



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS NORMATIVOS EN
LA ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA EN EL PUESTO DE
SALUD 5 DE MAYO. DISTRITO DE SAN JUAN DE MIRAFLORES.
AÑO 2015**

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

BACHILLER:

PINEDO SAAVEDRA, ISABEL DELICIA

ASESORA:

NIZAMA ÁVILA MARIA BEATRIZ

**LIMA – PERÚ
2017**

DEDICATORIA

Dedico mi trabajo a mi familia por ser mi constante apoyo en este proceso de convertirme en una profesional de éxito, ya que ellos son el pilar fundamental para seguir adelante con mis objetivos gracias por el apoyo incondicional. Todo este trabajo ha sido gracias a cada uno de ellos.

Agradezco a Dios por iluminarme en el camino de la vida, darme sabiduría y la fortaleza para superar cada obstáculo que se presentó en mi preparación académica. A mis maestras por brindarme las enseñanzas adecuadas en este paso de mi carrera y su colaboración en el mejoramiento de mi investigación. A mi alma mater, mi Universidad Alas Peruanas, por abrirme sus puertas y darme esta oportunidad de triunfar en este proceso de todos estos años.

RESUMEN

Objetivo: Determinar el grado de cumplimiento de los criterios normativos en la atención prenatal reenfocada en el Puesto de Salud 5 de mayo de enero a diciembre del año 2015.

Metodología: El presente trabajo de investigación es básica descriptiva, de corte transversal retrospectiva, aplicativo porque se realizará sobre hechos concretos y específicos de carácter netamente utilitarios, con enfoque cuantitativo por que se vale de los números para examinar datos e información, con un determinado nivel de error y nivel de confianza. La población es de 94 gestantes usuarias que han completado 6 atenciones prenatales como mínimo en el Puesto de Salud 5 de mayo de enero a diciembre del 2015.

Resultados: Se observarán los diferentes porcentajes que se verificaron a nivel del instrumento respectivo que se utilizó, en el presente trabajo se determina que las gestantes acuden a su primera atención prenatal a partir de 6 a 13 semanas de gestación, para detectar algún factor de riesgo. De acuerdo a los gráficos correspondientes la atención clínica se cataloga como buena con un porcentaje de 71.28%; se deduce que se realizó una buena atención integral hacia la gestante durante su atención prenatal, en el tamizaje durante la primera atención prenatal se evidenció un porcentaje de 58.51% catalogándolo como bueno, ya que se llegó a solicitar los exámenes respectivos durante la atención prenatal. En las actividades preventivo promocionales hay un porcentaje de 70.21% lo que nos muestra que hay una deficiencia en las actividades que se debieron realizar a la gestante durante su atención prenatal, y son las visitas domiciliarias de seguimiento durante la gestación y el plan de parto. Es muy importante realizar este tipo de evaluación para evidenciar el factor de riesgo. Por último, están las consejerías con un porcentaje de 59.57% catalogándolo como regular, ya que no se tomaron en cuenta las consejerías previas a cada una de las gestantes.

Conclusiones: El grado de cumplimiento en la atención clínica de la gestante durante la atención prenatal reenfocada en el Puesto de Salud 5 de mayo

durante el año 2015 es de 71.28%, catalogándosele como buena. El grado de cumplimiento en el tamizaje del control prenatal de la gestante durante la atención prenatal reenforcada en el Puesto de Salud 5 de mayo durante el año 2015 es de 58.51%, catalogándosele como bueno. El grado de cumplimiento en las actividades preventivo-promocionales de la gestante durante la atención prenatal reenforcada en el Puesto de salud 5 de mayo durante el año 2015 es de 70.21%, catalogándose como deficientes. El grado de cumplimiento en las consejerías de la gestante durante la atención prenatal reenforcada en el Puesto de salud 5 de mayo durante el año 2015 es de 59.57%, catalogándose como regulares. De acuerdo a las 4 dimensiones respectivas, damos por concluido que el porcentaje promedio fue de 65%, catalogándose como deficiente, para el grado de cumplimiento en la atención prenatal reenforcada. Se sabe que la atención prenatal reenforcada es de suma importancia para las madres gestantes, la pareja, familia y la misma comunidad, con ello se puede detectar diferentes factores de riesgo durante la atención prenatal.

ABSTRACT

Objective: To determine the degree of fulfillment of the normative criteria in the prenatal care refocused in the Health Post 5 of May of January to December of the year 2015.

Methodology: The present research work is descriptive basic, retrospective cross-sectional. Application because it will be done on concrete and specific facts, of purely utilitarian nature, with a quantitative approach that uses numbers to examine data and information, with a certain level of error and level of confidence. The population is 94 pregnant users who have completed 6 prenatal controls at least at the Health Post 5 May from January to December 2015.

Results: It will be observed the different percentages that were verified at the level of the respective instrument that was used, in the present work it is determined that the pregnant women go to their first prenatal care from 6 to 13 weeks of gestation, to detect some risk factor. According to the corresponding charts the clinical attention is cataloged as good with a percentage of 71.28%; It is deduced that a good integral attention was given to the pregnant woman during her prenatal care, in the screening during the first prenatal care, a percentage of 58.51% was evidenced as good, since the respective examinations were requested during prenatal care. In preventive promotional activities there is a percentage of 70.21% which shows that there is a deficiency in the activities that had to be performed to the pregnant woman during her prenatal care, and the follow-up home visits during the gestation and the delivery plan. It is very important to carry out this type of evaluation to highlight the risk factor. Finally, there are the councils with a percentage of 59.57% cataloging it as regular, since the pre-counseling of each of the pregnant women was not taken into account.

Conclusions:

The degree of compliance in the clinical care of the pregnant woman during the prenatal care refocused in the Health Post 5 of May during the year 2015 is 71.28%, being classified as good. The degree of compliance in the screening of prenatal care of the pregnant woman during the prenatal care refocused in the Health Post 5 of May during the year 2015 is of 58.51%, being classified as good. The degree of compliance in the preventive-promotional activities of the pregnant woman during the prenatal care refocused in the Health post 5 of May during the year 2015 is of 70.21%, being classified as disabled. The degree of compliance in the pregnant women's counseling during prenatal care refocused at the Health Post 5 May during the year 2015 is 59.57%, being classified as regular. According to the respective 4 dimensions, we conclude that the percentage obtained was 65%, classified as deficient, for the degree of compliance in refocused prenatal care. Refocused prenatal care is known to be of paramount importance to expectant mothers, the couple, the family, and the community itself, so that different risk factors can be identified during prenatal care.

INDICE

	Pág.
Caratula	I
Dedicatoria	II
Agradecimiento	III
Resumen/ Abstract	IV-VII
Índice	VIII-IX
Introducción	X-XI
Capítulo I: Planteamiento del problema	12-18
1.1 Descripción de la realidad problemática	
1.2 Delimitación de la investigación	
1.3 Formulación del problema	
1.3.1 Problema principal	
1.3.2 Problemas secundarios	
1.4 Objetivos de la investigación	
1.4.1 objetivo generales	
1.4.2 objetivo específicos	
1.5 Hipótesis y variables de la investigación	
1.5.1 Hipótesis general	
1.5.2 Variables	
1.6 Variables, dimensiones e indicadores	
1.7 Justificación e Importancia de la investigación	
Capítulo II: Marco Teórico	19-35
2.1 Antecedentes de la Investigación	
2.2 Bases teóricas	
Capítulo III: Metodología	36-38
3.1 Tipo de la investigación	
3.2 Diseño de la investigación	
3.2.1 Nivel de la investigación	
3.2.2 Método	

3.3 Población y muestreo de la investigación	
3.3.1 Población	
3.3.2 Muestra	
3.4. Técnicas e instrumento de recolección de datos	
3.4.1. Técnicas	
3.4.2. Instrumento	
3.5 Procedimientos	

Capítulo IV: Resultados..... 39-51

4.1 Resultados.	
4.2 Discusión de los resultados.	

Conclusiones..... 52

Recomendaciones..... 53

Referencias..... 54-56

Anexos: 58-63

1. Instrumentos.
2. Matriz de consistencia.
3. Otros.

INTRODUCCION

Hoy en día la atención prenatal es un desafío para los profesionales de salud, sobre todo en los servicios públicos, ya que constituye una parte fundamental dando como resultado la existencia de un recién nacido sano y una madre sin complicaciones. La satisfacción de la paciente es un componente esencial para incrementar la competitividad en el sector salud. El personal de salud que brinda la atención cumple con un papel protagónico, ya que se encarga de prevenir, diagnosticar y tratar los factores que pueden condicionar una morbilidad materno perinatal; mediante la atención prenatal se puede vigilar la evaluación del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo (a).

En el mundo, la atención prenatal es una prioridad que engloba una serie de estrategias destinadas a optimizar los resultados del embarazo, por este motivo un servicio de salud requiere éxito, continuidad y seguimiento, para que la evolución del embarazo y el parto sea efectiva.

Además, se requiere la participación de la pareja y de la familia con la gestante, ya que son piezas fundamentales para que ella reciba un grato bienestar tanto salud como personal.

La salud materna engloba todos los fenómenos que ocurren alrededor del embarazo, parto y puerperio. El embarazo es un fenómeno funcional que trae consigo una serie de cambios que demandan del organismo materno algunas adaptaciones orgánicas para que la gestación sea exitosa, la atención prenatal permite además la detección oportuna de factores de riesgo que pueden afectar la evolución y el fin del embarazo, con la consecuente disminución de la mortalidad y morbilidad tanto maternas como perinatales; durante la etapa prenatal se determinan factores muy importantes como es el estado de la madre, para ello se debe educar a la gestante que acuda a sus respectivas atenciones prenatales para detectar cualquier riesgo; tanto para ella como el bebé.

En el presente estudio se evaluará el grado de cumplimiento de acuerdo a las normativas que rigen en el Ministerio de Salud, ya que es un papel fundamental en la atención prenatal reenfocada. Para este trabajo de investigación se hizo la revisión de las historias clínicas de cada una de las gestantes que asistieron durante los meses mencionados en el año 2015, con ello se sabrá si se dio a cumplir las normativas previstas. El presente trabajo consistirá de cuatro capítulos, capítulo I: Planteamiento del problema, capítulo II: Marco teórico, capítulo III: Metodología, capítulo IV: Resultados.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La Atención Prenatal como sistema de prevención, se inició en el año 1901 y se puede asegurar que con esto la obstetricia ha logrado tres objetivos importantes en los últimos treinta años: I) Implementación y extensión de la atención prenatal, II) Selección y manejo del riesgo perinatal y, III) Clasificación, selección y aplicación de los métodos de vigilancia feto-maternos. Los objetivos de la vigilancia perinatal están dirigidos a disminuir la mortalidad materna y la morbimortalidad perinatal. Para lograrlo es necesario efectuar una atención precoz, periódica, continua, completa y de buena calidad. Los objetivos de las atenciones prenatales deben garantizar el derecho a que la madre y su hijo alcancen al final de la gestación un adecuado estado de salud, por lo que es necesario brindar una atención que contribuya a la detección de cualquier complicación, procurando así disminuir la morbimortalidad materna y perinatal. ⁽¹⁾

Según la Organización Mundial de la Salud, la atención prenatal es uno de los servicios sanitarios preventivos, clave utilizado en todo el mundo; además es un conjunto de acciones asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud y la embarazada a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto.

En los países en desarrollo, las implementaciones de los programas de atención prenatal frecuentemente han sido deficientes y las visitas a clínicas son irregulares, con largos tiempos de espera. Las preocupantes estadísticas de morbilidad materna y perinatal en los países en desarrollo reflejan las consecuencias de no brindar un buen cuidado materno y perinatal, los datos para finales del año 2010 muestran que más del 70% de mujeres de todo el mundo tiene al menos una visita en su atención prenatal. Con la atención prenatal reenfocada las gestantes deben recibir como mínimo 6 atenciones durante el periodo de gestación y ser evaluadas por los especialistas para tener un embarazo sin complicaciones y un bebé sano.⁽²⁾

El enfoque de riesgo se fundamenta en el hecho de que no todos los individuos tienen la misma probabilidad o riesgo de padecer un daño determinado, la evaluación del riesgo no es una tarea sencilla, debemos asegurar que las instituciones donde se producen nacimientos sean capaces de resolver las emergencias más frecuentes durante el embarazo que pueden ser enfermedades como la anemia, el Virus de Inmuno Deficiencia Adquirida (VIH), sífilis, hipertensión inducida por el embarazo, hemorragias en el parto, sepsis, las infecciones del tracto urinario, diabetes gestacional, cáncer de mamas y de cuello uterino.⁽³⁾

En países industrializados como Francia, Alemania, EEUU, el 98% de mujeres tiene al menos una visita a su atención prenatal. En países en vías de desarrollo; como Colombia, Chile o Perú, el porcentaje baja a un 68%, en cambio en Asia y África se tiene el porcentaje de asistencia más bajo de mujeres asistiendo a por lo menos una sola visita con un 54% y el 70% de las gestantes que acude lo realiza tardíamente. La realidad socioeconómica que vivimos en nuestro país determina una situación de salud insatisfactoria que visualiza en altas tasas de morbilidad materna-perinatal. En el Perú, la atención prenatal es considerada como uno de los pilares de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, por ello la conceptualiza como: la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud; en este caso la obstetra.⁽⁴⁾

Sin embargo según investigaciones realizadas por ENDES 2014, hay un mayor número de mujeres de nuestro medio que asistió para alguna atención prenatal, encontrándose una ligera disminución respecto al ENDES del año

2009; cabe resaltar que la primera visita de la atención prenatal debe realizarse tempranamente para detectar situaciones que podrían llevar a mayor riesgo durante periodos posteriores del embarazo y del parto; sin embargo se observaron avances entre los años 2010 y 2014 donde subió la atención prenatal que fue atendida por un médico general. En cambio, la atención prenatal por obstetras presenta una tendencia a disminuir en el año 2014. Según el ámbito geográfico; la atención por obstetras es mayor en el área rural, así como en Lima Metropolitana y el resto de la costa a diferencia de la Selva y la Sierra que muestran una disminución de la atención, cabe resaltar en los departamentos de Tumbes, Huánuco, Puno y Ucayali, más del 71.0% de mujeres fueron atendidas por obstetras. ⁽⁵⁾

La atención prenatal es de mayor importancia ya que muchas veces se producen diversas complicaciones en la gestante. Para ello el Ministerio de Salud tiene un paquete para la atención prenatal que se encuentra en la “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de la Salud Materna N° 105”, que incluye las atenciones en diferentes especialidades y por ende se puede diagnosticar precozmente alguna complicación que se pueda presentar en el embarazo y así evitar el riesgo de enfermar o morir. ⁽⁶⁾

Según el análisis de muerte materna en el Perú pasó de 457 defunciones en el año 2010 a 411 en el 2014, según cifras de la Dirección de Epidemiológica del Ministerio de Salud (MINSa), lo que representa un descenso de 10% en este índice. ⁽²²⁾ Uno de los problemas por los cuales se incrementa la muerte materna es por la inadecuada atención prenatal hacia las mismas gestantes, además responde a determinantes socioeconómicos, culturales y estructurales tales como el nivel educativo y la situación económica, y el acceso a servicios de salud de calidad, se tiene que poder educar bien a la propia gestante para que ella puede saber los signos de alarma; aparte el funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud. ⁽⁷⁾

El Puesto de Salud 5 de mayo, ubicado en el sector 5 de mayo de Pamplona Alta del distrito de San Juan de Miraflores; acuden mujeres de diferentes edades, nivel socio económico y religión, para realizarse diversas atenciones, siendo las principales: la atención prenatal, planificación familiar, infecciones de transmisión sexual, toma de Papanicolaou, teniendo como objetivo educar a la gestante en salud sexual reproductiva ya que como obstetras y habiendo

adquirido el compromiso de cuidar la salud reproductiva de la personas, especialmente de la mujer, somos responsables inmediatas de actualizar en la práctica los protocolos especificados de atención prenatal, el cual nos ayuda con estrategias innovadoras para que las gestantes acudan oportunamente al establecimiento de salud y poder disminuir de esa manera los riesgos que afectan al binomio madre hijo.

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 Delimitación temporal: Año 2015

1.2.2 Delimitación geográfica:

Este estudio se realizará en el Puesto de Salud 5 de mayo, el cual es un establecimiento de salud de nivel I-2, que pertenece a la Micro Red Ollantay de la RED de Servicios de Salud de San Juan de Miraflores-Villa María del Triunfo, y se centrará en el estudio de la Historias Clínicas de gestantes controladas en dicho Establecimiento de Salud, en los meses de enero a diciembre del año 2015.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. Problema principal

¿Cuál es el grado de cumplimiento de los criterios normativos en la atención prenatal reenfocada en el Puesto de Salud 5 de mayo en el distrito de San Juan de Miraflores durante el año 2015?

1.3.2. Problemas secundarios

¿Cuál es el grado de cumplimiento en la atención clínica de la gestante durante la atención prenatal reenfocada en el Puesto de Salud 5 de mayo en el distrito de San Juan de Miraflores durante el año 2015?

¿Cuál es el grado de cumplimiento en el tamizaje durante la atención prenatal reenfocada en el Puesto de Salud 5 de mayo en el distrito de San Juan de Miraflores durante el año 2015?

¿Cuál es el grado de cumplimiento en las actividades preventivo promocionales durante la atención prenatal reenfocada en el Puesto de Salud 5 de mayo en el distrito de San Juan de Miraflores durante el año 2015?

¿Cuál es el grado de cumplimiento en las consejerías durante la atención prenatal reenfocada en el Puesto de Salud 5 de mayo en el distrito de San Juan de Miraflores durante el año 2015?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo general

Determinar el grado de cumplimiento de los criterios normativos en la atención prenatal reenfocada en el Puesto de Salud 5 de mayo en el distrito de San Juan de Miraflores durante el año 2015

1.4.2 Objetivos específicos

Conocer el grado de cumplimiento en la atención clínica de la gestante durante la atención prenatal reenfocada en el Puesto de Salud 5 de mayo en el distrito de San Juan de Miraflores durante el año 2015.

Conocer el grado de cumplimiento en el tamizaje durante la atención prenatal reenfocada en el Puesto de Salud 5 de mayo en el distrito de San Juan de Miraflores durante el año 2015.

Conocer el grado de cumplimiento en las actividades preventivo promocionales durante la atención prenatal reenfocada en el Puesto de Salud 5 de mayo en el distrito de San Juan de Miraflores durante el año 2015.

Conocer el grado de cumplimiento en las consejerías durante la atención prenatal reenfocada en el Puesto de Salud 5 de mayo en el distrito de San Juan de Miraflores durante el año 2015.

1.5 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN: No pertinente

1.5.1 Variable

Grado de cumplimiento de los criterios normativos en la Atención Prenatal Reenfocada en el Puesto de Salud 5 de mayo. Distrito de San Juan de Miraflores. Año 2015

1.6 Variables, dimensiones e indicadores

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	GRADO
GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS NORMATIVOS EN LA ATENCION PRENATAL REENFOCADA	ATENCIÓN CLÍNICA EN LA ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA	Examen Clínico General	1 a 3	BUENO: 90 a 100% REGULAR: 70 a 80% DEFICIENTE: MENOS DE 70%
		Examen Obstétrico	4 a 11	
		Examen Ginecológico	4 a 11	
		Examen Odontológico	12 a 13	
		Evaluación nutricional	14	
		Vacunas	15	
		Administración de micronutrientes	16 a 20	
	TAMIZAJE EN LA ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA	Tamizaje de prueba rápida de VIH	21	BUENO: 90 a 100% REGULAR: 70 a 80% DEFICIENTE: MENOS DE 70%
		Tamizaje de prueba rápida de Sífilis	22	
		Tamizaje para toma de Papanicolau	23	
		Tamizaje para el examen de mamas	24	
		Tamizaje para el examen de Proteinuria	25	
		Tamizaje para el examen de Bacteriuria	26 a 27	
		Violencia basada en género	28	
		Análisis de Laboratorio	29 a 30	
		Ecografía	31 a 33	
	ACTIVIDADES PREVENTIVO PROMOCIONALES EN LA ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA	Plan de parto 1	34	BUENO: 90 a 100% REGULAR: 70 a 80% DEFICIENTE: MENOS DE 70%
		Plan de parto 2	35	
		Plan de parto 3	36	
		Visita domiciliaria de seguimiento	37	
	CONSEJERÍAS EN LA ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA	Consejería en signos de alarma	38	BUENO: 90 a 100% REGULAR: 70 a 80% DEFICIENTE: MENOS DE 70%
		Consejería en Lactancia Materna	39	
		Consejería Nutricional	40	
		Consejería en Planificación Familiar	41	

1.7 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La atención prenatal es parte fundamental del programa de salud sexual reproductiva el cual debe alcanzar una alta cobertura, debe ser adecuada, completa y de esta manera disminuir las tasas de morbilidad materna perinatal. Por ello el grado de cumplimiento de la atención prenatal reenforcada se evaluaría si se cumple de acuerdo a las normas previstas dadas por el Ministerio de Salud en los establecimientos de salud de primer nivel y determinar cuán importante es su aplicación en la atención prenatal de la gestante, para poder disminuir los factores de riesgo.

El objetivo con la siguiente investigación es determinar de qué manera se está cumpliendo la atención prenatal a la gestante, y dar de esa manera alternativas de salud para poder llevar a cabo una buena atención prenatal, formulando planteamientos que permitan disminuir la incidencia de complicaciones en el parto y puerperio, y así evitar el aumento en la tasa de morbilidad materna.

La importancia de este estudio es saber si los profesionales de salud dan a conocer los beneficios de la atención prenatal reenforcada , el profesional de salud debe de estar capacitado para poder brindar una buena atención prenatal, además es poder educar a la gestante con todos los beneficios que se ofrezcan, para ayudarla en cualquier riesgo que se presenta y efectuar acciones específicas, con el fin de mejorar la calidad de los servicios de salud que se brindan en el Puesto de Salud 5 de Mayo.

El estudio es importante ya que la atención prenatal reenforcada debe darse de acuerdo a normatividad vigente en todas las gestantes que acuden a los Establecimiento de Salud.

CAPÍTULO II: MARCO CONCEPTUAL

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Antecedentes Internacionales:

Cáceres Manrique Flor de María, Ruiz Rodríguez Myriam, Hernández Quirama Andrea, en su trabajo realizado a 17 puestos de salud en Bogotá-Colombia en el año 2015. **La atención prenatal: Una mirada desde los profesionales de salud. Revista Colombiana Obstétrica Ginecológica vol.66 no.2 Bogotá abr/jun. 2015.** Donde realizaron un estudio de investigación con el objetivo de comprender los significados que tiene la atención prenatal (AP) para los profesionales de la salud (PS) que atienden a las embarazadas en el control prenatal. Según su investigación cualitativa con sustento teórico en interaccionismo simbólico y métodos de la teoría fundamentada (TF). Previo consentimiento informado se realizaron entrevistas en profundidad a 17 Puestos de Salud; donde hay médicos, ginecólogos, perinatólogos, enfermeras y psicólogas, quienes realizaban Atención Prenatal en instituciones públicas (centros de salud de atención primaria) y privadas (centros médicos y consultorios) de Bucaramanga (Colombia), en 2015. En estos escenarios también se observaron las interacciones de los profesionales y las gestantes. La información fue analizada simultáneamente con su

recolección, usando razonamiento lógico inductivo y métodos propios de la teoría fundamentada para generar categorías y muestreo teórico hasta lograr saturación de las categorías emergentes. El estudio fue aprobado por los comités de ética de las instituciones participantes. De los cuales sus resultados emergieron tres categorías denominadas: 1) atención centrada en el manejo del riesgo, 2) dualidad entre las fallas del sistema y la calidad de la atención y 3) atención prenatal como un espacio de interacción y satisfacción. Por tal motivo concluyeron que los participantes perciben la Atención Prenatal en tres sentidos: como escenario técnico, como oportunidad de interacción y satisfacción, y como una preocupación por lograr franquear las barreras que impone el sistema y brindar atención de buena calidad a las gestantes.⁽⁸⁾

Martínez Galiano, Molina García Juan Miguel, Leticia Hernández Díez Guadalupe. Calidad del control del embarazo en Atención Primaria / Quality control of pregnancy in Primary Care 15(2):59-65, mar. 2012.

Donde realizan una investigación en España, Ciudad de Andalucía, en la cual la asistencia prenatal es prestada por enfermeras, matronas y médicos de familia de acuerdo a las pautas recogidas en el proceso asistencial integrado de embarazo, parto y puerperio de la Junta de Andalucía. Donde determinan el estado del control del embarazo de bajo riesgo que se realiza en Atención Primaria, así como conocer la satisfacción de la usuaria y su valoración de los profesionales implicados. Los métodos que se pudieron realizar fueron de un estudio observacional descriptivo durante el tercer trimestre del año 2012 en el área sanitaria del Complejo Hospitalario de Jaén con mujeres embarazadas de bajo riesgo que habían sido controladas en Atención Primaria. Se recogió información relativa a los datos demográficos, componentes de calidad de la atención prenatal (según los criterios establecidos por la Junta de Andalucía), satisfacción de la mujer, profesional mejor valorado y grado de cumplimentación del documento de salud de la embarazada. Cuyo resultado fue de una muestra, donde estuvo compuesta por 117 mujeres, la media edad fue de 29, 38 \pm 5,015 (18-37) años. Asistieron a tres o más sesiones de educación maternal el 51,28% de las embarazadas; de los 24 componentes de la atención prenatal, 19 se habían cumplido en más del 80% de las mujeres atendidas. El 51,28% de las mujeres estaban bastante satisfechas con la atención prenatal recibida. Para el 74,36% de la muestra, el profesional

implicado en la atención prenatal mejor valorada es la matrona. Donde se concluyó que el control del embarazo es adecuado, aunque aspectos como la educación maternal deberían ser fomentados por los profesionales. La usuaria está satisfecha con el actual sistema de control y valora positivamente a los profesionales que lo desarrollan, especialmente a la matrona. ⁽⁹⁾

Lorén Guerrero Laura, Barnac Edyta Kochmańska, Pasierb Karolina, Dominika Rał, Porada Elzbieta Renata. Cuidado perinatal según la opinión de las mujeres procedentes de la región de Podkarpacie (Polonia) ene-jun. 2014. La última década ha traído modificaciones importantes en la atención perinatal en Polonia con los cambios propuestos por la Organización Mundial de Salud. Sin embargo, la introducción de cualquier cambio se enfrenta a obstáculos inherentes a las actitudes de las mujeres, así como la reticencia del personal. Cabe destacar que su objetivo principal es dar a conocer la opinión de las habitantes de las aldeas en cuanto a la atención perinatal se refiere y evaluar determinados aspectos de la calidad de la atención obstétrica. La muestra de su metodología fue de 250 residentes seleccionadas al azar de la región de Podkarpacie (Polonia), entre 18 y 60 años de edad que tenían al menos un hijo. Se realizó un cuestionario original llevándose a cabo el estudio en 2010. De acuerdo a sus resultados y sus conclusiones se puede destacar que aquellas mujeres cuyos nacimientos fueron menos intervenidos evaluaron mejor los servicios obstétricos. Un aspecto significativo fue la comodidad y seguridad, gracias a la continuidad de la atención prestada por el mismo equipo terapéutico. ⁽¹⁰⁾

Rico Venegas R M, Ramos Frausto, V. M Martínez. Control prenatal vs resultado obstétrico perinatal / Prenatal care vs obstetric outcome perinata Enferm. Glob. vol.11 no.27. Murcia España jul. 2012. En su investigación se da a conocer la cobertura del control prenatal, calidad y atención del parto, donde se refleja en la resolución obstétrica como en la morbi-mortalidad del binomio madre-hijo. Esta investigación aborda el problema del impacto de los controles prenatales sobre el resultado obstétrico y perinatal. El objetivo principal es dar a conocer el impacto del control prenatal sobre los resultados obstétricos obtenidos, mediante un estudio de cohortes

reconstruidas en una población obtenida azarosamente por conglomerados diarios en el transcurso del mes de junio (2010), se obtuvieron 419 puérperas. El material de investigación fue el binomio madre e hijo. Algunas variables estudiadas fueron: edad, atención prenatal, número de consultas, peso, talla, presión arterial, medición fondo uterino, forma de término del embarazo, peso del producto, sexo, apgar, destino del producto, complicaciones maternas, etc. Se utilizó en el programa estadístico Riesgo y Primer, obteniéndose con intervalo de confianza al 95%. Donde cada uno de sus resultados se analizaron 395 productos mayores de 20 semanas y 35 menores, de los productos mayores de 20 semanas ($f=355$) tuvieron sus madres control prenatal (89.87%) y 40 no lo tuvieron (10.13%), las distocias fueron más frecuentes en las madres con control prenatal, $X^2=7.73$ $RR=1.45$ $IC95\%$ 1.11-1.90, las complicaciones maternas tuvieron proporciones similares en madres con y sin control prenatal $X^2 = 0.0091$ $RR=0.96$, diferencia de proporciones $p=0.899$, la enfermedad hipertensiva del embarazo fue la complicación más frecuente (74.6% de ellas) sin haber diferencia entre las madres que tuvieron o no control prenatal $X^2 = 0.0010$. Al final se obtuvieron los diferentes resultados que señalan que, en este grupo estudiado, en particular, la presencia de la atención prenatal no representó un factor que ayude a una resolución obstétrica y perinatal favorable, excepto en la prevención de la macrosomía. ⁽¹¹⁾

Bronfman Pertzovsky Mario Norberto, López Moreno Sergio, Magis Rodríguez Carlos, Moreno Altamirano Alejandra, Shea Rutstein. Atención prenatal en el primer nivel de atención: Características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. Revista Salud pública. vol.45 no.6 Cuernavaca. México nov-dic. 2010 Al evaluar el nivel de satisfacción alcanzado por las usuarias de los servicios de atención prenatal en el primer nivel de atención en México, y comparar con algunas características del proveedor y del servicio. Se utilizó la aplicación de una encuesta transversal, en el año 2000, en el cual se investigaron 217 pares de proveedores-usuarias de servicios de salud, entrevistados en 95 unidades de atención de primer nivel de ocho entidades federativas de la República Mexicana. Se recopiló información mediante: a) observación directa de la consulta médica, b) entrevistas a proveedores y usuarias, y c) aplicación de cuestionario y examen de conocimiento a los proveedores. Se analizó la

relación existente entre la capacidad de resolución clínica de los proveedores, el trato recibido durante la consulta y la satisfacción sobre la misma que la usuaria manifestó en entrevista directa. Para ello se calcularon las medidas de resumen y dispersión de las principales categorías, así como análisis bivariado y de tendencias. Cuyos resultados fue la satisfacción de las usuarias de los servicios de atención prenatal donde se relaciona con el trato recibido durante la consulta y el tiempo que espera para recibirla, pero no con la capacidad de resolución clínica del profesional, ni con su edad o género. El trato recibido durante la consulta por la paciente también se asoció con su nivel socioeconómico y se encontró que las usuarias más pobres reciben, proporcionalmente peor trato. De acuerdo con las conclusiones los servicios de salud podrían realizar evaluaciones de la satisfacción de sus pacientes en relación con la consulta recibida, en especial en aquellos lugares en los que existe escasez de recursos y/o condiciones de desigualdad económica. En estos casos la prestación de los servicios puede profundizar las diferencias entre la población, y afectar más a la población más pobre. ⁽¹²⁾

Antecedentes Nacionales

Munares García Oscar Fausto. Estudio sobre calidad de la atención prenatal en establecimientos de salud del primer nivel de atención de Lima. [Tesis de Maestría]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Unidad de postgrado de maestría. 2005. Como objetivo principal es evaluar la calidad de la atención prenatal realizado en centros de salud pertenecientes a la Dirección de Salud V Lima Ciudad. Se realizó un estudio retro-prospectivo, polietápico. Se analizó la información secundaria de tres estudios cuantitativos (1° etapa) referentes a calidad de la atención prenatal y de un estudio cualitativo (2° etapa), aplicando entrevistas a profundidad a usuarias y prestadores de salud de centros de salud (primer nivel de atención), ambos con la finalidad de servir de insumo para la posterior triangulación. La metodología constó en la coincidencia entre las categorías encontradas en el estudio cualitativo y los resultados significativos de los estudios cuantitativos referentes a las dimensiones accesibilidad, seguridad, capacidad profesional, eficacia, eficiencia, continuidad, satisfacción y comodidades. El análisis, fue

estadístico (descriptivas e inferencial) en los estudios cuantitativos y de entrevistas grabadas con equipos magnetofónicos (estudio cualitativo), para su posterior categorización y sistematización de los hallazgos. Según sus resultados en controles prenatales de centros de salud del primer nivel de atención de Lima, las dimensiones adecuadas son accesibilidad, seguridad y capacidad profesional. Las dimensiones inadecuadas son eficacia, eficiencia, continuidad, satisfacción y comodidades, todas expresadas en ambos esquemas (cualitativo y cuantitativo), se presentó dos nuevas dimensiones: clima y cultura organizacional. En los estudios sobre la atención prenatal en centros de salud del primer nivel de atención de Lima Ciudad se ha encontrado similitudes significativas en la influencia de la calidad de la atención prenatal en la capacidad profesional, accesibilidad, satisfacción del cliente, continuidad y comodidades. ⁽¹³⁾

Ponce Loza Juan Miguel, Melgarejo Valverde Esperanza Doraliza, Rodríguez Barreto Yolanda Micaela, Guibovich Arroyo Diana Gissela. Factores asociados al cumplimiento del control prenatal en Ancash, Perú. 2009 al 2010. De acuerdo a su investigación se da a conocer los factores de riesgo asociados al cumplimiento de la atención prenatal, en gestantes que acudieron a los Establecimientos de Salud de la provincia de Santa, Región Ancash en 2009 – 2010. Según su investigación fue de tipo Descriptivo correlacional, con una muestra de 262 gestantes. El procesamiento y el análisis estadístico se realizaron en el software Especializado de Estadística y Epidemiología. Y como resultado se dio que el 60% de gestantes no cumplen con la atención prenatal. Las variables que están asociadas al incumplimiento son: El menor grado de instrucción , la ocupación independiente y ama de casa, menor ingreso económico, edad menor de 20 años, estado civil soltera, procedencia de la sierra, nivel de conocimiento inadecuado sobre atención prenatal, las creencias que "las relaciones sexuales producen aborto", "el examen vaginal produce el aborto", y "controlar el embarazo solo cuando está avanzado", las prácticas tradicionales de "acomodar al bebé", "consumo de hierbas para acelerar el trabajo de parto. Existen factores de riesgo externos, demográficos, económicos y culturales que se asocian con el incumplimiento del control prenatal. ⁽¹⁴⁾

Avalos Moreno Glicería Andrea. Estudio sobre nivel de satisfacción de la Atención Prenatal y su relación con la condición de aseguramiento de las gestantes. Hospital Regional docente de Trujillo. Universidad César Vallejo. 2012 su investigación permite determinar la relación que existe entre el nivel de satisfacción de la atención prenatal y la condición de aseguramiento de las gestantes que recibieron su atención prenatal en el Hospital Regional Docente de Trujillo durante los meses de marzo a junio del 2012. El presente trabajo de investigación corresponde a un estudio de tipo descriptivo, prospectivo y correlacional causal, con un diseño de investigación no experimental de corte transversal. La población lo constituyeron 200 gestantes que se atendieron en el Consultorio Externo de Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo, durante los meses de marzo - junio del 2012. Según sus resultados se da a conocer que la muestra estuvo conformada por 64 gestantes de las cuales 42 contaban con SIS (Seguro Integral de Salud) y 22 no lo tenían, quienes cumplieron con los criterios de selección propuestos. Se utilizó la técnica de la encuesta, aplicándose a todas las gestantes de la muestra un cuestionario referido al nivel de satisfacción de la atención prenatal y a la condición de aseguramiento, por un lapso de 20 minutos. La relación significativa entre el nivel de satisfacción de la atención prenatal y la condición de aseguramiento de las gestantes. Pero sí existe relación significativa en cuanto al tiempo de espera y el trato dimensiones de la calidad atención para lograr la satisfacción en las usuarias, con la condición de aseguramiento. Además, se concluyó que aquellas gestantes que cuentan con SIS no se encuentran satisfechas en un 85,7% con la atención recibida mientras las que no cuentan con SIS están medianamente satisfechas 37,5%. ⁽¹⁵⁾

Alves de Oliveira Renata Leite, De Barros María Antonieta, García de Lima Cristina María. Evaluación de la atención prenatal, desde la perspectiva de diferentes modelos en atención primaria. Revista Peruana Trujillo Mar-Apr. 2013. La investigación que realizaron es para evaluar la calidad de la atención prenatal ofrecido en atención primaria, comparando el modelo tradicional y la Estrategia Salud de la Familia. En el cual se realizó un estudio de evaluación de servicio, basada en las políticas de salud pública. Los datos se obtuvieron a partir de entrevistas con los médicos, la observación en los centros de salud, y el análisis de los registros de pacientes de las mujeres embarazadas, seleccionados al azar. Las diferencias en los indicadores de la

estructura y el proceso se evaluaron mediante la prueba de Chi-cuadrado, la adopción de $p < 0,05$ como el valor crítico, el cálculo de los intervalos de confianza fue de 95 %. Según sus resultados se evidenciaron en los dos modelos de atención. Indicadores de síntesis para el proceso creado en el presente estudio, y los indicados por las políticas públicas, indicaron que la situación es más favorable en Centros de Salud Familiar. En cuanto al conjunto de actividades previstas en la atención prenatal, el rendimiento era defectuoso en ambos modelos, aunque era ligeramente mejor en los Centros de Salud Familiar. Los resultados indican la necesidad de acciones para mejorar la atención prenatal en los dos modelos de atención primaria evaluados en el municipio. ⁽¹⁶⁾

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1. Atención prenatal reenfocada:

Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto, idealmente antes de las catorce semanas de gestación; para así poder brindar un paquete básico de intervenciones que permita la detección oportuna de signos de alarma, factores de riesgo, la educación para el autocuidado y la participación de la familia; así como para el manejo adecuado de las complicaciones, con enfoque de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos. ⁽⁶⁾

Características de la Atención Prenatal

Precoz: La atención debe iniciarse tan pronto se confirme el embarazo, ideal antes de las 14 semanas de embarazo.

Periódica: Garantizar la atención de la gestante a lo largo de su embarazo, completando el mínimo de 6 atenciones prenatales.

Con completa cobertura: La atención en salud de la gestante se deberá garantizar de acuerdo con sus necesidades en los diferentes niveles de atención del sistema de salud.

Oportuna: Deberá brindarse cuando esta se requiera de acuerdo con las necesidades de la gestante.

De calidad: El establecimiento de salud brindara a través del profesional calificado y con competencias, según el nivel de capacidad resolutive la atención integral a la gestante con enfoque de derechos, género e interculturalidad.⁽¹⁷⁾

Objetivos de la Atención Prenatal:

Evaluar integralmente a la gestante y al feto e identificar la presencia de signos de alarma o enfermedades asociados que requieran un tratamiento especializado.

Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.

Preparar física y mentalmente a la gestante para el parto, así como realizar la estimulación prenatal al feto.

Promover el apoyo familiar y social para el cuidado prenatal.

Promover la adecuada nutrición.

Detectar el cáncer de cérvix uterino y de mama.

Promover la salud reproductiva y planificación familiar.

Promover la lactancia materna exclusiva.

El inicio de la atención prenatal debe ser lo más temprano posible, debiendo ser periódica, continua e integral.

Según la Norma Técnica de salud para la atención integral de salud materna, el esquema básico de atención prenatal reenfocada incluye:

Procedimientos de la primera atención prenatal (< 14 semanas)

Cuando se confirma el embarazo, se realiza:

Elaboración de la Historia Clínica Materno Perinatal:

Anamnesis, precisar los datos de filiación, antecedentes familiares, antecedentes personales, antecedentes obstétricos, evaluar la edad gestacional e indagar sobre violencia y salud mental.

Examen físico: Durante el examen físico, el médico estudia el cuerpo de la gestante para determinar si tiene o no un problema físico, incluye,

además la toma de funciones vitales y el examen de los diferentes órganos (corazón, pulmones, abdomen, mamas). El examen físico por lo general corresponde:

Inspección, se observa el cuerpo.

Palpación, sentir el cuerpo con los dedos o las manos.

Auscultación, escuchar los sonidos, en este caso del corazón.

Percusión, producir sonidos, generalmente dando golpes suaves en áreas específicas del cuerpo.

Tomar funciones vitales: pulso, respiración, temperatura y presión arterial.

Tomar medidas antropométricas: peso y talla y graficar en las tablas de ganancia de peso CLAP/OPS de la Historia Clínica Materno Perinatal.

Valoración de los edemas.

Examen Obstétrico Completo:

Valoración obstétrica según edad gestacional, determinar la altura uterina, número de fetos, latidos cardíacos fetales y movimientos fetales. Registrar el incremento de la altura uterina y graficar en la tabla CLAP/OPS.

Valoración ginecológica: realizar el examen de despistaje de cáncer de cuello uterino y de mama, que incluye toma de muestra cervicouterino (Toma de Papanicolau).

Exámenes auxiliares basales:

Tamizaje de proteínas

En orina a través de métodos cualitativos (prueba rápida en primera consulta: tira reactiva o prueba de reacción con ácido sulfosalicílico).

Hemoglobina

Es una proteína que se encuentra en los glóbulos rojos de la sangre, la función es proveer de oxígenos al resto de las células y tejidos, nos ayuda para identificar los niveles de hemoglobina de la gestante para identificar problemas de anemia.

Se evaluará grupo sanguíneo y Factor RH, glucosa, pruebas rápidas para sífilis y para VIH o RPR y ELISA, urocultivo, especialmente el examen completo de orina.

Prescripción de ácido fólico

Es la administración profiláctica de ácido fólico, que se brinda a la gestante hasta las 13 semanas de gestación.

Prescripción de hierro

Es la administración profiláctica de ácido fólico más sulfato ferroso que se brinda a la gestante desde las 14 semanas de gestación hasta el término.

Prescripción de calcio

Es la administración profiláctica de calcio, que se brinda a la gestante desde las 20 semanas de gestación hasta el término.

Evaluación Odontológica

Conjunto de intervenciones y actividades de salud bucal brindada a la gestante; incluye instrucción de higiene oral, profilaxis simple y tratamiento dental, realizada por el odontólogo.

Vacunación antitetánica

La gestante no vacunada debe recibir su primera dosis de vacuna al término de la primera consulta, a partir de las 20 semanas de gestación.

Ecografía Obstétrica

Examen de ayuda al diagnóstico que se realiza a la gestante antes de las 20 semanas; lo realiza el Médico Gineco-Obstetra y Médico Cirujano calificado en establecimientos de salud que cuenten con el equipo de ecógrafo.

Se considera 2 exámenes ecográficos de 15 minutos cada uno:

1er examen: antes de las 20 semanas para confirmar edad gestacional y entre las 11 y 14 semanas para gestantes mayores de 35 años de edad y/o con antecedentes de malformaciones congénitas para evaluación del pliegue nuchal fetal.

2do examen: En el tercer trimestre de gestación para establecer el peso, placenta, ILA (índice de líquido amniótico), PBF (perfil biofísico fetal).

Segunda atención prenatal (14-21 semanas)

Detección de signos de alarma, control de peso, determinación de la presión arterial, pulso y temperatura, estimación de edad gestacional, diagnóstico del número de fetos, medir altura uterina, auscultar latidos fetales (Pinard o Doppler), proteína en orina, vacunación antitetánica, evaluación estomatológica, administración de hierro más ácido fólico, información sobre salud sexual y reproductiva y Planificación familiar, se prescribe lo siguiente:

- a. Prescripción de ácido fólico y sulfato ferroso, a todas las gestantes desde las 14 semanas hasta el parto.
- b. Prescripción de calcio, a todas las gestantes a partir de las 20 semanas hasta el parto
- c. Vacunación antitetánica, se realiza a toda gestante a partir de las 16 semanas de gestación, lo que es su primera dosis.

Tercera atención prenatal (22-24 semanas)

Detección de signos de alarma, control del peso, determinación de la presión arterial, pulso y temperatura, estimación de edad gestacional, diagnóstico del número de fetos, medir altura uterina, auscultar latidos fetales (Pinard o Doppler), evaluación clínica del volumen de líquido amniótico, Proteína en orina, vacunación antitetánica, evaluación estomatológica, Administración de hierro más ácido fólico.

Cuarta atención prenatal (25-32 semanas)

Detección de signos de alarma, control del peso, determinación de la presión arterial, pulso y temperatura, estimación de edad gestacional, diagnóstico del número de fetos, medir altura uterina, auscultar latidos fetales (Pinard o Doppler), evaluación clínica del volumen de líquido amniótico, diagnóstico, presentación y situación fetal, detección diabetes gestacional, Proteína en orina, Administración de hierro más ácido fólico, administración de calcio, información sobre salud sexual y reproductiva y Planificación familiar, Psicoprofilaxis/Estimulación Prenatal.

Quinta atención prenatal (33-36 semanas)

Detección de signos de alarma, control del peso, determinación de la presión arterial, pulso y temperatura, evaluación clínica de la pelvis, estimación de edad gestacional, diagnóstico del número de fetos, medir altura uterina, auscultar latidos fetales (Pinard o Doppler), evaluación clínica del volumen de líquido amniótico, diagnóstico, presentación y situación fetal, VIH/RPR, Proteína en orina, Bienestar fetal, test no estresante, Administración de hierro más ácido fólico, administración de calcio, información sobre Salud Sexual Reproductiva y Planificación familiar, Psicoprofilaxis/Estimulación Prenatal.

A partir de las 33 semanas de gestación, solicitar el segundo examen de hemoglobina, glucosa, prueba rápida de Sífilis y/o RPR.

Sexta atención prenatal (37- 40 semanas)

Detección de signos de alarma, control del peso, determinación de la presión arterial, pulso y temperatura, estimación de edad gestacional, diagnóstico del número de fetos, medir altura uterina, auscultar latidos fetales (Pinard o Doppler), evaluación clínica del volumen de líquido amniótico, diagnóstico, presentación y situación fetal, Proteína en orina, Bienestar fetal, test no estresante, Administración de hierro más ácido fólico, administración de calcio, información sobre salud sexual y

reproductiva y Planificación familiar, Psicoprofilaxis/Estimulación Prenatal.

Signos y Síntomas de Alarma

la presencia de estos signos de alarma implica referir inmediatamente al establecimiento de salud con mayor capacidad resolutiva, son los siguientes:

Náuseas y vómitos incoercibles.

Disuria

Fiebre/escalofríos

Sangrado vaginal

Desmayo o mareos

Hinchazón de cara, manos y pies

Pérdida de líquido amniótico

Contracciones uterinas antes de las 37 semanas de gestación

Complicaciones del embarazo

2.2.2 Definición de Tamizaje

Las pruebas de tamizaje son mediciones para establecer quien puede padecer cierta enfermedad y quien no, en cualquier momento de la vida de un ser humano; el cual es muy importante en procesos de prevención, sin llegar a ser exámenes de diagnóstico específicos.

2.2.3 Tipos de Tamizaje:

Tamizaje de prueba rápida de VIH

Prueba de tamizaje que identifica la presencia de anticuerpos contra el VIH y la lectura de los resultados es antes de los 30 minutos.

Tamizaje de Prueba Rápida de Sífilis

Es una prueba inmonocromatográfica que usa antígenos recombinantes treponémicos para detectar anticuerpos. La prueba rápida de sífilis es simple y los resultados se obtienen antes de los 30 minutos.

A toda gestante que inicie su atención prenatal se le realiza la consejería pre-test y post-test de manera obligatoria.

Consejería Pre-test: Se realiza a las gestantes en su primera atención prenatal, informando lo siguiente:

- Información general de las Enfermedades de transmisión sexual, enfatizando los temas de VIH y Sífilis.
- Procedimientos de la prueba de tamizaje para VIH y Sífilis.
- Beneficios y riesgos de la prueba para VIH y Sífilis.
- Importancias, necesidad de realizar las pruebas diagnósticas de VIH y Sífilis, y la autorización si fuera necesaria.
- Orientación para la prevención de transmisión del VIH y Sífilis de la madre al niño.
- Salud sexual y reproductiva, enfatizando la importancia de atención prenatal.

Consejería Post-test: Se realiza luego de obtener los resultados sean estos reactivos o no reactivos. Durante la consejería post test reactivo se incluirá la siguiente información:

- Explicar las posibles consecuencias para su salud.
- Reforzar las medidas preventivas para disminuir la transmisión del VIH de la madre al niño.
- Brindar información sobre medidas preventivas para disminuir la transmisión de la Sífilis de la madre al niño.

Toma de muestra de Papanicolaou (PAP)

Prueba que consiste en la utilización de un cepillo o una espátula a fin de extraer suavemente células del cuello uterino, estas células se examinan en el microscopio para determinar si hay cáncer de cuello uterino o cambios en las células que pueden producir este cáncer.

Tamizaje de violencia basada en género (VBG)

Realizado por el personal de salud; en este caso la obstetra, donde realiza la aplicación de la Ficha de Tamizaje de VBG con el fin de hacer la detección de algún caso de violencia familiar contra la mujer. ⁽²⁰⁾

2.2.4 Actividades Preventivo Promocionales

Las actividades preventivas promocionales son intervenciones que realiza el personal de salud para la captación y seguimiento oportuno de las gestantes y/o puérperas, durante la atención prenatal.

Plan de parto

Es un instrumento utilizado como una estrategia efectiva que busca detallar, organizar y movilizar los recursos institucionales, familiares y comunitarios para la atención oportuna de la gestante en el momento del parto. Consta de 3 entrevistas.

Primera entrevista del plan de parto: Se elabora la ficha de plan de parto en la primera atención prenatal, entregándole una copia a la gestante para que la socialice con su familia y decidan todas las opciones concernientes para la atención del parto.

Segunda entrevista del plan de parto: Se realiza en el domicilio de la gestante antes de la segunda atención prenatal.

Tercera entrevista del plan de parto: Se realiza en el domicilio de la gestante con la participación del agente comunitario o líder comunitario según la fecha acordada para asegurar el apoyo con el transporte en caso de emergencia. ⁽⁶⁾

Se considera Plan de Parto Efectivo, en aquella gestante que después de haberle realizado las 3 entrevistas termina en parto institucional.

Visita domiciliaria

Actividad extramural realizada por el personal de salud con el objetivo de desarrollar acciones de captación, acompañamiento y seguimiento dirigida hacia la gestante, o puérpera; el tiempo promedio utilizado es 01 hora, pudiéndose incrementar en zonas de difícil acceso o muy dispersas.

Se realizan visitas domiciliarias para:

Captación de gestantes.

Gestantes que no acuden a su atención prenatal con identificación de complicaciones.

Gestantes para su segunda entrevista de plan de parto.

Gestante para su tercera entrevista de plan de parto. ⁽⁶⁾

2.3 DEFINICIÓN DE TERMINOS BÁSICOS

Gestante:

Se define como el estado de embarazo o gestación, estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto.

Gestante Atendida:

Se refiere a la primera atención prenatal que recibe la gestante durante el embarazo actual. ⁽⁶⁾

Gestante Controlada:

Define a la gestante que ha cumplido su sexta atención prenatal y que ha recibido el paquete básico de atención a la gestante. ⁽²¹⁾

Gestante Reenfocada:

Se define como gestante reenfocada a toda paciente que ha completado todo su paquete de atención integral.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación es un estudio retrospectivo, de corte transversal.

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.2.1 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Aplicativo porque se realizará sobre hechos concretos y específicos, de carácter netamente utilitarios.

3.2.2 MÉTODO

Con enfoque cuantitativo por que se vale de los números para examinar datos e información. Con un determinado nivel de error y nivel de confianza.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

3.3.1 POBLACIÓN

Son 94 gestantes usuarias que han completado 6 atenciones prenatales como mínimo en el Puesto de Salud 5 de mayo de enero a diciembre del 2015 en el distrito de San Juan de Miraflores.

3.3.2 UNIDAD DE ANÁLISIS

Está constituido por el estudio de historias clínicas.

3.3.3 MUESTRA

El presente estudio no tendrá muestra, se trabajará con el 100% de las Historias Clínicas de las gestantes usuarias que tuvieron como mínimo 6 atenciones prenatales, en el Puesto de Salud 5 de mayo de enero a diciembre del 2015.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1 TÉCNICAS

La técnica a utilizar es la revisión de las historias clínicas de gestantes que realizaron su atención prenatal durante el año 2015 en el Puesto de Salud 5 de mayo. Dicha información se presentará a través de tablas y gráficos estadísticos que se procesarán en SPSS v. 22

3.4.2 INSTRUMENTOS

El instrumento que se utilizará es una lista de chequeo, basada en la “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de la Salud Materna N° 105”, con el cual se recolectaran los datos por cada historia clínica. Y que ha pasado por la revisión de 3 expertos:

A.- Obstetra Dalia Valles Sifuentes

B.- Obstetra Liliana Falcón

C.- Obstetra Julia Ormeño

Esta información se divide en cinco partes:

En la primera parte se consignan los datos generales de la gestante, como el número de historia clínica y datos que podemos encontrar en el carnet perinatal; los cuales son: el grado de instrucción, estado civil, ocupación, número de hijos y la edad gestacional de la gestante.

En la segunda parte del instrumento se consigna la atención clínica en la atención prenatal reenfocada a la gestante, que va desde la pregunta 1 al 20; habla referente a la evaluación médica y obstétrica que recibe la

gestante de los profesionales de salud, las evaluaciones odontológicas, evaluación nutricional con respecto a lo que se prescribe (sulfato ferroso y el ácido fólico), y vacunas antitetánicas respectivas.

En la tercera parte del instrumento se consigna el tamizaje en la primera atención prenatal reenfocada, que va de la pregunta 21 a la 33, se evaluará con respecto a la toma de prueba rápida de VIH y Sífilis, la toma de Papanicolaou, examen de mamas; además la prueba de proteinuria, tamizaje de violencia basada en género y los análisis de rutina que se prescribe a la gestante.

En la cuarta parte del instrumento se consigna las actividades preventivas promocionales de la atención prenatal reenfocada, que va de la pregunta 34 a la 37, se evaluará el Plan de parto (plan de parto 1, 2 y 3) y las visitas domiciliarias de seguimiento a las gestantes que no asisten a su atención prenatal.

En la quinta parte y ultima del instrumento se consignan las consejerías de la atención prenatal reenfocada, es de la pregunta 38 a la 41; en este ítem se educará a la gestante con charlas educativas sobre los signos de alarma, tema importante y básico para su salud, temas de Lactancia Materna, el valor nutricional que debe tener en cuenta la gestante para su alimentación y Planificación Familiar.

Es importante tener en cuenta todas las respectivas evaluaciones a la gestante para así evitar una morbilidad materna y perinatal.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1 Resultados

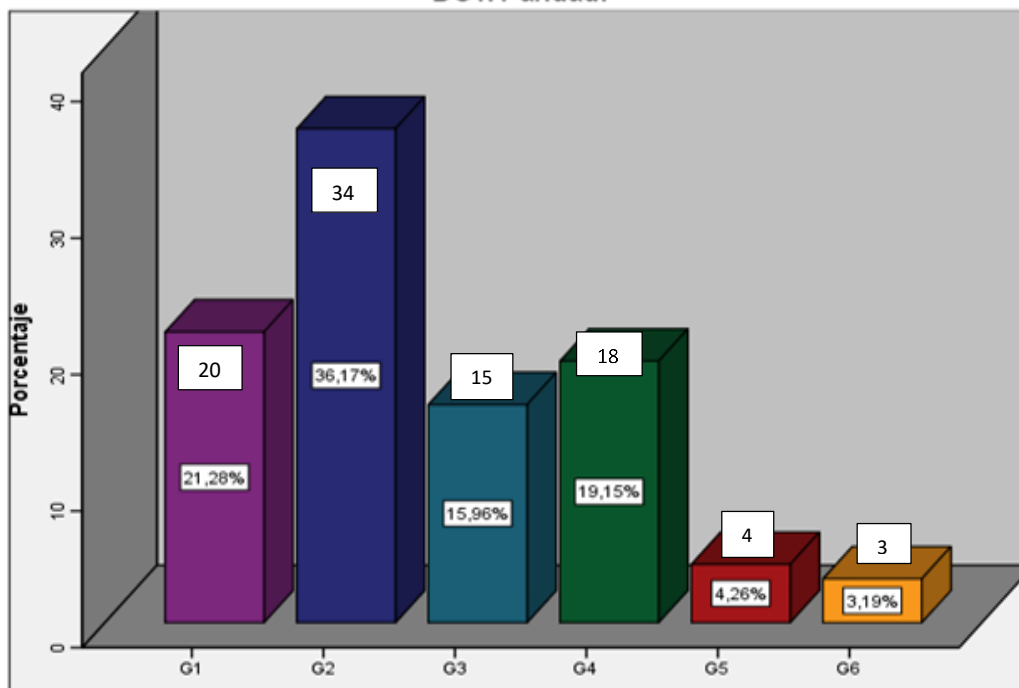
Tabla N° 1

DG1. Paridad:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido G1	20	21,3	21,3	21,3
G2	34	36,2	36,2	57,4
G3	15	16,0	16,0	73,4
G4	18	19,1	19,1	92,6
G5	4	4,3	4,3	96,8
G6	3	3,2	3,2	100,0
Total	94	100,0	100,0	

Gráfico N° 1

DG1. Paridad:



Análisis e Interpretación:

En el presente cuadro estadístico se puede observar que un 36,17% son gestantes con un segundo embarazo, de las cuales se identificaron en 34 historias clínicas, el 21,28% son mujeres con una primera gestación que se identificó en 20 historias clínicas, y el 19,15% son gestantes con un cuarto embarazo en las cuales se identificó en 18 historias clínicas.

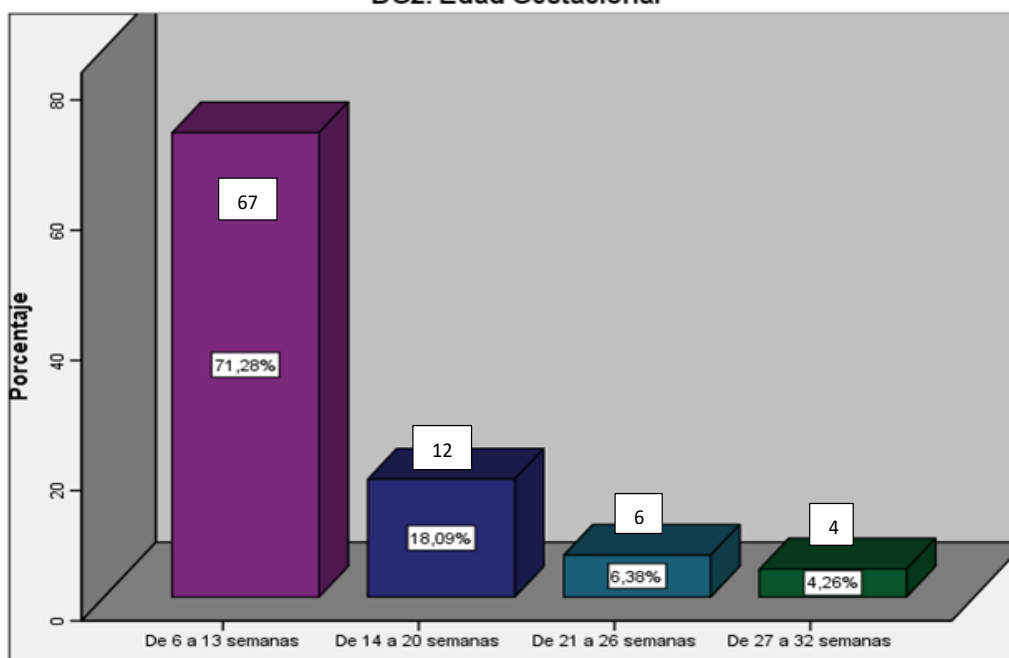
Tabla N° 2

DG2. Edad Gestacional

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido De 6 a 13 semanas	67	71,3	71,3	71,3
De 14 a 20 semanas	17	18,1	18,1	89,4
De 21 a 26 semanas	6	6,4	6,4	95,7
De 27 a 32 semanas	4	4,3	4,3	100,0
Total	94	100,0	100,0	

Gráfico N° 2

DG2. Edad Gestacional



Análisis e Interpretación:

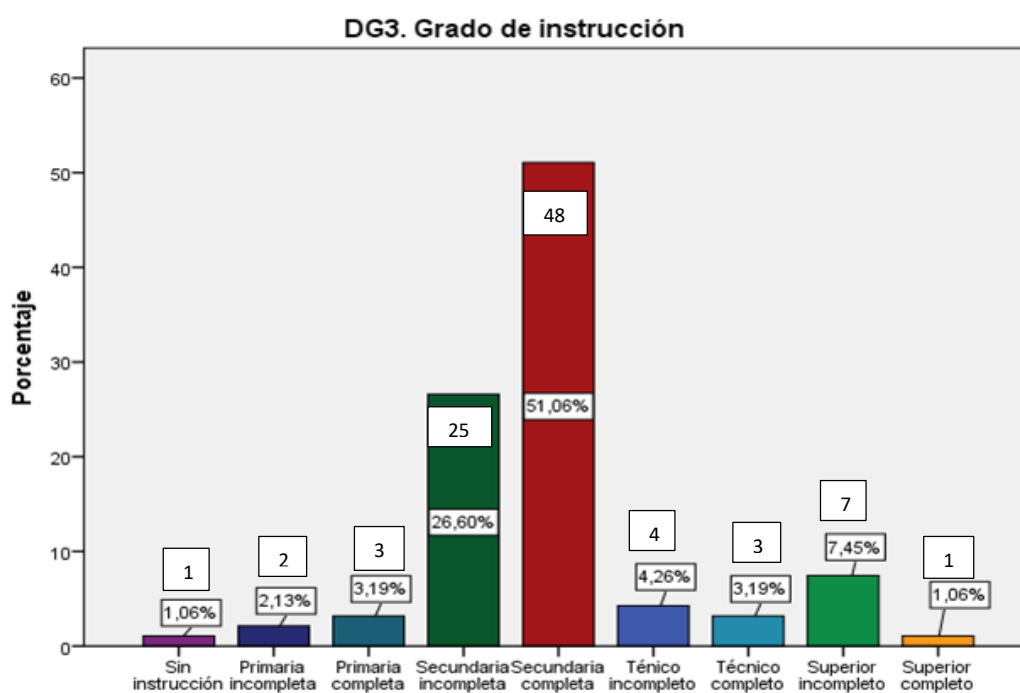
En el presente cuadro estadístico se puede observar que un 71.28% son gestantes que acudieron a su atención prenatal en el I trimestre, de las cuales se identificaron en 67 historias clínicas, el 18.09% son gestantes que acudieron a partir del segundo trimestre que se identificó en 12 historias clínicas.

Tabla N° 3

DG3. Grado de instrucción

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válid o Sin instrucción	1	1,1	1,1	1,1
Primaria incompleta	2	2,1	2,1	3,2
Primaria completa	3	3,2	3,2	6,4
Secundaria incompleta	25	26,6	26,6	33,0
Secundaria completa	48	51,1	51,1	84,0
Técnico incompleto	4	4,3	4,3	88,3
Técnico completo	3	3,2	3,2	91,5
Superior incompleto	7	7,4	7,4	98,9
Superior completo	1	1,1	1,1	100,0
Total	94	100,0	100,0	

Gráfico N° 3



Análisis e Interpretación:

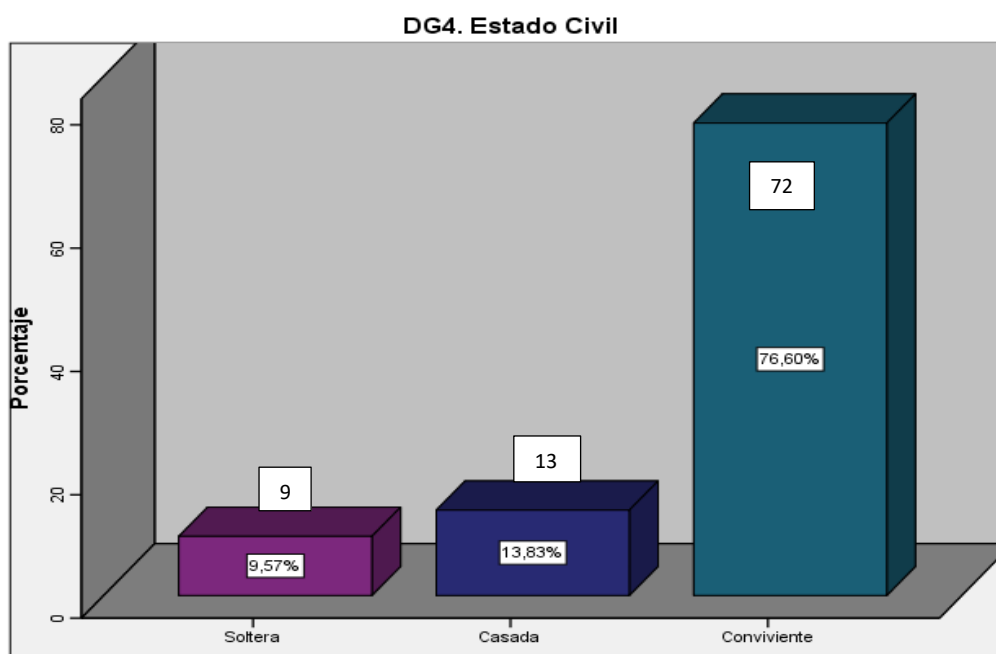
En el presente cuadro estadístico se puede observar que un 51.06% de gestantes tienen un grado de instrucción de secundaria completa, de las cuales se identificaron en 48 historias clínicas, y el 26.60% de gestantes tienen un grado de instrucción de secundaria incompleta que se identificó en 25 historias clínicas.

Tabla N° 4

DG4. Estado Civil

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje e válido	Porcentaje acumulado
Válido Soltera	9	9,6	9,6	9,6
Casada	13	13,8	13,8	23,4
Conviviente	72	76,6	76,6	100,0
Total	94	100,0	100,0	

Gráfico N° 4



Análisis e Interpretación:

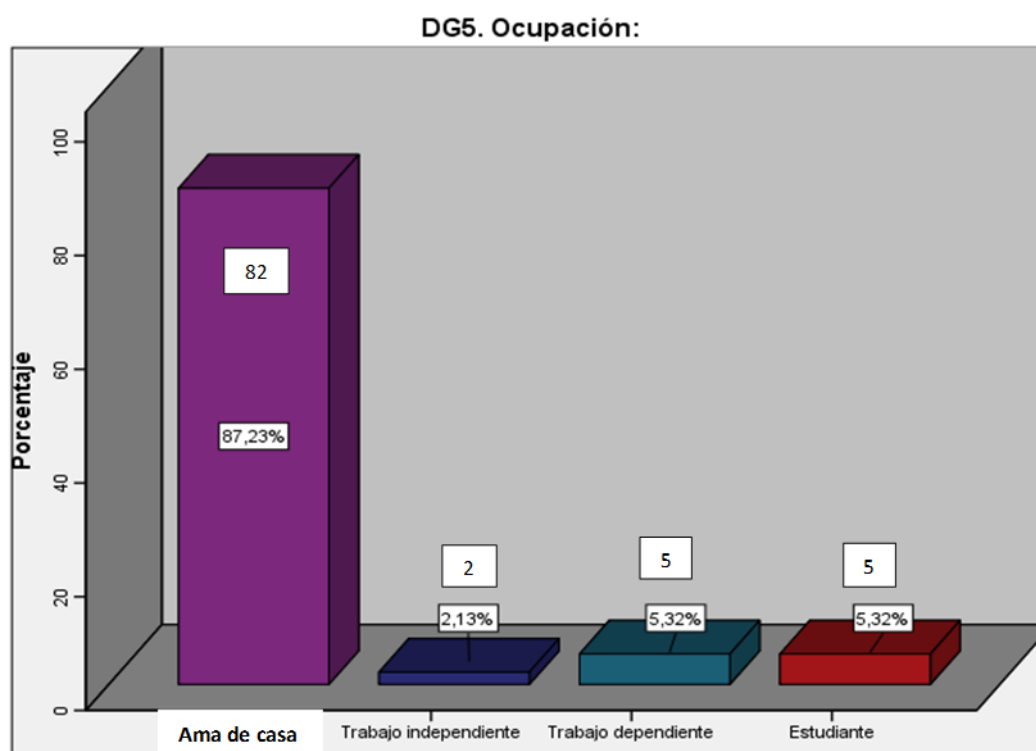
En el presente cuadro estadístico se puede observar un 76.60% de gestantes son convivientes, de las cuales se identificaron en 72 historias clínicas, el 13.83% son gestantes casadas donde se identificó en 13 historias clínicas.

Tabla N° 5

DG5. Ocupación:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Ama de casa	82	87,2	87,2	87,2
Trabajo independiente	2	2,1	2,1	89,4
Trabajo dependiente	5	5,3	5,3	94,7
Estudiante	5	5,3	5,3	100,0
Total	94	100,0	100,0	

Gráfico N° 5



Análisis e Interpretación:

En el presente cuadro estadístico se puede observar que un 87.23% son gestantes que tienen como ocupación su casa; de las cuales se identificaron en 82 historias clínicas, el 5.32% son gestantes que tienen como ocupación un trabajo dependiente de las cuales se identificaron en 5 historias clínicas.

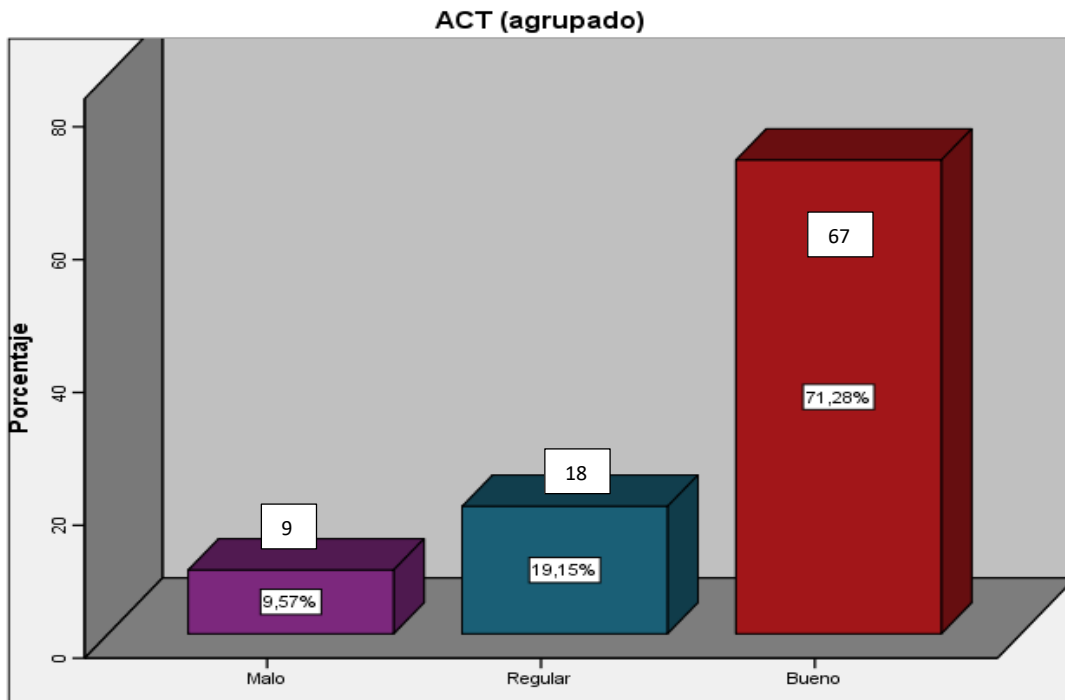
Tabla N° 6

ATENCIÓN CLÍNICA EN LA ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA

ACT (Atención Clínica)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Deficiente	9	9,6	9,6	9,6
Regular	18	19,1	19,1	28,7
Bueno	67	71,3	71,3	100,0
Total	94	100,0	100,0	

Gráfico N° 6 (Atención Clínica)



Análisis e Interpretación:

En la dimensión de la atención clínica se identifica un 71.28% como buenas, de las cuales se identificaron en 67 historias clínicas; y el 19.15% con una dimensión de la atención clínica como regular, donde se identificaron en 18 historias clínicas.

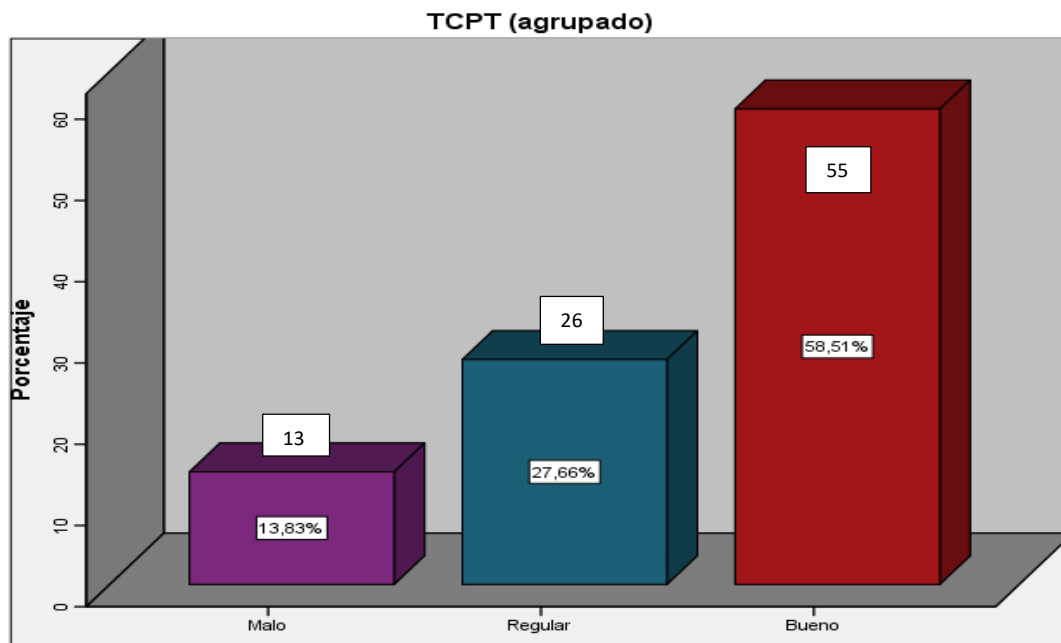
Tabla N° 7

TAMIZAJE EN LA ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA

TCPT (Tamizaje en la atención prenatal)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Deficiente	13	13,8	13,8	13,8
Regular	26	27,7	27,7	41,5
Bueno	55	58,5	58,5	100,0
Total	94	100,0	100,0	

Gráfico N° 7 (Tamizaje en la atención prenatal)



Análisis e Interpretación:

En la dimensión del tamizaje en la atención prenatal se identifica un 58.51% como buenas, de las cuales se identificaron en 55 historias clínicas, y el 27.66% con una dimensión del tamizaje en la atención prenatal que es regular en el cual se identificaron en 26 historias clínicas.

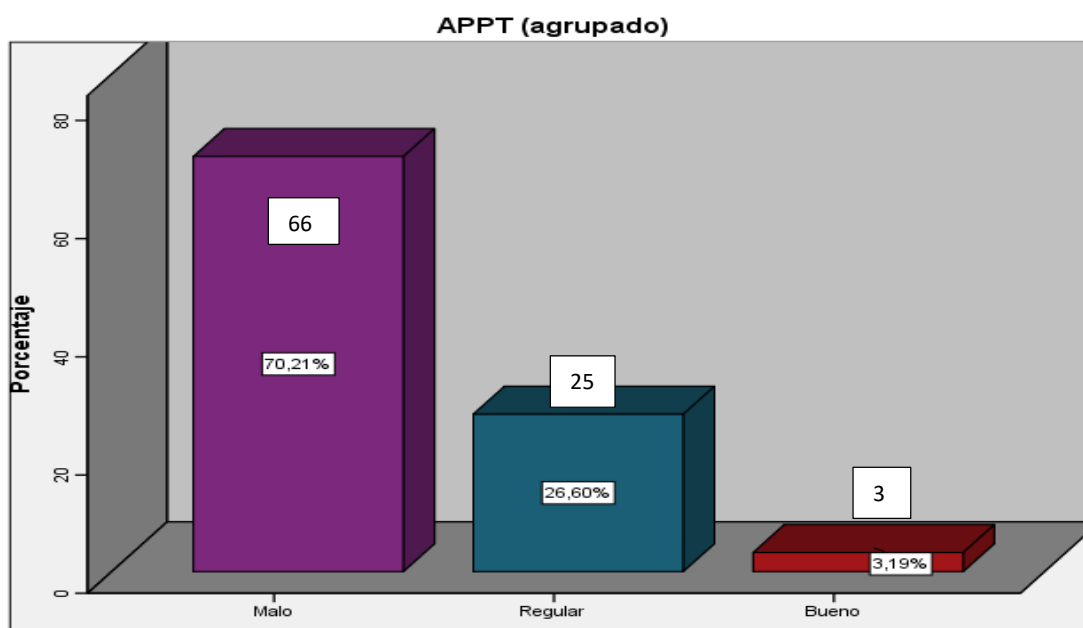
Tabla N° 8:

ACTIVIDADES PREVENTIVO-PROMOCIONALES EN LA ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA

APPT (Actividades Preventivo-Promocionales)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Deficiente	66	70,2	70,2	70,2
Regular	25	26,6	26,6	96,8
Bueno	3	3,2	3,2	100,0
Total	94	100,0	100,0	

Gráfico N° 8 (Actividades preventivo-promocionales)



Análisis e Interpretación:

En la dimensión de actividades preventivo-promocionales se identifica un 70.21% como deficientes, de las cuales se identificaron en 66 historias clínicas; y el 26.60% en la dimensión de actividades preventivo-promocionales que fueron regulares en el cual se identificaron en 25 historias clínicas.

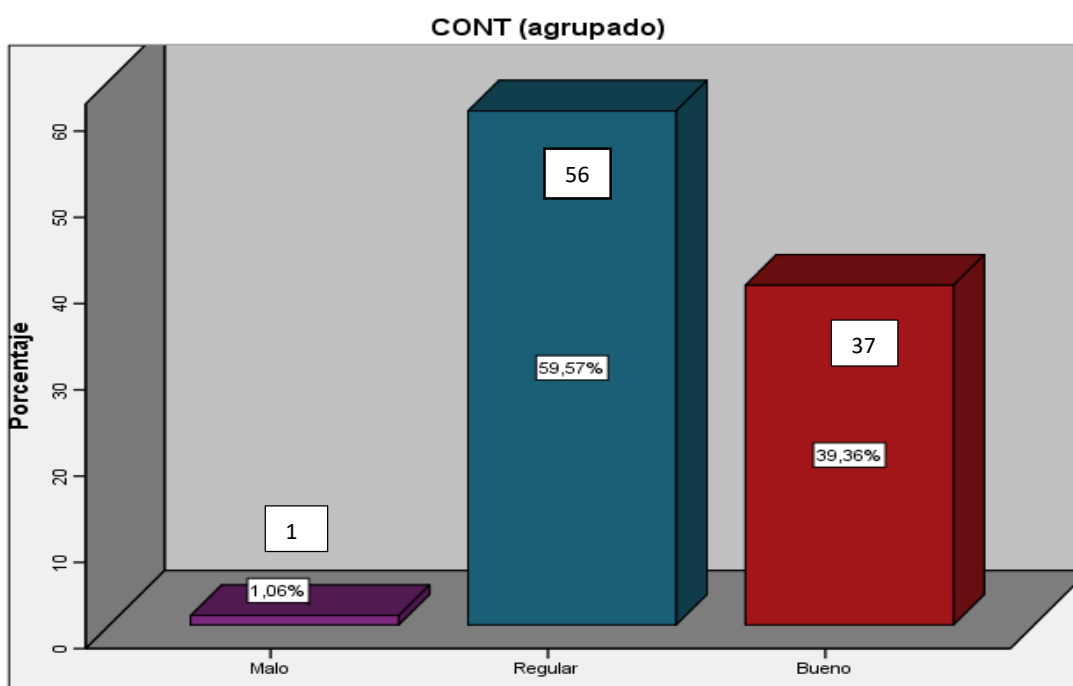
Tabla N° 9

CONSEJERÍAS EN LA ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA

CONT (Consejerías)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Deficiente	1	1,1	1,1	1,1
Regular	56	59,6	59,6	60,6
Bueno	37	39,4	39,4	100,0
Total	94	100,0	100,0	

Gráfico N° 9 (Consejerías)



Análisis e Interpretación:

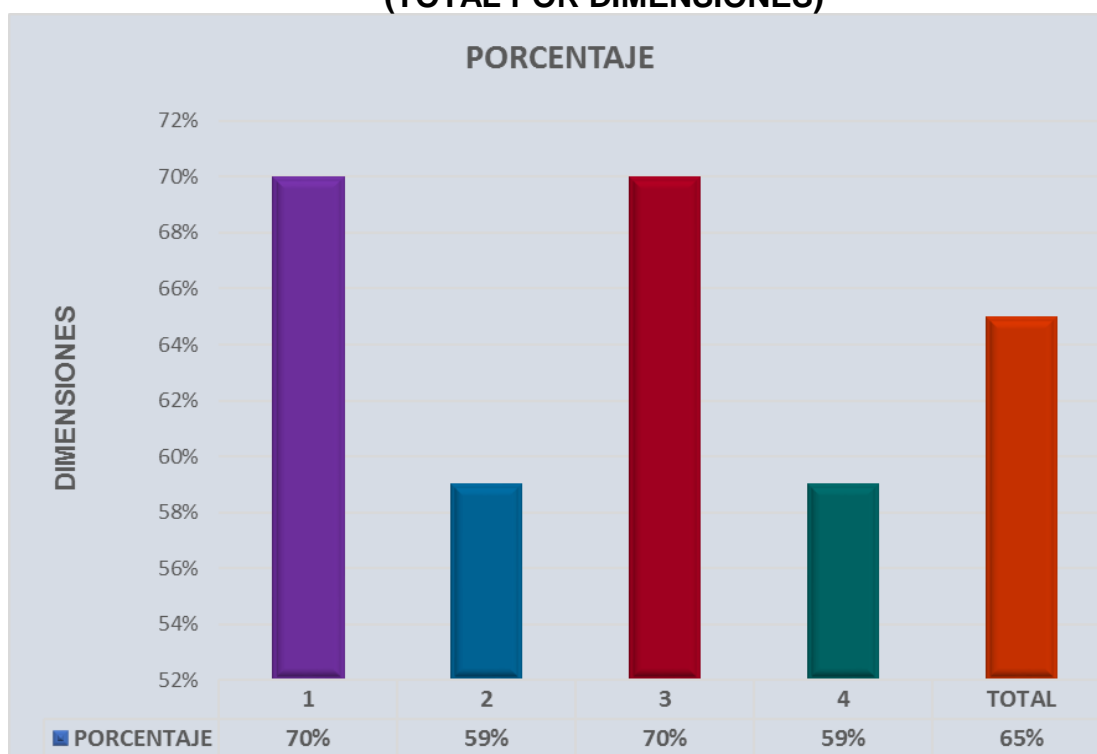
En la dimensión de consejerías se identifica un 59,57% como regulares, de las cuales se identificaron en 56 historias clínicas, mientras el 39,36% se dio consejería de atención prenatal reenfocada que fueron buenas en el cual se identificaron en 37 historias clínicas.

Tabla N° 10: TOTAL POR DIMENSIONES

N°	DIMENSIONES	PORCENTAJE
1	ATENCIÓN CLÍNICA	70%
2	TAMIZAJE EN LA ATENCIÓN CLÍNICA	59%
3	ACTIVIDADES PREVENTIVO-PROMOCIONALES	70%
4	CONSEJERÍAS	59%
PROMEDIO		65%

Gráfico N° 10

(TOTAL POR DIMENSIONES)



En este último cuadro estadístico podemos identificar cada una de las dimensiones habladas en la parte superior, lo cual nos da un total de 65%, lo que es certificado como deficiente según los rangos solicitados.

4.2 Discusión de resultados

La atención prenatal reenfocada permite a la gestante lograr la obtención de mejores resultados maternos y perinatales, esto conlleva que hay una menor tasa de complicaciones y una mejor detección de factores de riesgo en la gestante.

En el trabajo de investigación se da a conocer el grado en que son cumplidas las normas que rigen la atención prenatal, por parte del proveedor de salud en este caso la obstetra, según el Gráfico N° 2, se identifica un porcentaje de 71.28%, de gestantes que asistieron a su atención prenatal en el I trimestre, según los autores Rico Venegas y Ramos Fausto, nos muestran un porcentaje de 89.87%, donde las gestantes tuvieron una atención prenatal adecuada durante las primeras semanas de gestación.

Según los autores Cáceres Manrique Flor de María, Ruiz Rodríguez Myriam y Hernández Quirama Andrea la atención prenatal es una oportunidad para el logro de una mejor interacción entre el personal de salud y la gestante. En la presente investigación el 71.28% de las historias clínicas logran tener una atención clínica buena.

Asimismo, según el autor Munares García Oscar, nos muestra un estudio sobre la calidad de la atención prenatal en los centros de salud del primer nivel de atención; en el cual encontró que las dimensiones adecuadas para una atención prenatal son accesibilidad, seguridad y capacidad profesional y según el presente estudio, se observa una buena atención clínica de la gestante. De acuerdo a los Gráficos de atención clínica N° 6 y los Gráficos del tamizaje de la atención prenatal N° 7 se muestra las atenciones y exámenes que se solicitan a la gestante durante su primera atención prenatal; se observará que hay un porcentaje de 71.28% en la atención clínica y un 58.51% en el tamizaje de la primera atención prenatal, en el cual se catalogaron como buenas las respectivas atenciones dadas a las gestantes.

Según los autores Ponce Loza Juan Miguel, Melgarejo Valverde Esperanza Doraliza y Arroyo Diana Gisella, con el título de factores asociados al

incumplimiento de la atención prenatal, encuentran que un 60% de gestantes no acudieron a sus atenciones prenatales debido a los siguientes factores: grado de instrucción incompleta, la ocupación ama de casa, edad menor de 20 años, y estado civil soltera.

Según las estadísticas de la presente investigación, se halló entre los factores que predisponen una buena atención prenatal reenfocada, el grado de instrucción que es de secundaria completa en un 51.01%, el estado civil que es conviviente con 76.60% y la ocupación que es ama de casa con un porcentaje de 87.20%, comparando con el autor, las estadísticas son mejores y hay un mayor cumplimiento de los factores asociados a la atención prenatal.

CONCLUSIONES

El grado de cumplimiento en la atención clínica de la gestante durante la atención prenatal reenfocada en el Puesto de Salud 5 de mayo durante el año 2015 es de 71%, catalogándolo como buena, porque se realizaron los exámenes respectivos y las atenciones por parte de la obstetra hacia la gestante en su atención prenatal

El grado de cumplimiento en el tamizaje de la atención prenatal de la gestante durante la atención prenatal reenfocada en el Puesto de Salud 5 de mayo durante el año 2015 es de 58.51%, catalogándolo como bueno, porque se realizaron los diferentes tipos de tamizaje hacia la gestante durante su atención prenatal.

El grado de cumplimiento en las actividades preventivo promocionales de la gestante durante la atención prenatal reenfocada en el Puesto de salud 5 de mayo durante el año 2015 es de 70%, catalogándolo como deficientes, porque no se realizaron las actividades correspondientes hacia la gestante, en este caso el plan de parto 2 y plan de parto 3, además de las visitas domiciliarias.

El grado de cumplimiento en las consejerías de la gestante durante la atención prenatal reenfocada en el Puesto de salud 5 de mayo durante el año 2015 es de 59.57%, catalogándolo como regulares, porque no se realizaron la consejería para la lactancia materna exclusiva hacia la gestante.

De acuerdo a las 4 dimensiones respectivas, damos por concluido que el porcentaje promedio que se obtuvo fue de 65%, catalogándose como deficiente, para el grado de cumplimiento en la atención prenatal reenfocada.

Permitir la contratación del personal de salud (obstetras), para mejorar la realización de las atenciones prenatales.

Realización de la Psicoprofilaxis obstétrica a las gestantes a partir de las 22 semanas de gestación.

Se sabe que la atención prenatal reenfocada es de suma importancia para las madres gestantes, la pareja, familia y la misma comunidad, con ello se puede detectar diferentes factores de riesgo durante la atención prenatal.

RECOMENDACIONES

- Las/Los profesionales Obstetras deben contar con competencias en temas de salud sexual y reproductiva, tamizaje de violencia basada en género y planificación familiar, pero la falta de tiempo no les permite realizar estas actividades
- Las/Los profesionales Obstetras deberían realizar actividades preventivas y promocionales dentro y fuera de la institución, para asegurar la adherencia a la atención prenatal. (seguimiento de gestantes, plan de parto 2 y 3, sesiones educativas, atención en domicilio, seguimiento de las referencias obstétricas, entre otros), pero la falta de tiempo no les permite realizar dicha actividad.
- Las/Los profesionales Obstetras deben promover Lactancia Materna Exclusiva, e incorporarse a los equipos de trabajo en este tema, pero debido al factor tiempo no les permite realizar dicha actividad.
- Las/Los profesionales Obstetras deben realizar trabajo de promoción y prevención en las instituciones educativas sobre el tema en embarazo en adolescentes, dando con ello asesorías; tanto para padres como alumnos, debido a las circunstancias por el factor tiempo, la obstetra no se abastece en las charlas.
- Fortalecer y desarrollar competencias tanto teórico como práctico en las obstetras para brindar y mejorar una buena atención prenatal.
- Permitir la contratación del personal de salud (obstetras), para mejorar la realización de las atenciones prenatales.
- Realización de la Psicoprofilaxis obstétrica a las gestantes a partir de las 22 semanas de gestación

REFERENCIAS

- 1.- Normas y Protocolos de Atención Prenatal, Parto, Puerperio y Recién Nacido de bajo riesgo. Nicaragua. Primera Edición. Ministerio de Salud 2010.
- 2.- Biblioteca de Salud Reproductiva de la Organización Mundial de Salud. Disponible en:
http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/antenatal_care/general/cd007622/es/index.html
- 3.- Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal. Ministerio de Salud de la nación de Argentina. Edición. Julio 2013.
- 4.- Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva.
- 5.- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Salud Materna. ENDES 2014, capítulo 223 (Salud Materna). INEI.
- 6.- Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de la Salud Materna N° 105 - MINSA/DGSP.V.01. 2013.
- 7.- Boletín del Ministerio de Salud sobre Mortalidad Materna. Disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16498>
- 8.- Cáceres Manrique Flor de María, Ruiz Rodríguez Myriam, Hernández Quirama Andrea. La atención prenatal: Una mirada desde los profesionales de la salud. Revista Colombiana Obstétrica Ginecológica vol.66 no.2. Bogotá abr-jun. 2015.
- 9.- Martínez Galiano, Molina García Juan Miguel, Hernández Díez Guadalupe Leticia. Calidad del control del embarazo en Atención Primaria / Quality control of pregnancy in Primary Care 15(2):59-65, mar. 2012.

- 10.- Lorén Guerrero Laura, Barna Edyta Kochmańska, Pasierb Karolina, Dominika Ra£, Porada Elzbieta Renata. Cuidado perinatal según la opinión de las mujeres procedentes de la región de Podkarpacie (Polonia) ene.-jun. 2014.
- 11.- Rico Venegas R. M, Ramos Frausto, V. M Martínez. Control prenatal vs resultado obstétrico perinatal / Prenatal care vs obstetric outcome perinata Enferm. glob. vol.11 no.27 Murcia. España jul. 2012.
- 12.- Bronfman Pertzovsky Mario Norberto, López Moreno Sergio, Magis Rodríguez Carlos, Moreno Altamirano Alejandra, Rutstein Shea. Atención prenatal en el primer nivel de atención: Características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. Revista Salud pública vol.45 no.6. Cuernavaca. México nov-dic. 2010.
- 13.- Munares García Oscar Fausto. Estudio sobre calidad del control prenatal en establecimientos de salud del primer nivel de atención de Lima. [Tesis de Maestría]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Unidad de postgrado de maestría. 2005
- 14.- Ponce Loza Juan Miguel, Melgarejo Valverde Esperanza Doraliza, Rodríguez Barreto Yolanda Micaela, Guibovich Arroyo Diana Gissela. Factores asociados al cumplimiento del control prenatal en Ancash. Perú del 2009 al 2010.
- 15.- Avalos Moreno Glicería Andrea. Estudio sobre nivel de satisfacción de la Atención Prenatal y su relación con la condición de aseguramiento de las gestantes. Hospital Regional docente de Trujillo. Universidad César Vallejo. 2012.
- 16.- Leite Alves de Oliveira Renata, de Barros María Antonieta, García de Lima Cristina María. Evaluación de la atención prenatal, desde la perspectiva de diferentes modelos en atención primaria.Rev. PERUANA. Trujillo Mar-Apr. 2013.

- 17.- Atención Prenatal Reenfocada. Disponible en:
<https://es.scribd.com/doc/82126438/Atencion-Prenatal-Reenfocada>
- 18.- Norma Técnica de Salud para la Profilaxis de la transmisión madre – niño del VIH y la SIFILIS Congénita. NTS° 108 – MINSA/DGSP – V. 01. Ministerio de Salud.2013.
- 19.- Directiva Sanitaria para el descarte de proteinuria en gestantes, en los Establecimientos de Salud del primer nivel de Atención que cumplen funciones Obstétricas y Neonatales – Dirección de Salud II Lima Sur. 2014
- 20.- Guía Técnica para la Atención Integral de las personas afectadas por la Violencia Basada en Género. R.M. N° 141 – 2007/ MINSA. 2009
- 21.- "Directiva Sanitaria para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud" N°001- MINSA/DGSP-V.02. Ministerio de Salud.2012
- 22.- Documento Técnico: “Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales”. Ministerio de Salud. 2007

ANEXOS



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

LISTA DE CHEQUEO

H.C:

I. Datos Generales:

1. Paridad: G P

2. Edad Gestacional:

3. Grado de instrucción:

Sin instrucción	<input type="checkbox"/>	Técnico incompleto	<input type="checkbox"/>
Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>	Técnico completo	<input type="checkbox"/>
Primaria completa	<input type="checkbox"/>	Superior incompleto	<input type="checkbox"/>
Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>	Superior completo	<input type="checkbox"/>
Secundaria completa	<input type="checkbox"/>		

4. Estado Civil:

Soltera	<input type="checkbox"/>	Conviviente	<input type="checkbox"/>
Casada	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>

5. Ocupación:

Su casa	<input type="checkbox"/>	Entidad pública	<input type="checkbox"/>
Trabajo Independiente	<input type="checkbox"/>	Entidad privada	<input type="checkbox"/>

Trabajo Dependiente

Estudiante

II) ATENCIÓN CLÍNICA

	SI	NO	NO APLICA
1. ¿La gestante realiza su primera atención prenatal en el I trimestre de gestación?			
2. ¿El médico realiza una atención a la gestante antes del 2do control prenatal?			
3. ¿Se registra en la Historia Clínica las Funciones Vitales de la gestante? (Presión Arterial, Pulso, Temperatura, FC y FR)			
4. ¿El examen gineco obstétrico es realizado por la/el obstetra?			
5. ¿Se registra las semanas de gestación en la Historia Clínica Perinatal?			
6. ¿Se educa a la gestante en signos de alarma?			
7. ¿Se registra la medición de la altura uterina?			
8. ¿Se registran los latidos cardíacos fetales?			
9. ¿Se registran los movimientos fetales?			
10. ¿Se registran las maniobras de Leopold?			
11. ¿Se registran edemas en miembros inferiores?			
12. ¿El odontólogo realiza la primera atención a la gestante?			
13. ¿El odontólogo realiza la segunda atención a la gestante?			
14. ¿Se realiza la evaluación nutricional a la gestante? (IMC)			
15. ¿Se realiza el registro de vacunación antitetánica a la gestante?			
16. ¿Se prescribió ácido fólico a la gestante que acudió a su atención prenatal antes de las 13 semanas de gestación?			
17. ¿Se prescribió sulfato ferroso más ácido fólico a la gestante a partir de las 14 semanas de gestación?			
18. ¿Se prescribió sulfato ferroso más ácido fólico a la gestante en los controles subsiguientes?			

19. ¿Se prescribió calcio a la gestante a partir de las 20 semanas de embarazo?			
20. ¿Se prescribió calcio a la gestante en los controles subsiguientes?			

III) TAMIZAJE EN EL CONTROL PRENATAL

	SI	NO	NO APLICA
21. ¿Se toma la prueba rápida de VIH a la gestante en la primera atención prenatal?			
22. ¿Se toma la prueba rápida de Sífilis a la gestante en la primera atención prenatal?			
23. ¿Se realiza la toma de Papanicolaou después de las 20 semanas y antes de las 31 semanas de gestación a la gestante?			
24. ¿Se realiza el examen de mamas a la gestante en la primera atención prenatal?			
25. ¿Se realiza la prueba de proteinuria a la gestante en todos los controles a partir de las 20 semanas?			
26. ¿Se realiza la prueba de bacteriuria con tira reactiva a la gestante en el primer trimestre?			
27. ¿Se realiza la prueba de bacteriuria con tira reactiva a la gestante en el tercer trimestre?			
28. ¿Se realiza el tamizaje de violencia basada en género a la gestante y se registra en el formato?			
29. ¿Se solicitaron los análisis de rutina a la gestante en la primera atención prenatal? (GS, Factor Rh, Hemoglobina, Glucosa, Examen Completo de orina)			
30. ¿Se registra en la Historia Clínica el resultado de los análisis de rutina? (GS, Factor Rh, Hemoglobina, Glucosa, Examen Completo de orina)			
31. ¿Se solicitó ecografía a la gestante en el primer trimestre de gestación?			
32. ¿Se solicitó ecografía a la gestante en el segundo trimestre de gestación?			
33. ¿se solicitó ecografía a la gestante en el tercer trimestre de gestación?			

III) ACTIVIDADES PREVENTIVO PROMOCIONALES

	SI	NO	NO APLICA
34. ¿Se realiza el plan de parto 1 en la primera atención prenatal y se registra en el formato?			
35. ¿Se realiza el plan de parto 2 en el domicilio o en el establecimiento con acompañamiento de un familiar y se registra en el formato?			
36. ¿Se realiza el plan de parto 3 en el domicilio de la gestante y se registra en el formato?			
37. ¿Se registra las visitas domiciliarias de seguimiento a la gestante?			

V) CONSEJERÍAS

	SI	NO	NO APLICA
38. ¿Se educa a la gestante sobre los Signos de Alarma?			
39. ¿Se educa a la gestante en Lactancia Materna?			
40. ¿Se educa a la gestante en el Aspecto Nutricional?			
41. ¿Se educa a la gestante en Planificación Familiar?			

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS NORMATIVOS EN LA ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA EN EL PUESTO DE SALUD 5 DE MAYO. DISTRITO DE SAN JUAN DE MIRAFLORES. AÑO 2015.

Problema	Objetivo	Operacionalización					Método		
		Variable	Dimensiones	Indicadores	ITENS	Grado			
<p>PROBLEMA PRINCIPAL</p> <p>¿Cuál es el grado de cumplimiento de los criterios normativos en la atención prenatal reenfocada en el Puesto de Salud 5 de mayo en el distrito de San Juan de Miraflores durante el año 2015?</p>	<p>OBJETIVOS GENERALES.</p> <p>Determinar el grado de cumplimiento de los criterios normativos en la atención prenatal reenfocada en el Puesto de Salud 5 de mayo en el distrito de San Juan de Miraflores durante el año 2015.</p>	<p>Grado de cumplimiento de los criterios normativos en la atención prenatal reenfocada en el Puesto de Salud 5 de mayo. Distrito de San Juan de Miraflores. Año 2015</p>	<p>Atención Clínica en la atención prenatal reenfocada</p>	<input type="checkbox"/> Examen Clínico General	1 a 3	<p>Bueno: de 90 a 100% Regular: de 70 a 80% Deficiente: menos de 70%</p>	<p>Tipo de investigación: El presente trabajo de investigación es un estudio retrospectivo, de corte transversal</p> <p>Diseño de la investigación: -nivel de investigación Aplicativo porque se realizará sobre hechos concretos y específicos, de carácter netamente utilitarios.</p> <p>- Método Con enfoque cuantitativo por que se vale de los números para examinar datos e información. Con un determinado nivel de error y nivel de confianza.</p> <p>-Población Son 94 gestantes usuarias que han completado 6 controles prenatales como mínimo en el Puesto de Salud 5 de mayo de enero a diciembre del 2015 en el distrito de San Juan de Miraflores.</p> <p>-Unidad de análisis Está constituido por el estudio de historias clínicas</p> <p>Muestra El presente estudio no tendrá muestra, se trabajará con el 100% de las Historias Clínicas de las gestantes usuarias que tuvieron como mínimo 6 controles prenatales.</p> <p>Técnicas La técnica a utilizar es la revisión de las historias clínicas de gestantes que realizaron su control prenatal durante el año 2015</p> <p>Instrumentos El instrumento que se utilizará es una lista de chequeo, basada en la "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de la Salud Materna N° 105".</p>		
<p>PROBLEMAS SECUNDARIOS</p> <p>¿Cuál es el grado de cumplimiento en la Atención Clínica de la gestante durante la atención prenatal reenfocada en el Puesto de Salud 5 de mayo en el distrito de San Juan de Miraflores durante el año 2015?</p>	<p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <p>•Conocer el grado de cumplimiento en la Atención Clínica de la gestante durante la atención prenatal reenfocada en el Puesto de Salud 5 de mayo en el distrito de San Juan de Miraflores durante el año 2015.</p>			<p>Tamizaje en la atención prenatal reenfocada</p>	<input type="checkbox"/> Examen Obstétrico			4 a 11	<p>Bueno: de 90 a 100% Regular: de 70 a 80% Deficiente: menos de 70%</p>
<p>¿Cuál es el grado de cumplimiento en el Tamizaje durante la atención prenatal reenfocada en el Puesto de Salud 5 de mayo en el distrito de San Juan de Miraflores durante el año 2015?</p>	<p>• Conocer el grado de cumplimiento en el Tamizaje durante la atención prenatal reenfocada en el Puesto de Salud 5 de mayo en el distrito de San Juan de Miraflores durante el año 2015.</p>				<input type="checkbox"/> Examen Ginecológico			4 a 11	
		<input type="checkbox"/> Examen Odontológico	12 a 13						
			<input type="checkbox"/> Evaluación Nutricional	14					
			<input type="checkbox"/> Vacunas	15					
			<input type="checkbox"/> Administración de micronutrientes	16 a 20					
			<input type="checkbox"/> Tamizaje de Prueba Rápida de VIH	21					
			<input type="checkbox"/> Tamizaje de Prueba Rápida de Sífilis	22	<p>Bueno: de 90 a 100% Regular: de 70 a 80% Deficiente: menos de 70%</p>				
			<input type="checkbox"/> Tamizaje para la toma de Papanicolau	23					
			<input type="checkbox"/> Examen de mamas	24					
			<input type="checkbox"/> Examen de proteinuria	25					

<p>¿Cuál es el grado de cumplimiento en las Actividades Preventivo Promocionales durante la atención prenatal reenfocada en el Puesto de Salud 5 de mayo en el distrito de San Juan de Miraflores durante el año 2015?</p>	<p>• Conocer el grado de cumplimiento en las Actividades Preventivo Promocionales durante la atención prenatal reenfocada en el Puesto de Salud 5 de mayo en el distrito de San Juan de Miraflores durante el año 2015.</p>			<input type="checkbox"/> Examen de bacteriuria	26 a 27		
<p>¿Cuál es el grado de cumplimiento en las Consejerías durante la atención prenatal reenfocada en el Puesto de Salud 5 de mayo en el distrito de San Juan de Miraflores durante el año 2015?</p>	<p>• Conocer el grado de cumplimiento en las Consejerías durante la atención prenatal reenfocada en el Puesto de Salud 5 de mayo en el distrito de San Juan de Miraflores durante el año 2015.</p>		<p>Actividades Preventivo Promocionales en la atención prenatal reenfocada</p>	<input type="checkbox"/> Tamizaje de violencia basada en género <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio <input type="checkbox"/> Ecografías	28 29 a 30 31 a 33		
			<p>Consejerías en la atención prenatal reenfocada</p>	<input type="checkbox"/> Plan de parto 1 <input type="checkbox"/> Plan de parto 2 <input type="checkbox"/> Plan de parto 3 <input type="checkbox"/> Visita domiciliaria de seguimiento	34 35 36 37	<p>Bueno: de 90 a 100% Regular: de 70 a 80% Deficiente: menos de 70%</p>	
			<p>Consejerías en la atención prenatal reenfocada</p>	<input type="checkbox"/> Consejería en Signos de Alarma <input type="checkbox"/> Consejería en Lactancia Materna <input type="checkbox"/> Consejería Nutricional <input checked="" type="checkbox"/> Consejería en Planificación Familiar	38 39 40 41	<p>Bueno: de 90 a 100% Regular: de 70 a 80% Deficiente: menos de 70%</p>	