

Prácticas de atención a la embarazada en el segundo nivel Hospital Alemán Nicaragüense

ARTÍCULO ORIGINAL

Secondary care practices for pregnant women
Carlos Marx German-Nicaraguan Hospital

Ilsia María Rodríguez García
ilsia.rodriguez@unan.edu.ni,
<https://orcid.org/0009-0003-3514-4776>
Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua,
UNAN-Managua,
Área de Conocimiento de Ciencias de la Salud.

Recibido: 10-12-25
Aceptado: 03-02-26

DOI
10.5377/rcsem.v1i11.22498

RESUMEN

Este artículo tiene por objetivo analizar las prácticas de atención a la embarazada en el segundo nivel de atención en el Hospital Alemán Nicaragüense (Carlos Max), mediante un diseño cuantitativo, descriptivo, observacional y de corte transversal. El universo y la muestra fue la misma, siendo 28 profesionales de salud conformado por Médicos generales, Médicos Especialista en Ginecología, Auxiliares de Enfermería y Licenciado/a en enfermería, a los que se les aplicó una guía de observación estructurada. Los hallazgos revelaron un cumplimiento adecuado en aspectos fundamentales del seguimiento materno, también se observó un seguimiento efectivo de la condición fetal mediante la monitorización de FCE, el procedimiento postparto, la administración de oxitocina y la manipulación segura del cordón umbilical. Sin embargo, hay deficiencias significativas en la evaluación clínica detallada del trabajo de parto, como la realización de las maniobras de Leopold que se realizó en el 11% de los casos, y la implementación del partograma, tanto en su inicio 4% como en su llenado correcto 25%, junto con la toma de decisiones basados en dicho instrumento (0%). Se evidenció un seguimiento insuficiente del progreso del parto. El valor de $p=0.003<0.05$ indica que existe una asociación significativa entre el nivel académico y el índice de desempeño, lo que indica a mayor formación académica mejor desempeño del personal de salud. Conclusión: las prácticas de atención a la mujer embarazada mostraron fortalezas en los cuidados obstétricos, pero se evidenció debilidad en la vigilancia clínica del trabajo de parto. Además, que la formación académica se asocia significativamente con mayor desempeño.

PALABRAS CLAVE

Niveles de atención, prácticas, embarazada, formación académica.

ABSTRACT

The purpose of this article is to analyze the care practices for pregnant women at the secondary care level at the Nicaraguan German Hospital (Carlos Max), using a quantitative, descriptive, observational, and cross-sectional study design. The study population and sample were the same, consisting of 28 healthcare professionals—including general practitioners, gynecologists, nursing assistants, and registered nurses—who were assessed using a structured observation guide. The findings revealed adequate compliance with fundamental aspects of maternal care; effective monitoring of fetal condition was also observed through fetal heart rate (FHR) monitoring, postpartum procedures, oxytocin administration, and safe handling of the umbilical cord. However, there are significant deficiencies in the detailed clinical assessment of labor, such as the performance of Leopold's maneuvers, which was carried out in 11% of cases, and the use of the partogram—both in terms of its initiation (4%) and its correct completion (25%)—along with decision-making based on this instrument (0%). Insufficient monitoring of labor progress was evident. The p-value of $0.003 < 0.05$ indicates that there is a significant association between educational level and performance index, suggesting that higher educational attainment is associated with better performance among healthcare personnel. Conclusion: Care practices

for pregnant women demonstrated strengths in obstetric care, but weaknesses were evident in the clinical monitoring of labor. Furthermore, academic training is significantly associated with better performance.

KEYWORDS

Levels of care, practices, pregnant women, academic training.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es un evento fisiológico que tiene gran impacto en la madre, bebé y familia, en el período que transcurre entre la concepción y el parto. En esta etapa el feto se desarrolla dentro del útero materno, dura aproximadamente 288 días. El embarazo es un período de intenso crecimiento y desarrollo para el bebé. La ingesta adecuada de nutrientes durante el embarazo promueve estos procesos, mientras que la malnutrición (desnutrición y sobre nutrición) se asocia con resultados adversos del embarazo. Por lo tanto, es importante mejorar la nutrición materna antes, durante y después del embarazo¹. El embarazo se clasifica en:

- **Embarazo normal:** Es una condición de la mujer producto de la concepción, tiene una duración promedio de 280 días contados a partir del primer día de la última menstruación normal de la paciente.
- **Embarazo de bajo riesgo:** Es aquel en el cual la madre o su hijo/a tienen probabilidades bajas de enfermar antes, durante o después del parto.
- **Embarazo de alto riesgo:** Es aquel en el que la madre o su hijo/a tienen una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes, durante o después del parto.

Por otra parte, Arévalo² argumenta que la gestación es una etapa del ciclo vital de la mujer y la familia, que es digna de una atención particular por parte de la enfermera y del equipo interdisciplinario que atiende a la mujer durante este proceso, ya que no solo se ve involucrada la salud física de la mujer gestante, sino que se deben tener en cuenta aspectos tan importantes como el contexto donde se desarrolla dicho proceso, especialmente observando las prácticas, los conocimientos, las costumbres, los valores, las creencias, las experiencias y la cultura que ella tiene para cuidar de su salud durante esta etapa y que han sido adquiridas a través de la experiencia de convivencia con sus grupos familiares o de seres allegados.

Diferentes estudios han abordado este tema, Aguilar et al.³ realizó un estudio con el objetivo de conocer la percepción de la calidad de la atención prenatal a las mujeres embarazadas. Se valoró el tiempo de espera, comparando la hora de su cita y la hora a la que ingreso a consulta, se obtuvo un tiempo de 0 a 5 minutos en el 76.8%, de 10 a 15 minutos el 20.1%, y de 20 minutos con 3.0%. Para valorar la calidad, un 69.9% de las pacientes percibieron como buena calidad; empatía, más del 70% lo consideraron buena, confiabilidad con 97.9% de buena calidad; sobre la capacidad de respuesta por arriba del 85%. En seguridad con 99% de percepción favorable, se concluyó que la percepción de las pacientes es buena.

El estudio de Gómez y Sigüenza⁴ sobre los factores sociales y culturales que influyen en la asistencia de la mujer embarazada a sus consultas prenatales, reveló que uno de los motivos era la falta de dinero. Con relación a las prácticas de salud que tenían, la mayoría eran buenas y eficientes; los conocimientos que las usuarias tienen respecto al proceso de embarazo están los relacionados a los signos y síntomas de alarma que los prestadores de salud indican en cada control. La percepción sobre el control prenatal es buena.

En Campinas-Brasil se realizó un estudio con el objetivo de sistematizar las buenas prácticas de atención prenatal en adolescentes embarazadas, el estudio fue cualitativo, se aplicó una guía de entrevista semiestructurada y grupo focal. Se elaboraron tres categorías emergentes del discurso de los profesionales y de las evidencias en la literatura: 1) análisis integral de las adolescentes en situación de embarazo; 2) experi-

encias profesionales en la atención a las adolescentes embarazadas que evidencian calidad en el servicio; 3) fortalezas y oportunidades del servicio con posibilidades de replicación como modelo asistencial. Los resultados evidenciaron que son consideradas buenas prácticas durante el cuidado prenatal aquellas que priorizan la atención integral a las adolescentes embarazadas; estas son coordinadas por un equipo multidisciplinario, y consiguen tener un abordaje multidimensional, sobre todo, valorando la complejidad que supone la maternidad en la adolescencia⁵.

Los resultados del estudio de Hernández⁶ sobre la efectividad de una intervención educativa en el conocimiento y práctica sobre salud materna en adolescentes embarazadas revelaron que existe mejora estadísticamente significativa en los conocimientos sobre signos y síntomas de alarma durante el embarazo en adolescentes embarazadas, posterior a la intervención. La mayoría de las pacientes se encontraban en adolescencia intermedia, bajo nivel de escolaridad, estado civil acompañada estable y amas de casa.

De acuerdo con Lafauri⁷ en su estudio, la humanización de la atención al embarazo desde la mirada de gestantes usuarias de una unidad hospitalaria pública de Bogotá, a partir de sus experiencias, preocupaciones, temores y propuestas. La información que se obtuvo es que los embarazos son asumidos por las gestantes como “una bendición”, a pesar de enfrentar en ocasiones situaciones adversas; los temores de las gestantes se centran especialmente en los dolores y complicaciones del parto y la posibilidad de morir o perder a sus hijos; se observan necesidades especiales en las gestantes adolescentes y las gestantes con alto riesgo obstétrico.

Según los hallazgos del estudio, el embarazo para el grupo de participantes es un evento positivo, sin embargo, conlleva momentos de tensión, temores y preocupaciones, las cuales recaen especialmente en el devenir del parto. Dichas circunstancias pueden ser minimizadas, mediante la acción humanizada del equipo de salud, fortaleciendo su empoderamiento. Asimismo, se destacan los siguientes aspectos: a nivel de calidad de la atención, la oportunidad e información hacia las usuarias y el acompañamiento durante el parto; a nivel relacional, responder a la demanda de calidez, escucha y confianza en el trato hacia las usuarias.⁷

La vigilancia de la mujer embarazada es un componente fundamental a lo largo del embarazo, para garantizar la salud materna y perinatal. Sin embargo, en muchos contextos se observan limitaciones en la ejecución adecuada de las Normas y Protocolos del Ministerio de Salud (MINSAL) de Nicaragua, como: La Normativa 011. Normativa 109. Normativa 077. Esta situación tiene un impacto significativo en la detección temprana de factores de riesgo durante el embarazo y a la vez del parto, como resultado aumenta la posibilidad de situaciones desfavorables para la madre y el bebé.

A pesar de que existen las Normas y Protocolo sobre la atención prenatal claramente definido, el personal de salud presenta debilidades en la práctica. De hecho, los estudios disponibles son limitados para evaluar el valor real de las prácticas de atención en la reducción de la mortalidad materna y perinatal, así como en la salud integral de la embarazada.

Las prácticas de atención en el segundo nivel son organizativas, además brinda continuidad a la atención iniciada en el primer nivel de atención. En este nivel, se atiende a los usuarios con problemas de salud que por su complejidad y/o requerimientos tecnológicos (diagnósticos y terapéuticos) no pueden ser resueltos en el nivel precedente, por lo que requieren una atención especializada.⁸

Por lo antes mencionado es importante señalar que hay funciones comunes entre los tres niveles de atención encontrándose los siguientes:

- Desarrollo de funciones administrativas de planificación, organización, ejecución y control de las acciones en salud, en coordinación y corresponsabilidad con la familia, comunidad y demás actores sociales.
- Coordinación con el resto de las unidades de la red a través del sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes.
- Mejoramiento continuo de la calidad, mediante el intercambio de experiencias entre los niveles de atención, la capacitación de recursos humanos, y la gestión de nuevas tecnologías, entre otros.
- La vigilancia de la salud.

En América Latina y el Caribe mueren más de 8000 mujeres debido a complicaciones en el embarazo, parto o puerperio, lo que significa que muere una mujer por cada hora. La razón de mortalidad materna en América Latina es de 88 muertes por cada 100, 000 nacidos vivos, poniendo de manifiesto un retroceso de 20 años en los indicadores de salud materna en la región. Además, si se pone en práctica las medidas y recomendaciones que han probado ser útiles como: atención de calidad en el embarazo y parto, planificación familiar, atención inmediata a emergencias obstétricas, el 90% de la muerte materna podrían evitarse.⁹

Cabe destacar que Nicaragua tiene uno de los mejores sistemas de salud, sin embargo, siguen sucediendo las muertes maternas: para el año 2020 45 muertes; 2021 37 muertes; 2022 37 muertes; 2023 30 muertes. Las causas más comunes fueron: embarazo terminado en aborto, obstétricas indirectas (muertes a causa de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evolucionó durante el mismo), enfermedad hipertensiva del embarazo, hemorragia del embarazo, parto y puerperio, ruptura del útero durante el trabajo de parto, acretismo placentario e inversión del útero postparto, embolia de líquido amniótico y Trombo embolismo pulmonar, Sepsis y otras infecciones puerperales.¹⁰

Es conveniente subrayar que este tema ha sido tratado por las autoridades de salud, sin embargo, no hay suficientes estudios que señalen la efectividad del cumplimiento de las normas en las atenciones obstétricas en los hospitales del país. Ante esto, es necesario conocer cómo se llevaron a cabo las prácticas de atención a las embarazadas en el Hospital Alemán Nicaragüenses, con el propósito de fortalecer las buenas prácticas de atención que realizan los profesionales de la salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio se realizó con el personal de salud que atiende a las mujeres embarazadas en el Hospital Alemán Nicaragüense Carlos Marx, como segundo nivel de atención. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, observacional, descriptivo, de corte transversal. La muestra y el universo fue la misma y estuvo compuesta por 28 trabajadores; el muestreo fue no probabilístico por conveniencia de selección no aleatoria.

Los criterios de inclusión fueron: médicos y enfermeras que laboren en la sala de Gineco-obstetricia de Consulta externa y en la sala de Labor y parto, que atiendan a las embarazadas en el segundo nivel de atención, que acepten participar en el estudio y que se encuentren en el momento del estudio, además que firmen el consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron: personal de salud que este de subsidio o de vacaciones en el periodo de recolección de datos. La técnica utilizada fue la observación. La investigación se desarrolló en un solo momento aplicando un instrumento compuesto de 13 ítems, de opción múltiple y de respuesta cerradas.

Los instrumentos aplicados fueron validados previamente por expertos y fue aplicado previo consentimiento informado, se tomó en cuenta las consideraciones éticas como la autonomía, la beneficencia, justicia y respeto al personal de salud. Se utilizó escala de cumplimiento de prácticas que se detallan a continuación: Insuficiente (<70%): cumplimiento bajo, puede indicar problemas significativos; Aceptable (70% - 79.99%): cumplimiento moderado, con áreas de mejora; Bueno (80% - 89.99%): cumplimiento sólido, pero no excepcional; Excelente (90% - 100%): cumplimiento muy alto o perfecto.

Se diseño una base de datos utilizando el software Excel y estadístico SPSS V 22 para Windows para el análisis de la información obtenida la que fue presentado en frecuencia y porcentaje, estadísticas descriptivas e inferencial de acuerdo con las características de las variables cuantitativas “discretas y continuas” y guiados por el compromiso definido en cada uno de los objetivos específicos y pruebas estadísticas a aplicar. El análisis fue realizado por cada una de las variables.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Atención en el servicio de emergencia

Actividades	Realiza		No realiza	
	F	%	F	%
Carné perinatal	28	100%	0	0%
Interpretación datos	24	86%	4	14%
Secciones de parto	21	75%	7	25%
Total	24	87%	4	13%

Los datos de la tabla 1 revelan que hay un buen cumplimiento al solicitar la Historia Clínica Perinatal (HCP), siendo esta una herramienta útil, dinámica y ágil, dirigida al personal de salud que presta servicios a la población que está enfocada para el proceso de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio¹¹. El hecho de que hubo un 14% que no interpreto los datos de la HCP y que no completo la información de la sección del parto, es un indicador que las HCP no cuenta con información actualizada y de calidad que le permitan realizar análisis y tomar decisiones de manera oportuna y acertada.

Según el MINSA¹² plantea que el conjunto de acciones y procedimientos realizados a la embarazada están destinadas a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal, con el objetivo de monitorear la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados del recién nacido/a, por lo tanto, que se debe garantizar una atención que se cumpla con lo establecido en la normas y protocolos de atención.

Tabla 2. Corroborar edad gestacional

Actividades	Realiza		No realiza	
	F	%	F	%
*FUM	3	11.0%	25	89%
Valora confiabilidad	3	11%	25	89%
Ultrasonidos I trimestre	3	11%	25	89%
Total	3	11%	25	89%

*FUM: Fecha de la Última Menstruación.

De acuerdo a los hallazgos (tabla 2) relacionados a las actividades que el personal de salud realiza durante la atención a la embarazada se observó que la mayoría (89%) no corrobora la Fecha de la Última Menstruación (FUM) con un 89 % que no lo realiza, lo que indica que el personal de salud debe tener presente que el determinar de manera precisa la edad gestacional en el embarazo es crucial para la salud materna y fetal, ya que permite la planificación del seguimiento prenatal, la realización de pruebas diagnósticas en el momento oportuno y la estimación de la fecha probable de parto. Además, ayuda a identificar riesgos potenciales y tomar decisiones sobre el manejo del embarazo.

De la misma manera hay un 11% que valoró la confiabilidad y el 89% que no realizó. Este dato es esencial para calcular la edad gestacional y la fecha probable de parto. Muchas decisiones clínicas están basadas en la edad gestacional y por ello es crítico obtener un dato confiable, el hecho de que no se haga se está dando por sentado que todo está bien.

Así mismo se reflejan los datos relacionados a que si el personal de salud revisó ultrasonidos en el I trimestre, el ultrasonido en el primer trimestre es vital para confirmar el embarazo, determinar la edad gestacional exacta, evaluar la viabilidad y vitalidad fetal, identificar cantidad de fetos y su tipo, detectar precozmente el riesgo de anomalía genética, el hecho de que el 89% no realizó la revisión es un indicador de no estar al tanto el estado de la embarazada.

Tabla 3. Valoración clínica de la embarazada antes y durante el parto

Actividades	Realiza		No realiza	
	F	%	F	%
Maniobras de Leopolds	7	11%	25	89%
*FCF	22	79%	6	21%
Contracciones uterinas	14	50%	14	50%
Volumen uterino	1	4%	27	96%
Proporción feto-pélvica	17	61%	11	39%
Valoración de pelvis	17	61%	11	39%
Total	13	44%	15	56%

*FCF: Frecuencia Cardíaca Fetal.

La (tabla 3) revela la valoración clínica que el personal de salud realiza a la embarazada, en primer lugar, están las Maniobras de Leopolds con 11% que lo realiza y un 89% que no lo realiza, cabe destacar que son técnicas de palpación abdominal para evaluar la posición y presentación del feto, además son de gran importancia en el control prenatal y en atención del parto. No obstante, el porcentaje realizado es muy bajo, lo que conlleva a que el personal no está determinando si el bebé está en una posición adecuada para el nacimiento o si es necesario tomar medidas adicionales. Por otra parte, se observó que el 4% del personal realiza medición de volumen uterino, frente a un 96% que no lo realiza; conocer el volumen uterino ayuda a evaluar el crecimiento del feto y el desarrollo del embarazo, se detectan problemas en el feto o con el líquido amniótico. A toda mujer se le debe realizar para ver si coincide con el número de semanas de embarazo.

Así mismo se muestra la valoración de la pelvis y la proporción feto-pélvica con un 61% que lo realiza y el 39% no lo realiza, esta valoración según Sánchez et al.¹³ permite conocer las dimensiones de la pelvis materna. Basado en lo anterior hay que señalar que es muy importante esta valoración porque se conoce la relación que hay entre el tamaño de la pelvis materna y el feto, el hecho que haya un 39% que no lo realice es un factor donde se pone en riesgo la vida del binomio madre-hijo, cuando una desproporción feto-pélvica es decir el bebé es demasiado grande para la pelvis de la madre, puede impedir el parto vaginal

y requerir una cesárea. Mediante el tacto vaginal obstétrico es posible conocer las dimensiones de la pelvis materna. Antigüamente se intentaba medir los diámetros pélvicos, para determinar si el parto vaginal era posible, sin embargo, hoy se sabe que la evaluación de los diámetros pélvicos no permite predecir bien la probabilidad de parto vaginal.

En el mismo orden se observa que un 79% realiza la toma de FCF con 21% que no lo realiza, según Godoy Villamil et al.¹⁴ la evaluación del bienestar fetal durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto es un componente fundamental en la atención de la maternidad y es esencial para optimizar los resultados fetales, teniendo presente que la FCF cambia constantemente en respuesta a variaciones en el entorno y a otros estímulos como las contracciones uterinas. Basado en lo anterior se debe vigilar que se realice el 100%, debido a que previene el sufrimiento fetal.

La vigilancia de las contracciones uterina, un 50% lo realiza y un 50% no lo realiza, de acuerdo con Rosen y Yogev¹⁵, supervisar la progresión del trabajo de parto ayuda en la toma de decisiones con respecto a la intervención, ya que en los casos de actividad uterina inadecuada o excesiva pueden asociarse con una morbilidad materna y neonatal considerable, debido a que el progreso inadecuado del parto es un problema común en la atención intraparto.

Tabla 4. Examen ginecológico a la embarazada.

Actividades	Realiza		No realiza	
	F	%	F	%
Existencia de infecciones	15	54	13	46
Lavado manos completos	16	57	12	43
Valora la amplitud y elasticidad de partes blandas	17	61	11	39
Determina dilatación, borramiento y posición cervical.	17	61	11	39

En lo relacionado al examen ginecológico a la embarazada (tabla 4) realizado por el personal de salud, es pertinente comenzar señalando que más de la mitad (57%) cumple con el lavado de manos, siendo un dato alarmante por el porcentaje que no lo hace.

Según la OMS¹⁶, el lavado de manos antes de un examen ginecológico es crucial para prevenir la transmisión de gérmenes, proteger a la paciente de infecciones intrahospitalaria y a los profesionales de salud, así como controlar infecciones asociadas a la atención sanitaria reduciendo la propagación de patógenos peligrosos. Por otro lado, es importante que el personal de indague sobre la existencia de infecciones, la relevancia de no hacerlo radica en que las infecciones pueden provocar complicaciones graves como aborto espontáneo, parto prematuro, muerte fetal y daño al feto. Además, que el diagnóstico temprano y tratamiento adecuados pueden reducir significativamente la morbilidad materna y perinatal, protegiendo así la salud del binomio madre e hijo.

De acuerdo con que, si el personal de salud valora la amplitud y elasticidad de las partes blandas, un 61% lo realiza y un 39 % no lo realiza. Según, Carrillo Mora et al.¹⁷ la importancia de esta valoración está en diferenciar entre cambios fisiológicos y patológicos, garantizando así una gestión adecuada de la gestación y la prevención de complicaciones de riesgo para la madre y el bebe. Con respecto a lo anterior es importante realizar la evaluación oportuna para detectar precozmente afecciones que puedan poner en riesgo la salud materno fetal, asegurando un embarazo saludable y un parto seguro.

Con respecto a que, si el personal de salud determina dilatación, borramiento y posición cervical, un 61% lo realiza y 39 % no lo realiza, esto indica no se está vigilando adecuadamente a la mujer en este periodo, esta evaluación es crucial para monitorizar el progreso del parto, ya que estos indicadores permiten determinar

la etapa del trabajo de parto, tomar decisiones clínicas informadas para asistir al nacimiento y predecir la duración del parto. Al medir estos factores, los profesionales pueden intervenir de manera oportuna, evitar complicaciones y asegurar un resultado seguro tanto para la madre como para el bebé.

Tabla 5. Evaluación en el segundo periodo del trabajo de parto

Actividades	Realiza		No realiza	
	F	%	F	%
Estado de la embarazada	28	100%	0	0%
Trabajo de parto y partograma	12	43%	16	57%
Inicio partograma	1	4%	27	96%
Llenado de partograma correctamente	7	25%	21	75%
Decisiones con partograma.	0	0%	28	100%
Descenso de presentación fetal	16	57%	12	43%

La tabla 5 muestra que un el 100% del personal de salud vigila el estado de la embarazada, lo que significa que están pendiente durante la evaluación del segundo periodo del trabajo de parto, sin embargo, el inicio del partograma el 4% lo realiza y el 96 % no lo realiza en el momento, en este sentido, el partograma se debe realizar obligatoriamente cuando la paciente ingresa a la fase activa del trabajo de parto para la vigilancia de la evolución del parto (dilatación y descenso) y la detección temprana de complicaciones, así mismo hay un 100 % del personal que toma las decisiones durante el parto, pero no en base al partograma sino en base a la experiencia.

Hay que señalar que el 25% del personal realiza el llenado correcto del partograma, no así el 75% que no lo hace. A pesar de lo mencionado el descenso de la presentación fetal fue del 57% y un 43 % que no lo realiza. Hay que señalar que el partograma es la herramienta del monitoreo del trabajo de parto. Bedwel et al.¹⁸ plantea que el propósito del partograma es permitir que los profesionales de salud monitoreen el bienestar y el progreso en el trabajo de parto y brinden una intervención oportuna cuando sea necesario. Sin embargo, a pesar de su uso durante más de 40 años, las muertes por trabajo de parto obstruido han generado preocupación de que el partograma no se esté utilizando adecuadamente. Si bien el partograma en si puede verse como una herramienta simple, los datos del presente estudio revelan que no se está usando como debe ser y esto puede deberse a que hay problemas con la herramienta en sí y por tanto no se realiza una vigilancia adecuada durante este periodo.

El Ministerio de Salud establece el uso del partograma como una herramienta esencial para el monitoreo materno fetal, sin embargo, en la práctica la sobrecarga del personal, la insuficiente capacitación continua y la falta de supervisión sistemática limita su aplicación rigurosa, lo que genera una vigilancia inadecuada de trabajo de parto, reduciendo así su efectividad para detectar oportunamente complicaciones y afecta la calidad de la atención obstétrica.

Tabla 6. Cuidados maternos-fetales

Actividades	Realiza		No realiza	
	F	%	F	%
Signos vitales e hidratación materno	19	68%	9	32%
Evalúa inminencia de eclampsia	5	18%	23	82%
Investiga signos u otros síntomas acompañantes	7	25%	21	75%
Etapas de deambular	28	100%	0	0%

La (tabla 6) revela los cuidados maternos-fetales implementados en las gestantes donde el 100% del personal de salud garantiza que la embarazada pase por la etapa de deambulaci3n, en este sentido la funci3n del personal de salud es garantizar que este movimiento sea seguro, eficaz y beneficioso para la madre y el feto; para ello, se debe evaluar continuamente el estado cl3nico de la madre y del beb3.

La toma de los signos vitales lo realiza un 68%, contra un 32% que no lo realiza, incluyendo la hidrataci3n materna, lo que evidencia una vigilancia cl3nica incompleta a las embarazadas. Esto sugiere que, si bien se est3 cumpliendo con los protocolos de monitoreo materno, la ausencia de control en casi un tercio de los pacientes puede representar un riesgo para la detecci3n oportuna de complicaciones. Por lo tanto, se requiere fortalecimiento en la pr3ctica del personal de salud para garantizar una atenci3n segura y continua.

El estudio de Bedwell et al.¹⁸ plantea que la toma de los signos vitales es crucial durante el embarazo para detectar cambios fisiol3gicos normales y signos de complicaciones como la preeclampsia, mediante el monitoreo de la presi3n arterial, frecuencia cardiaca, respiraci3n, temperatura y saturaci3n de ox3geno. La compresi3n de estas variaciones permite distinguir entre hallazgos normales y patol3gicos, esto asegura una atenci3n adecuada y oportuna para el bienestar de la madre y el feto. As3 mismo, el 25 % del personal investiga sobre signos y s3ntomas que presenta la embarazada y un 75 % no lo realiza. El estudio realizado por Verduzco Dena et al.¹⁹ plantean que el conocimiento de los signos de alarma de la mujer gestante ayuda a buscar atenci3n m3dica de manera oportuna, evitando riesgos y previniendo la mortalidad materna, por lo que se sugiere que el personal de salud este pendiente de los signos y s3ntomas durante el embarazo ya que indican una situaci3n de peligro para la embarazada.

La evaluaci3n de inminencia de eclampsia se realiza una proporci3n muy baja (18%), mientras que la gran mayor3a no lo lleva a cabo, con un 82%. Lo que evidencia una deficiencia importante en la vigilancia cl3nica de las embarazadas. Se debe se3alar que es funci3n del personal de salud identificar signos tempranos de complicaciones hipertensivas del embarazo y prevenir crisis convulsivas maternas. En esta evaluaci3n el personal debe controlar peri3dicamente la presi3n arterial, vigilar la presencia de s3ntomas de alarma como cefalea intensa, alteraciones visuales, dolor en el epigastrio y edema. Adem3s de valorar los signos neurol3gicos y el estado general de la gestante.

Tabla 7. Manejo activo del tercer periodo de parto

Actividades	Realiza		No realiza	
	F	%	F	%
Administración 10 UI* de Oxitocina	21	75	7	2
Pinzamiento y sección del cordón umbilical	24	86	4	14
Tensión controlada y suave del cordón umbilical	22	79	6	21
Masaje uterino	2	7%	26	93

*UI: Unidad internacional.

La tabla 7 muestra los cuidados del Manejo Activo del Tercer periodo de Parto (MATEP), se revela que la administración de las 10 UI de Oxitocina de forma inmediata se realiza en el 75% y 25% no se realiza de forma inmediata, con respecto al pinzamiento y sección del cordón umbilical durante los tres minutos después del nacimiento o al cese de pulsaciones se realiza con el 86% y 21% no lo realiza inmediatamente. De igual forma esta la tensión controlada y suave del cordón umbilical durante la contracción uterina que se realiza en 79% y 21% no realiza. Por último, el masaje uterino posterior a la extracción de la placenta se realiza el 7% y 93% no realiza.

De acuerdo MINSA²⁰, el Manejo Activo de Tercer periodo de Parto (MATEP) pretende reducir el sangrado durante el alumbramiento y en el puerperio inmediato, por ende, prevenir la hemorragia post parto. Esto reduce los requerimientos de transfusión sanguínea y los tiempos de estancia por las complicaciones derivadas de su utilización. Aunque hay una proporción mayor en cumplimiento de técnicas, todavía no se realiza en 100% por lo que se debe concientizar a los profesionales de salud de realizarlo correctamente.

Tabla 8. Formación académica de los profesionales de salud versus índice de cumplimiento en el segundo nivel de atención.

Actividades	Índice	
	Insuficiente (<70%)	Aceptable (70%-79.99%)
Auxiliar en Enfermería	3.6%	0.0%
Licenciado/a en Enfermería	39.3%	0.0%
Médico general	21.4%	0.0%
Médico especialista en ginecología	14.3%	14.3%
Médico especialista en Materno Fetal	0.0%	7.1%
Total	78.6%	21.4%

Fuente: Guía de observación.

La (tabla 8), evidencia una distribución marcadamente desigual del cumplimiento de las prácticas de atención de acuerdo a la formación académica del personal, con un predominio del índice insuficiente (<70%), que concentra el 78.6% del total, frente a un 21.4% clasificado como aceptable (70%-79.99%). Este patrón indica que la mayoría del personal de salud no cumple con el desempeño en las prácticas de atención, lo que sugiere debilidades estructurales en la aplicación de competencias profesionales, cabe señalar que el MINSA cuenta con normativas y protocolos orientadas a realizar buenas prácticas.

Los licenciados en enfermería con un 39.3% y los médicos generales el 21.4%, representan mayor proporción dentro del nivel insuficiente, lo que podría reflejar una brecha entre la formación teórica y práctica clínica. En contraste, los únicos grupos que alcanzan niveles aceptables son los especialistas en ginecología

con 14.3% y en materno fetal el 7.1%, lo que sugiere una asociación positiva entre mayor especialización hay mayor desempeño en las prácticas de atención. Estos resultados apuntan a una correlación entre el nivel de especialización y la calidad del desempeño. Basado en los datos mencionados es de suma importancia fortalecer los programas de educación continua y supervisión clínica en los diferentes niveles, específicamente en aquellos que tienen una formación de menor nivel a fin de mejorar las prácticas de atención al paciente.

La OPS/OMS, PAHO²¹ sugiere que la complejidad de la realidad sanitaria exige una práctica interprofesional con equipos de salud consolidados cuyos conocimientos, actitudes, habilidades y valores se articulen para lograr una atención eficiente, segura y de calidad. Por ello la formación de los profesionales de la salud puede beneficiarse de estrategias de aprendizaje innovadoras y de la incorporación de tecnologías. Según Jiménez²² refiere que la educación continua es esencial para el desarrollo profesional, ayuda a las enfermeras a estar al día con las últimas investigaciones y prácticas en enfermería, lo que les permite proporcionar una atención más eficaz a los pacientes y contribuye a la reducción de errores en el cuidado del paciente, mejorando la seguridad del paciente.

Tabla 9. Pruebas de chi-cuadrado entre formación académica de los profesionales de salud y el de cumplimiento en el segundo nivel de atención.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,121 ^a	4	0.003
Razón de verosimilitud	18.006	4	0.001
Asociación lineal por lineal	12.480	1	0.000
N de casos válidos	28		

Fuente: Guía de observación de frecuencias observadas y esperadas. ^aa. 8 casillas (80,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 21.

El valor de $P=0.003<0.05$ indica que existe una asociación significativa entre el nivel académico y el índice de desempeño, esto significa que el desempeño (insuficiente o aceptable) no es independiente del nivel académico, sino que está relacionado con él. Y lo confirma la prueba de Verosimilitud: Confirma el mismo resultado $P=0.001$, reforzando la validez de la asociación encontrada. Se observó 8 casillas (80,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 21. lo que viola uno de los supuestos de la prueba de Chi-cuadrado de Pearson, eso debilita la robustez de los resultados, aunque la significación obtenida sigue siendo una relación clara.

CONCLUSIONES

Las prácticas de atención a la embarazada en el segundo nivel de atención tuvieron fortalezas, debilidades y áreas de mejora en los cuidados obstétricos. Los hallazgos resaltan un cumplimiento adecuado en aspectos fundamentales del seguimiento materno, entre ellas se destacan: la entrega de carne perinatal y la evaluación del estado de la gestante, ambas realizadas en su totalidad (100%).

También se observó un seguimiento efectivo de la condición fetal mediante la monitorización de Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF) el 79%, como los procedimientos postparto, incluyendo la administración de oxitocina y la manipulación segura del cordón umbilical (75-86%), garantizando la seguridad materno-fetal en la mayoría de las actividades evaluadas. Sin embargo, se observó deficiencias significativas en la

evaluación clínica detallada y el seguimiento estructurado del trabajo de parto, como la aplicación de las Maniobras de Leopold el cual se realizó en el 11% de los casos, así como la implementación del partograma tanto en su inicio 4% como en su llenado correcto 25%, junto con la toma de decisiones basados en dicho instrumento 0%.

Por otro lado, se evidencio una relación estadísticamente significativa entre la formación académica de los profesionales de salud y el índice de cumplimiento de las prácticas de atención a la mujer embarazada en el segundo nivel de atención conforme al criterio de significancia ($p < 0.05$), lo que sugiere que el nivel de formación influye de manera determinante durante la atención al paciente.

Limitaciones: Muestra pequeña.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gómez Velasco Donaji Verónica. El embarazo. Educación para la salud. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. 2020. P1-16; [cited 2026 Feb 13]. Disponible en https://www.epsnutricion.com.mx/dctos/el_embarazo.pdf.
2. Arévalo Sánchez Elizabeth. Gestación y prácticas de cuidado. *av.enferm.* [Internet]. 2007. Dec [cited 2026 Feb 13];25(2):50-57. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002007000200005&lng=en.
3. Aguilar Prado P, Hernández Jasso M del C. Percepción de la calidad en la atención prenatal otorgada a mujeres embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar No. 53 de León, Guanajuato en el año 2022. *Ciencia Latina* [Internet]. 7 de marzo de 2024 [citado 18 de febrero de 2026];7(6):8916-30. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/9938>.
4. Gómez Campo Conchita M, Sigüenza Barra Natalia N. Factores Sociales y Culturales que Influyen en la Asistencia de la Mujer Embarazada a los Controles Prenatales en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Soyapango, febrero a Julio 2017. [citado 18 de febrero de 2026]; Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/02/1146783/227.pdf>
5. Del Risco-Sánchez O, Zambrano-Tanaka E, Guerrero-Borrego N, Surita F. Buenas prácticas en la atención prenatal a adolescentes embarazadas: perspectivas de profesionales de la salud. *Rev. Colombiana de obstetricia y ginecología.* [Internet]. 30 de septiembre de 2021 [citado 17 de febrero de 2026];72(3):244-57. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/3695>.
6. Hernández Vargas Yuri. Efectividad de una intervención educativa en conocimiento y práctica sobre salud materna en adolescentes embarazadas asistentes al control prenatal, II semestre 2019. Centro Salud Sutiaba, León. Tesis, enero 2021. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/16070/1/16070.pdf>.
7. Lafaurie Villamil María Mercedes, Angarita de Botero María del Pilar, Chilatra Guzmán Clara Inés. Atención humanizada del embarazo: la mirada de gestantes que acuden a una unidad hospitalaria de salud. *Enfermería Actual de Costa Rica* [Internet]. Junio de 2020 [consultado el 17 de febrero de 2026]; (38): 180-195. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682020000100180&lng=en. <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i38.38376>.

8. MINSA. Marco Conceptual Modelo de Salud Familiar y Comunitario. (MOSAFC). Protocolo, Managua. 2008. Disponible en: <https://www.minsa.gob.ni/site>.
9. UNICEF. Unicef junto a siete organizaciones aceleran esfuerzos para la reducción de la mortalidad materna en América Latina y el Caribe. 24 septiembre de 2024. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/comunicados-prensa/unicef-junto-siete-organizaciones-aceleran-esfuerzos-para-reduccion-de-mortalidad-matern>.
10. MINSA. Mapa de Mortalidad Materna 2021-2023. Managua. 2024. Disponible en: [file:///C:/Users/ACER/Downloads/Mapa_Mortalidad_Materna_Cierre_2023%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ACER/Downloads/Mapa_Mortalidad_Materna_Cierre_2023%20(1).pdf)
11. MINSA. Manual para el Llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP). Normativa 106. Managua enero 2013. Disponible: [file:///C:/Users/ACER/Downloads/N%20-106%20Manual%20para%20el%20Llenado%20de%20la%20Historia%20Cl%C3%ADnica%20Perinatal%20\(HCP\)%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/ACER/Downloads/N%20-106%20Manual%20para%20el%20Llenado%20de%20la%20Historia%20Cl%C3%ADnica%20Perinatal%20(HCP)%20(2).pdf).
12. MINSA. Norma y Protocolos para la Atención Prenatal, parto, Recien nacido/a y puerperio de bajo riesgo. Managua. Normativa 011. Segunda edición. Noviembre 2015 <https://www.minsa.gob.ni/sites/default/files/2023-02/NORMAS%20Y%20PROTOCOLOS%20PARA%20LA%20ATENCIÓN%20PRENATAL%20PARTO%20Y%20RECIEN%20NACIDO.pdf>
13. Sánchez Vera K, Magallanes Vera Y, Magallanes Vera N, Macías Dávila D, Dávila C, Altamirano Erazo Llandan M, Cañizares Plúas M, Caiza Moreta C Angulo Cecilia D, López Jiménez E, Suárez Bacilio A. Manual Práctico de Ginecología y Obstetricia. Ciencias Médicas; Ginecología; Diagnósticos; Atención médica. Edición: 1era. : Mawil Publicaciones de Ecuador, 2022. Disponible: <https://mawil.us/wp-content/uploads/2022/09/manual-practico-de-ginecologia-y-obstetricia.pdf>.
14. Godoy Villamil, P, Acuña Pradilla, C., Caicedo Goyeneche A, Pabón, D, y Paba Rojas, S. Monitoreo fetal: principios fisiopatológicos y actualizaciones. Archivos de Ginecología y Obstetricia. 2022; 60 (1): 47–70. Disponible en: <file:///C:/Users/ACER/Downloads/90-vgaq8n-ago60-1-art-4-cierre.pdf>.
15. Rosen Hadar, Yogeve, Yariv. Evaluación de las contracciones uterinas durante el parto y el nacimiento. Revista Estadounidense de Obstetricia y Ginecología. 20 de mayo 2022. 228(5). S1209-S1221. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.09.003>.
16. OMS. Los guantes no sustituyen a la higiene de las manos. Salvar vidas, ahorrar dinero y reducir los desechos. Mayo 2025. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/05-05-2025-gloves-do-not-replace-hand-hygiene---reminder-from-who>.
17. Carrillo-Mora Paul, García-Franco Alma, Soto-Lara María, Rodríguez-Vásquez Gonzalo, Pérez-Villalobos Johendi, Martínez-Torres Daniela. Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2021 Feb [citado 2026 Feb 18] ; 64(1) : 39-48. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422021000100039&lng=es. Epub 06-Jul-2021. <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2021.64.1.07>
18. Bedwell Carol, Levin Kareb, Pett Cecilia, y Lavender DamaT. Una revisión realista del partograma: ¿cuándo y cómo funciona para el seguimiento del parto?. Enero 2017. 17(31). BMC Pregnancy Childbirth. Disponible en: <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12884-016-1213-4>.
19. Verduzco-Dena SG, García-Ontiveros BE, Andrade-Torres AG, Haro-Acosta ME, Ayala-Figueroa RI.

Descripción del nivel de conocimiento de los signos y síntomas de alarma obstétrica en mujeres embarazadas. *Ginecol Obstet Mex* 2023; 91 (9): 637-644. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/gom.v91i9.8534>

20. MINSA. Norma y guía de alimentación y nutrición, para embarazadas, puerperio y niñez menor de seis años. Mayo 2016. Normativa 029. Managua. Retrieved enero de 2026. Disponible en: <https://www.minsa.gob.ni/sites/default/files/2022-10/Normativa%20029%20Guia%20de%20Alimentacion%20de%20la%20Embarazada%20Mayo%202017.pdf>.
21. OPS,OMS,PAHO. La necesidad de abordar la Educación Interprofesional en las universidades y en el mundo del trabajo. Julio 2024. <https://www.paho.org/es/eventos/seminario-web-necesidad-abordar-educacion-interprofesional-universidades-mundo-trabajo#:~:text=Los%20beneficios%20de%20la%20EIP,claridad%20de%20roles;%20el%20liderazgo>
22. Jiménez Cruz F. La Importancia de la Educación continua para el desarrollo Profesional de las Enfermeras. *Revista Científica De Salud Y Desarrollo Humano*. Diciembre 2022. 3(2), 111–124. <https://doi.org/10.61368/r.s.d.h.v3i2.39>.