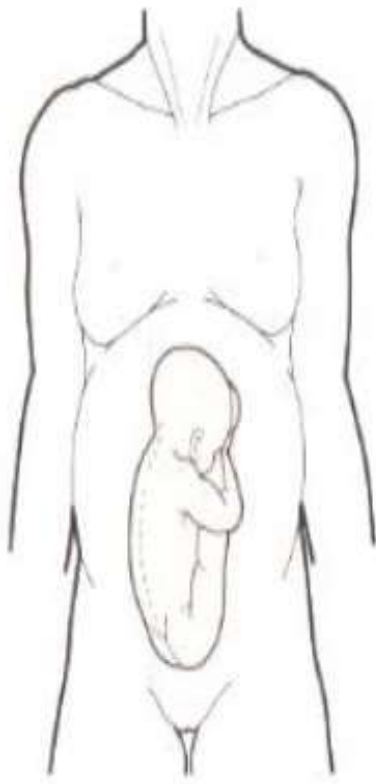


**¿Cómo pudo haberse salvado el bebe?**

# Posición de feto



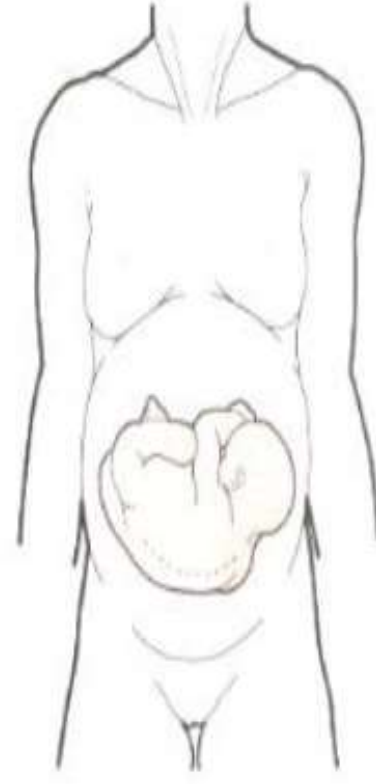
Cefálica 95%



Podálica 4%



Situación oblicua



Situación transversa

# Examen Obstétrico

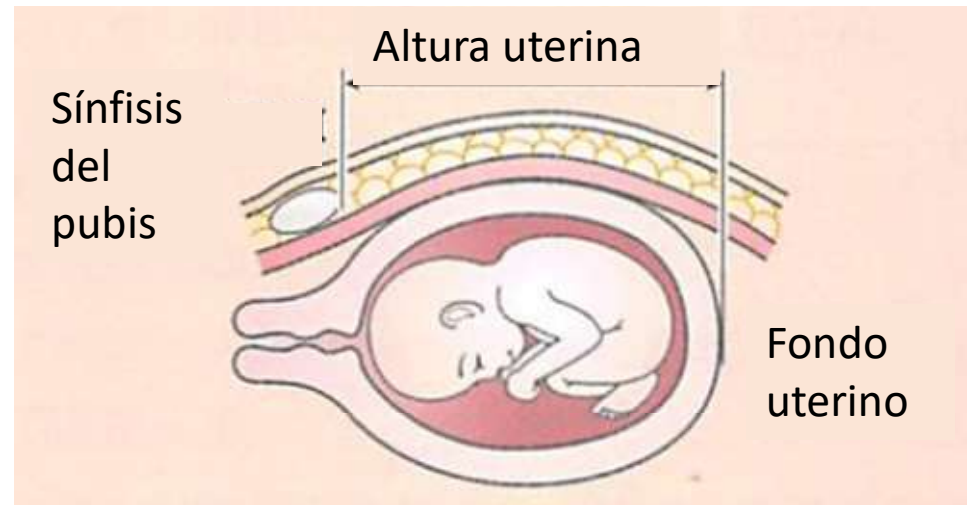
- ✓ **Altura uterina**
- ✓ **Presentación por Leopold**
- ✓ **Presencia de movimientos fetales**
- ✓ **Frecuencia cardiaca fetal**

# Altura Uterina

La medición de la altura uterina permite evaluar:

- El crecimiento del útero
- Conjuntamente con la palpación del feto, precisar su tamaño, tipo de presentación y grado de encajamiento
- Establecer la relación liquido amniótico – feto
- Sospechar la posibilidad de embarazo gemelar
- Polihidramnios
- Oligohidramnios
- Después de 3 meses de embarazo, calcular edad gestacional

# Altura Uterina



Pide a la embarazada doblar las rodillas, coloca la cinta métrica en la sínfisis del pubis, y localiza el fondo uterino, pide a la embarazada que estire las piernas

# Líquido amniótico anormal (1)

## ◆ Polihidramnios

Se refiere a la presencia excesiva o aumento de líquido amniótico—por lo general mayor a los 2 litros o un índice de líquido amniótico  $>18$  mm

Las causas incluyen las siguientes:

- Embarazo múltiple con síndrome de transfusión gemelo-gemelo (síndrome de transfusión feto-fetal)
- Anomalías fetales abdominales
- Trastornos del ritmo cardíaco congénito.
- Trastornos del sistema nervioso central y enfermedades neuromusculares.
- Un mal control de la diabetes mellitus materna.

# Líquido amniótico anormal (2)

## ◆ Oligohidramnios

Es un volumen deficiente de líquido amniótico; se asocia con complicaciones maternas y fetales.

Las causas incluyen las siguientes:

- Insuficiencia útero-placentaria.
- Fármacos (p. ej., inhibidores de la ECA, AINES)
- Embarazo postérmino
- Malformaciones fetales, particularmente las que disminuyen la producción de orina.
- Muerte fetal.

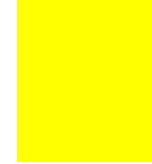
La mayoría de estas anomalías pueden ser detectadas por la ecografía obstétrica.

**La presencia excesiva o aumento de líquido amniótico se llama:**

**Polihidramnios**



**Oligohidramnios**



**No se**





# Presentación Fetal

En el tercer trimestre clínicamente podemos determinar la situación y presentación del feto con las maniobras de Leopold. En embarazos normales se recomienda su realización a la semana 36, y en caso de la sospecha de una situación transversa u oblicua o una presentación podálica, es importante la realización de una ecografía obstétrica para su confirmación.

# Maniobras de Leopold

En ausencia de estudios radiológicos y de ultrasonido, estas maniobras son útiles, sobre todo al final de la gestación, para la determinación de la posición fetal. Las maniobras son las siguientes:



Primera Maniobra



Segunda Maniobra



Tercera Maniobra



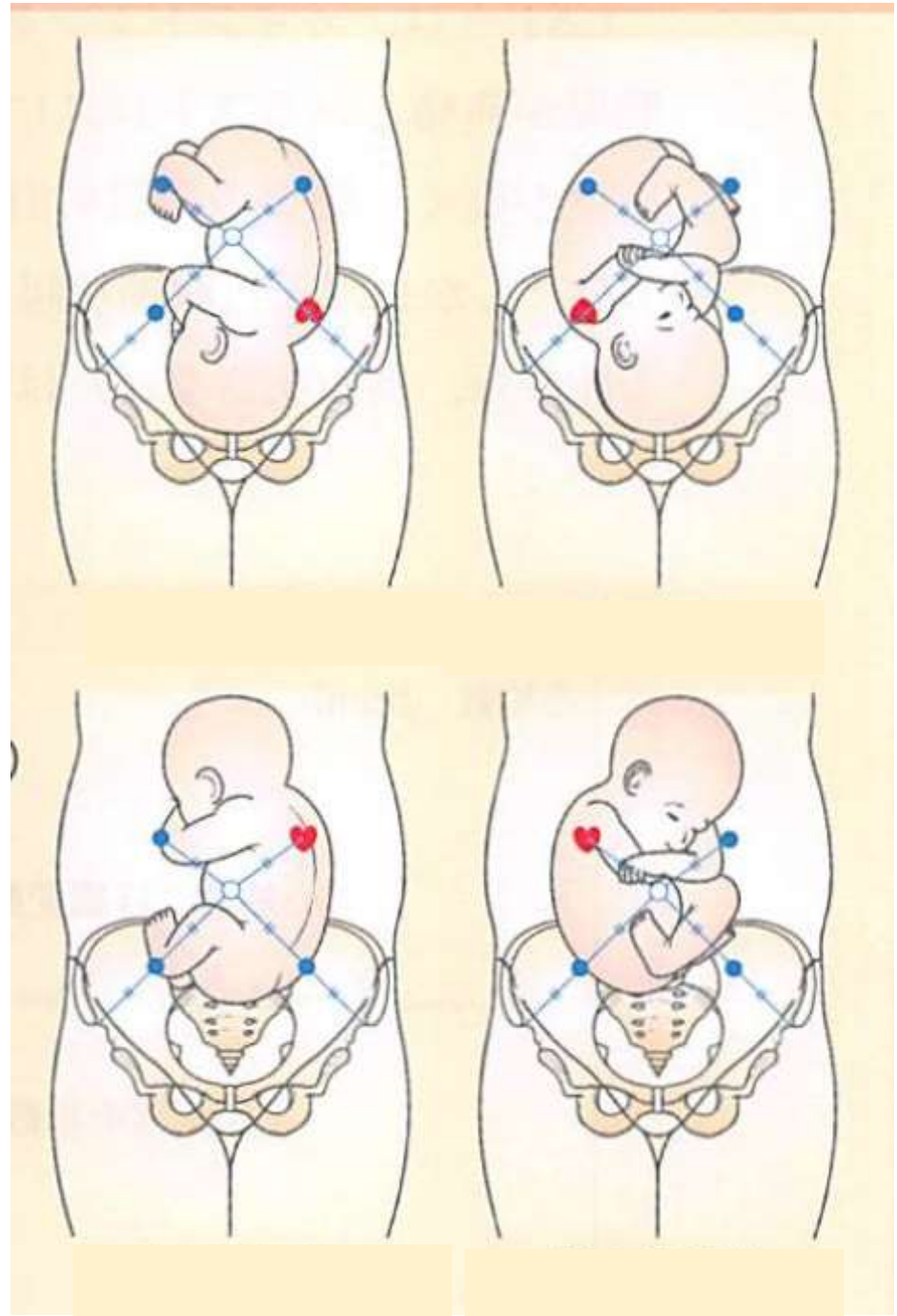
Cuarta Maniobra

# Evaluación de la Frecuencia Cardíaca Fetal

La evaluación de la frecuencia cardíaca fetal por auscultación es posible realizarla a partir de la semana 20 (si tienen Doppler después de las 12 semanas) , es útil para confirmar la vitalidad del feto. Normalmente la frecuencia cardíaca fetal se encuentra en un rango de 120 a 160 latidos por minuto; para su cuantificación se recomienda el conteo de los latidos cardíacos durante 60 segundos continuos.

# Lugar para escuchar FC fetal

- Verificar presentación y situación del feto

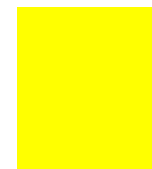


**Encontró en un rango de 180 latidos por minuto ¿Qué haría?**

**Normal**



**Referir a un nivel de atención con mayor resolución.**



**No se**

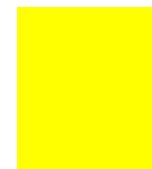


**Encontró en un rango de 90 latidos por minuto ¿Qué haría?**

**Normal**



**Referir a un nivel de atención con mayor resolución.**



**No se**



# Edema

- Como vigilar edema

Presionar con dedo índice y medio el tobillo de la paciente para verificar presencia de edema.

- Por que chequear edema

Puede ser indicio de preeclampsia.



¿Qué riesgos pueden tener las mujeres embarazadas acostadas sobre su espalda, durante mucho tiempo?

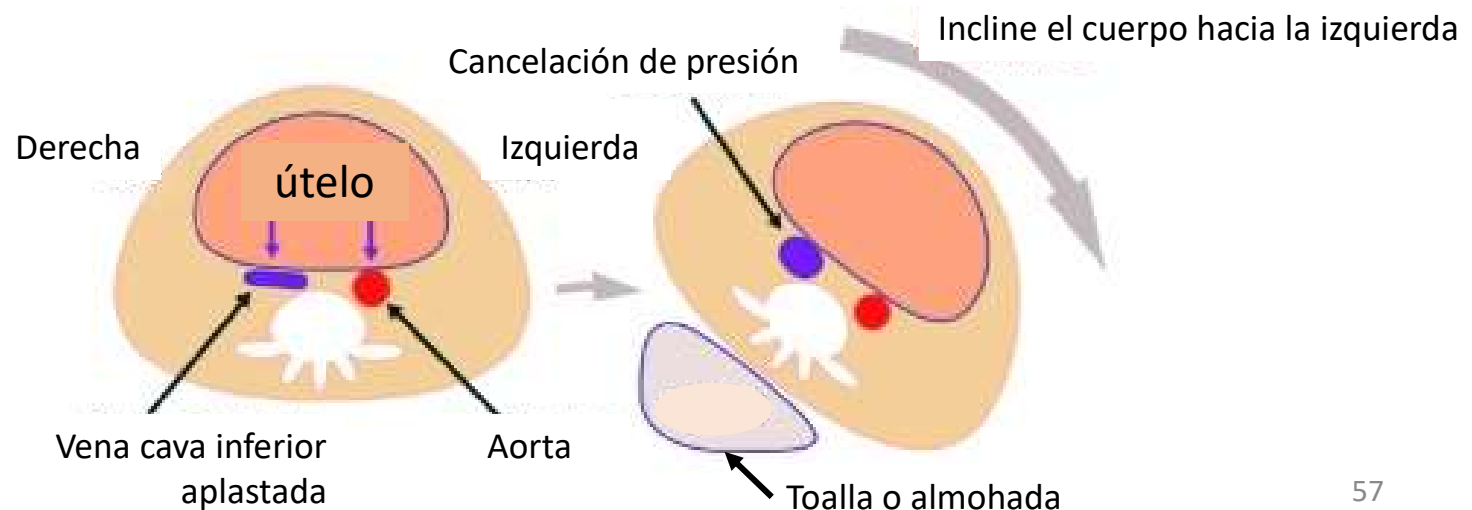




# Síndrome de hipotensión supina

El Síndrome de Hipotensión Supina, es una situación que puede ocurrir, si la embarazada se acuesta por mucho tiempo apoyada sobre su espalda. El peso de su útero puede comprimir la vena cava inferior, a través de la cual se transporta la sangre de sus miembros inferiores al corazón. Al comprimirse, la cantidad de sangre que llega al corazón es menor, por lo que se produce hipotensión.

Síntoma: Taquicardia, náuseas, vómito, sudor frío, palidez

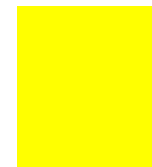


**Al tener una paciente con síndrome de hipotensión supina durante control prenatal, coloco una almohada debajo de la espalda, del lado izquierdo.**

**Correcto**



**Incorrecto**



**No se**



# Demosttración de Control Prenatal



# Examen Obstétrico (1)

## ❖ Ejercicio en grupo

### 1. Preparación para el cuidado prenatal

Procedimiento	Punto de verificación
Lavarse las manos Preparación del equipo necesario	1-1 Usar jabón/alcohol.
	1-2 Preparar todos los equipos antes del examen físico obstétrico (estetoscopio, esfigmomanómetro, termómetro, sábana, cinta métrica, doppler fetal).

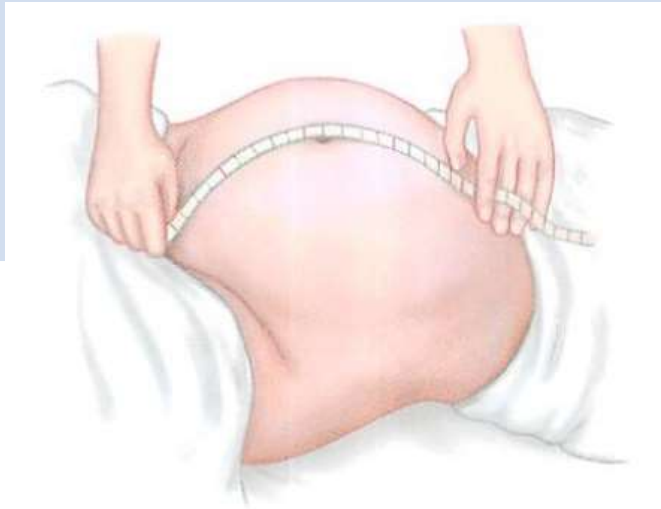
### 2. Inicio del cuidado prenatal

Procedimiento	Punto de verificación
Preparación de la embarazada y el ambiente	2-1 Saludar a la mujer.
	2-2 Le explicar el procedimiento de la atención prenatal.
	2-3 Cerrar la puerta para mantener la privacidad.

# Examen Obstétrico (2)


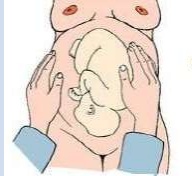


## 3. Altura de útero

Procedimiento	Punto de verificación
Colocar a la mujer embarazada en una camilla para evaluarla.  Medir la altura del útero correctamente	3-1 Apoyar a la embarazada para recostarse en la camilla.
	3-2 Pedir a la embarazada doblar las rodillas, coloca la cinta métrica en la sínfisis del pubis y localiza el fondo uterino, pide a la embarazada que estire las piernas.
	3-3 Sostener la cinta métrica en el abdomen firmemente (no flojo) para leer la medición.



# Examen Obstétrico (3)

## 4. Presentación fetal

Procedimiento	Punto de verificación	
Maniobras de Leopold Confirmar la posición y la presentación del feto, el número de fetos y la cantidad de líquido amniótico correctamente	4-1 Verificar la ausencia de contracciones uterinas antes de palpar.	
	4-2 Detectar presentación	 <p>Primera Maniobra</p>
	4-3 Detectar posición	 <p>Segunda Maniobra</p>
	4-4 Detectar peloteo	 <p>Tercera Maniobra</p>
	4-5 Detectar encajamiento	 <p>Cuarta Maniobra</p>
	4-6 Detectar número de fetos	

# Examen Obstétrico (4)

## 5. Frecuencia cardiaca fetal

Procedimiento	Punto de verificación
Midió correctamente la frecuencia cardiaca fetal	5-1 Contar durante 60 segundos

## 6. Edema

Procedimiento	Punto de verificación
Chequeó correctamente la extensión y el grado del edema	6-1 Presionar a nivel del tibia anterior y la parte superior del pie con el pulgar durante algunos segundos
	6-2 Identificar el edema y su gravedad



# Examen Obstétrico (5)

## 7. Resumen

Procedimiento	Punto de verificación
Bajó a la embarazada de la camilla de evaluación con seguridad Registró los valores medidos en la ficha clínica prenatal y/o posparto	7-1 Apoyar a la embarazada.
	7-2 No omitir nada en la ficha clínica prenatal y/o posparto.
	7-3 Determinar el número aproximado de semanas de gestación desde el fecha que comenzó la última menstruación y/o altura del útero y se lo dijo a la paciente durante su consulta.

## 8. Explicación de resultados y educación en salud

Procedimiento	Punto de verificación
Explicó los resultados del cuidado prenatal Dio educación en salud basado en los resultados Suplemento, según normas de atención	8-1 Explicar los resultados del cuidado prenatal, incluyendo resultados de laboratorio.
	8-2 Dar fecha de próxima cita.



# Práctica de control prenatal

**Guía P.6y7**

- ❖ Instrucción del ejercicio en grupo
- 1) Dividir 5 grupos. Cada grupo tiene un facilitador del ejercicio en grupo
- 2) Un participante practica la serie de actividades de control prenatal (AU, FCF, Presentación del feto, Mov. Fetales)
- 3) Anote resultados de examen obstétrica en la ficha clínica prenatal y/o posparto (guía p.6 )
- 4) Un participante en mismo grupo será el evaluador (turno) según lista de chequeo (guía p.15).
- 5) Si tienen alguna duda, pregunten al facilitador.
- 6) Retroalimentación según la lista de chequeo  
Puntos buenos, Puntos de mejora
- 8) Cambie al siguiente participante.

# De seguimiento al compromiso



# ¿Como solucionar, cuando encuentra obstáculos o barreras (1)?



Algunas embarazadas creen más importante asistir sólo a un control en el 8 o 9 meses, para conocer la posición del bebe.

- Si las embarazadas asisten por lo menos a cuatro controles prenatales el personal de salud puede apoyarlas más



# ¿Como solucionar, cuando encuentra obstáculos o barreras (2)?



Algunas embarazadas están demasiado ocupadas para buscar los servicios de salud, especialmente durante ciertas épocas del año.

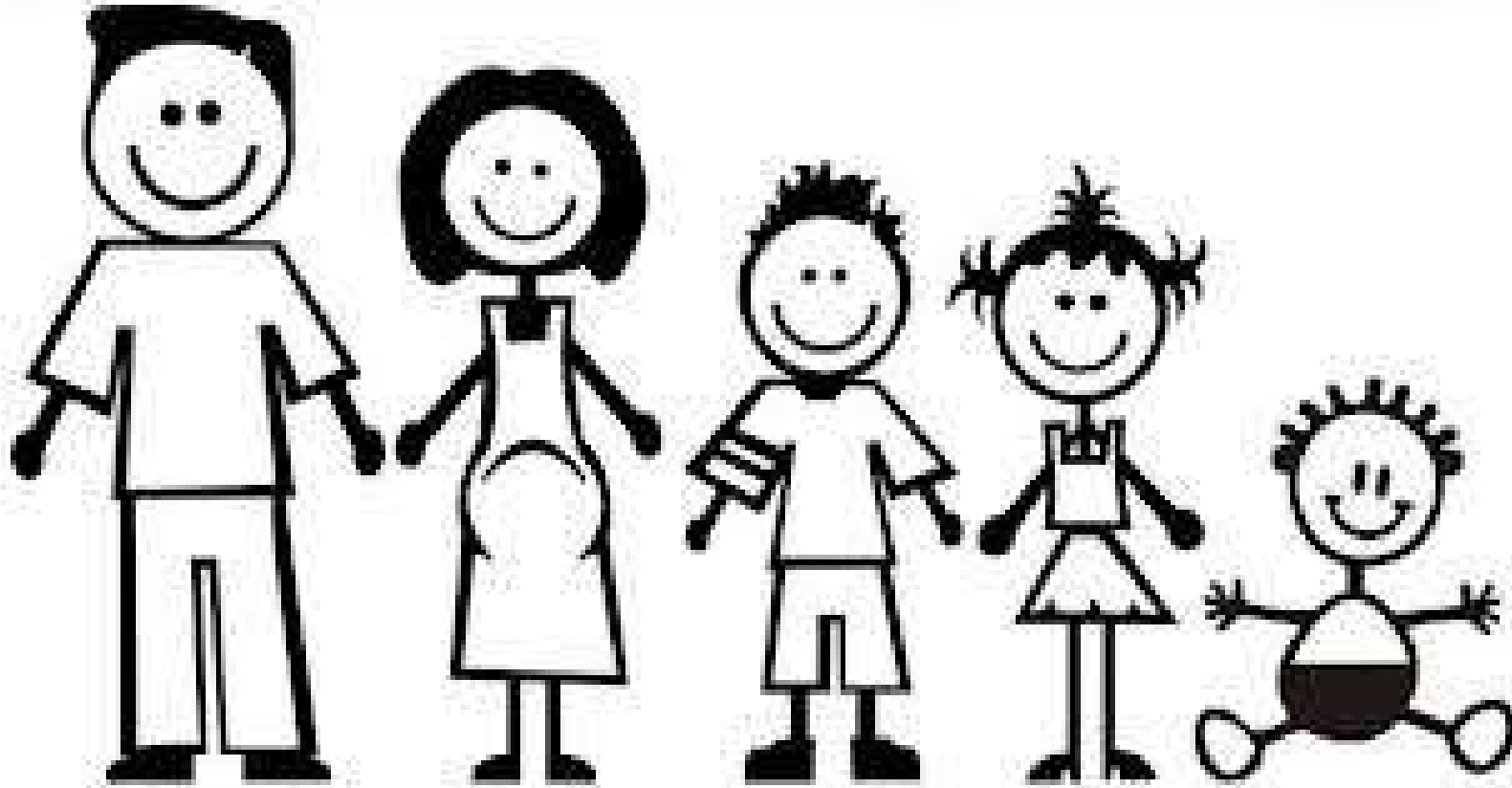
La familia puede ayudar más con las tareas de la mujer, y así ella tendrá tiempo para cuidar de si misma y su bebé.



# ¿Preguntas?



# Gracias por su atención



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