



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**FACULTAD REGIONAL MULTIDICIPLINARIA MATAGALPA
UNICAM-RIO BLANCO
DE PARATAMENTO CIENCIAS TEGNOLOGIA SALUD**

**SEMINARIO DE GRADUACION PARA OPTAR AL TITULO DE LICENCIATURA
EN ENFERMERIA MATERNO INFANTIL**

TEMA

CALIDAD DEL LLENADO DE LA HISTORIA CLINICA PERINATAL (HCP) EN
PACIENTAS ATENDIDAS EN LOS PUESTOS DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE
RIO BLANCO EN EL SEGUNDO SEMESTRE 2020

SUBTEMA

Calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP) en pacientes atendidas
en el puesto de salud Rafael Martínez de Rio Blanco, en el segundo semestre
2020

AUTORES

Br. Zorayda del Carmen Fargas
Br. Yuridia Yuleisis Mairena Orozco

TUTOR

Msc: Harvy José Aguinaga Pérez

Marzo del 2020



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**FACULTAD REGIONAL MULTIDICIPLINARIA MATAGALPA
UNICAM-RIO BLANCO
DE PARATAMENTO CIENCIAS TEGNOLOGIA SALUD**

**SEMINARIO DE GRADUACION PARA OPTAR AL TITULO DE LICENCIATURA
EN ENFERMERIA MATERNO INFANTIL**

TEMA

CALIDAD DEL LLENADO DE LA HISTORIA CLINICA PERINATAL (HCP) EN
PACIENTAS ATENDIDAS EN LOS PUESTOS DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE
RIO BLANCO EN EL SEGUNDO SEMESTRE 2020.

SUBTEMA

Calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal (hcp) en Pacientes atendidas en
el Puesto de Salud Rafael Martínez, de Rio Blanco en el segundo semestres 2020.

AUTORES

Br. Zorayda del Carmen Fargas
Br. Yuridia Yuleisis Mairena Orozco

TUTOR

Msc: Harvy José Aguinaga Pérez

Marzo del 2020

i.DEDICATORIA

“El temor de Jehová es el principio de la sabiduría, y el conocimiento del señor es la inteligencia”.

Dedicado con amor a:

Primeramente DIOS, por habernos permitido llegar a cumplir la meta que nos hemos propuesto y por darnos la salud y las fuerzas, el entendimiento y la sabiduría.

A nuestros padres, hermanos y familiares que a lo largo de nuestras vidas nos han apoyado y aconsejado, motivado en todo momento para luchar y seguir adelante en nuestros sueños alcanzados.

**Zorayda del Carmen Fargas
Yuridia Yuleisis Mairena Orozco**

ii.AGRADECIMIENTO

Damos gracias primeramente a DIOS el cual es el que nos da la sabiduría y el entendimiento, fortaleza para lograr nuestra meta más importante que nos hemos propuesto en nuestra vida, sin él nunca hubiésemos logrado nuestro conocimiento y culminado nuestra meta.

A nuestros padres y familiares por su apoyo incondicional que nos han brindado Desde el principio de nuestros primeros pasos hasta la fecha actual de alentarnos a cumplir nuestros sueños.

A Msc. Harvy José Aguinaga, por su apoyo, consejos y orientaciones que nos brindó durante el transcurso de nuestra investigación.

A los diferentes docentes que nos impartieron los conocimientos importantes durante estos 5 años de nuestra carrera profesional, y la practica necesaria para obtener un buen nivel de aprendizaje a lo largo de esta trayectoria.

Al personas del puesto salud que nos brindaron su tiempo y espacio para poder recopilar datos para realizar nuestro trabajo de calidad.

Zorayda del Carmen Fargas
Yuridia Yuleisis Mairena Orozco

iii. CARTA AVAL

FACULTAD REGIONAL MULTIDICIPLINARIA MATAGALPA DEPARTAMENTO CIENCIA TECNOLOGIA SALUD.



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Por medio de la presente se informa, que el seminario de graduación para optar al Título de **Licenciatura en Enfermería Materno Infantil**, que lleva por tema general: calidad del llenado de las hojas de Historia Clínica Perinatal, en Pacientes atendidas en los puestos de salud del Municipio de Rio Blanco en el periodo segundo semestre 2020. Y con subtema: CALIDAD DEL LLENADO DE LAS HOJAS DE HISTORIA CLÍNICA PERINATAL, EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD RAFAEL MARTINEZ, elaborado por los autores: **Br. zorayda del Carmen Fargas. Br. Yuridia Yuleisis Mairena Orozco.**

Reúne los requisitos científicos y metodológicos para ser presentada y defendida ante un tribunal examinador, Matagalpa 2020.

Msc: Harvy José Aguinaga
Tutor de seminario Gradación

iv. RESUMEN

El tema trata sobre la calidad del llenado de la historia clínica perinatal en el puesto de salud Rafael Martínez, Río Blanco En el segundo semestre del año 2020. Específicamente se pretende identificar llenados correcto de datos de filiación, segmentos patológicos, personales, obstetra, exámenes clínicos, de laboratorios, consultas prenatales, curvas de ganancia de peso y altura uterina. El estudio es de tipo descriptivo, prospectivo en el tiempo y de enfoque mixto. El universo fue constituido por 19 embarazadas activas en el sistema de salud durante el periodo de estudio, la muestra correspondía a 10 historias clínicas perinatales de embarazadas activas subsecuentes, se realizó un muestreo no probabilístico a conveniencia. La fuente de información fue la (HCP MINSA) la cual se divide en ITEMS, los cuales se le dieron valores de bueno regular y malo para determinar la calidad del llenado de la HCP. Los datos fueron recabados en los programas de Word, epi-info los cuales al final serán expuestos mediante el programa de PowerPoint.

En el análisis del llenado de la historia clínica perinatal se encontró que en el segmento de filiación, donde están fallando es en el llenado de domicilio, teléfono, número de identificación. Mientras tanto en segmento de antecedentes donde hay un déficit en el llenado es abortos y embarazo planeado. Durante el registro de la gestación actual la debilidad está en los exámenes odontológicos, examen de mama, RH (+) (-), toxoplasmosis, hemoglobina, estreptococo B. mientras tanto en antecedentes prenatales solo se encuentra un déficit en iniciales personales de salud.

Se recomienda principalmente implementar la calidad del llenado de la HCP, para una mejor evaluación en todas las unidades de salud donde brindamos la atención prenatal.

INDICE

I. INTRODUCCION.....	1-5
II. JUSTIFICACION.....	6
III. OBJETIVOS.....	7
General.....	7
Especifico.....	7
IV. DESARROLLO DEL TEMA.....	8-52
4.1 descripción del puesto de salud.....	8
4.2 segmento – identificación (filiación).....	9-15
4.3 segmento – antecedentes personales, familiares y obstétricos.....	15-22
4.4 segmento – gestación actual.....	22-46
4.5 atenciones prenatales.....	46-52
VI. CONCLUSION.....	53
VII. BIBLIOGRAFIA.....	54
VIII. ANEXO.....	55-81

I- INTRODUCCION

El llenado adecuado de la hoja de historia clínica (HCP) es directamente proporcional a un buen Control Prenatal y refleja a su vez la calidad de atención brindada a la mujer embarazada. MINSA (2013).

La Organización Internacional de Normalización (2010) define Calidad como el grado en el que un conjunto de características inherentes, cumple con la necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita y obligatoria. Prestar Servicios de Calidad en Salud exige acomodar, un complejo de responsabilidad con los usuarios, y el llenado correcto de la Historia Clínica perinatal, constituye un elemento importante para la evaluación de los servicios de salud.

El Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), con objeto de contribuir a las estrategias regionales de salud para todos en el año 2000, desarrollo una historia clínica perinatal (HCP) de uso sencillo y bajo costo, destinada al nivel primario de atención de baja complejidad. Dicha historia clínica reúne en una sola hoja una serie de datos fáciles de obtener que resuman la información mínima indispensable para un nivel aceptable de atención perinatal. Se elaboró tomando en cuenta aquellos lugares en los que no es posible aplicar la historia clínica perinatal ampliada, propiciada también por este Centro, que en la actualidad se utiliza en muchos países de la región latinoamericana, ni otros modelos de historia más complejos. La historia clínica perinatal proporciona un sistema de advertencia sobre algunos factores preponderantes que pueden elevar el riesgo perinatal.

En Nicaragua los datos recabados son escritos a mano por el personal, una copia que le quedara al centro de atención y la original que queda en manos de la paciente atendida. Esto permite enviar los datos a cualquier centro de procesamiento, mientras que la historia clínica queda en el lugar de atención. Los datos codificados de la historia clínica simplificada son similares a los del resumen estadístico de la

historia clínica perinatal ampliada. Por lo tanto, ambas historias, en distintos niveles de atención pueden alimentar un mismo banco de datos perinatales.

En la actualidad son muchos los problemas y excusan que existe para que se dé un buen llenado de la hoja de APN, dentro de las más conocidas se encontraron: poco personal, demasiadas consultas, no contar con los equipos necesarios (laboratorio), disposición para el trabajo, actitud, poca cooperación de parte de la paciente y familiares, entre otros. La falta del llenado de estos datos, predisponen que la atención a la mujer embarazada no sea integral y se desconozcan datos importantes por el médico o enfermería que llegue a tratarla en cualquier momento del embarazo, lo que enlentece la toma de decisiones apropiadas en cada momento, siendo este un factor muy importante a la hora de prevenir complicaciones, así como la muerte materna. De acuerdo a lo antes mencionado se pretende dar respuesta a la siguiente interrogante:

¿Cuál es Calidad del Llenado de la Historia Clínica Perinatal, en pacientes atendidas en el puesto de salud Rafael Martínez del Municipio de Rio Blanco en el periodo segundo semestre 2020?

Para evaluar la calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal en mujeres atendidas en el puesto de salud Rafael Martínez, es conveniente referir la consulta documental del trabajo realizado que guarde relación con los objetivos propuestos en este estudio primero los internacionales y luego los nacionales, en función a ellos se mencionan:

OPS (2003). En América Latina y el Caribe la mayoría de los partos, cerca del 75 por ciento, tiene lugar en centros asistenciales. Pese a ello, en 17 países la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal son mayores de lo previsto para la población en riesgo, de lo que se infiere una deficiente calidad de la atención de salud. Esto indica que las mujeres con complicaciones no tienen acceso a los servicios, debido a barreras económicas o geográficas, o bien que los servicios de

salud no están suficientemente equipados o capacitados para abordar el problema. A pesar de que el CPN significa una oportunidad para identificar factores de riesgo, existe cerca del 15% de mujeres embarazadas que al momento del parto pueden presentar una complicación que ponga en riesgo su vida, por lo cual es esencial que las unidades de salud se encuentren preparadas para brindar cuidados obstétricos de emergencia de calidad.

Paca Palao A. (2003), realizó un estudio en Perú donde evaluó la calidad de atención en los servicios de control prenatal y planificación familiar, con una muestra de 1044 pacientes, encontrando que el 83.5% de las usuarias fueron atendidas por gineco-obstetras, 95% de las unidades de salud no cuentan con equipos completos, 38.8% de las usuarias consideran que no había privacidad durante su consulta.

Br. Moncada D. & Ortega J (2019) Realizaron un estudio para optar al título de doctor en medicina y cirugía UNAN-Managua, titulado “calidad del llenado de la historia clínica perinatal en mujeres atendidas en el hospital Berta Calderón Roque donde concluyeron que: En cuanto a los datos de filiación como nombres, teléfono, dirección y procedencia fueron registrados en un 96%, teniendo por consiguiente 4% de llenado incorrecto, los antecedentes personales, familiares y obstétricos fueron llenados adecuadamente en un 99.4%, Sobre la gestación actual de las pacientes se completó satisfactoriamente en un 99.1%; sin embargo, hay una disminución en cuanto al registro de los exámenes de laboratorio en un 0.9%, En el llenado de parto/aborto, neonato y puerperio fueron completados apropiadamente según registros en un 97.6%, excepto en defectos congénitos y tamizaje neonatal de los cuales casi 3% queda llenado de manera incorrecta, Verificando los registros de egreso materno fue convenientemente registrado en un 95% teniendo déficit de 5% en cuanto al llenado de responsable de egreso y método anticonceptivo. Por otra parte, el egreso neonatal fue donde más se encontraron deficiencias con un llenado incorrecto en un 27% y se encuentra identificación de recién nacido en 0% de HCP. La calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal cumple con el 94.4%. Hay una mejoría evidente; sin embargo, no se cumple con el llenado en un 100%.

Br. Ochoa JM. At el, (2014), en la FAREM – Matagalpa. Se realizó una investigación con el objetivo de evaluar la calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal por el personal de salud en el Policlínico Trinidad Guevara de Matagalpa. Es importante en la disminución de la mortalidad materno-Infantil, contribuyendo de esta manera al mejoramiento del sistema de salud en el municipio, a fin de prevenir complicaciones en el embarazo, lograr un parto satisfactorio y evitar muertes maternas que se han convertido en un problema de salud pública y de gran preocupación para las autoridades del Ministerio de Salud. Al final concluyeron que Se constató el llenado de dieciocho casillas correspondientes a la Gestación Actual, siendo el promedio de cumplimiento insatisfactorio, el personal de salud del Policlínico Trinidad Guevara no realiza las Curvas de Altura Uterina e Incremento de Peso Materno para la Edad Gestacional en semanas o están incorrectamente llenadas y Los datos faltantes o las casillas incorrectamente marcadas de la Historia Clínica Perinatal, más frecuentes son; Antecedentes Múltiples, peso último previo, proteinuria, los exámenes de laboratorio, especialmente ToxoTest y Chagas, las curvas de Altura Uterina e Incremento de Peso Materno para la Edad.

Metodológicamente la investigación se basa sus referencias en Piura donde su tipo de estudio se establece como descriptivo, con enfoque mixto, de corte longitudinal y prospectivo en el tiempo. El universo está constituido por 19 HCP de mujeres que son atendidas en el puesto de salud Rafael Martínez, Rio Blanco, donde se toma una muestra de las (10 hcp) de pacientes subsecuente que cumplen con los criterios de inclusión que asisten al puesto de salud en el periodo de estudio del segundo semestre 2020. Por lo tanto se aplica un muestreo no probabilístico a conveniencia, el instrumento utilizado es la hoja de HCP MINSA, el cual se divide en 4 segmentos y en (ítem) para el estudio de sus variables específicas, datos de filiación, segmentos patológicos, personales, obstetra, exámenes clínicos, de laboratorios, consultas prenatales, curvas de ganancia de peso y altura uterina. Para darle valores de bueno, regular y malo y así determinar si existe una calidad en el llenado de la HCP en el centro estudiado, los datos y resultados son recabados en los programas de Word, Epi-info al final son expuestos mediante el programa de PowerPoint.

En cuanto al aspecto ético para la realización de dicho trabajo investigativo se solicitó un permiso formal al director del centro de salud Dennis Gutiérrez así como al personal de enfermería responsable del puesto de salud Rafael Martínez, se hará la observación del personal que atiende en el puesto antes mencionado.

II- JUSTIFICACION

En la actualidad el departamento de Matagalpa es una de las regiones más vulnerables en cuanto a mortalidad materna se refiere y las comunidades como Rio Blanco no está exenta de la problemática y conociendo que la Hoja de Control Prenatal (HCP) es una herramienta que permite el fácil y ágil manejo durante el embarazo y la falta o incorrecta llenado de este instrumento dificulta el claro manejo de un embarazo.

Por tal razón se realizará esta investigación con el objetivo de Evaluar la Calidad del llenado de las Hojas de la Historia Clínica Perinatal, en pacientes atendidas en el puesto de salud Rafael Martínez. De esta manera contribuye al mejoramiento del sistema de salud en el municipio de rio blanco, a fin de prevenir complicaciones en el embarazo, lograr un parto satisfactorio y evitar muertes maternas que se han convertido en un problema de salud pública y de gran preocupación para las autoridades del Ministerio de Salud.

Este estudio será de ayuda al personal de salud de dicho puesto, ya que podrán identificar las fallas más comunes en el llenado de la atención prenatal y fortalecer las debilidades existentes. A los estudiantes de enfermería y carreras afines a la Salud para evitar errores futuros en el llenado de la atención prenatal. Al conocimiento científico basado en evidencia ya que formará parte de la bibliografía en la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, FAREM Matagalpa, y como guía metodología para trabajos investigativos, en temas relacionados con la calidad del llenado de la APN.

III- OBJETIVOS

General:

Evaluar la Calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal, en pacientes atendidas en el puesto de salud Rafael Martínez, Rio Blanco en el segundo semestre 2020.

Específicos:

1. Identificar el llenado de los datos de filiación de las embarazadas en estudio.
2. Verificar el llenado del segmento antecedentes patológicos familiares, personales y obstétricos de las embarazadas.
3. Constatar el llenado del segmento datos de exámenes clínicos y laboratorios de las pacientes embarazadas.
4. Determinar el llenado de los datos de las consultas prenatal y la realización de las curvas de ganancia de peso materno y altura uterina para la edad gestacional.

IV- DESARROLLO DEL TEMA

Ilustración 1 FACHADA DEL PUESTO RAFAEL MARTINEZ



4.1. DESCRIPCION DEL PUESTO

Puesto de salud Rafael Martínez ubicado en el barrio Luís Alfonso Velázquez, Rio Blanco, salida a matiguas; aperturado en el año 2015.

Empezó atendiendo consultas en la casa de la licenciada Suhey Aldana, brindando atención en salud, por la Licenciada en enfermería, Suhey Aldana durante el periodo de 6 meses se traslada a la casa de doña Ana María Medrano atendió durante un año, después se ubicó en casa de Segundo Angulo durante un año,

Luego se trasladó a las instalaciones del centro de salud donde actualmente se brinda las consultas, en el puesto de salud Rafael Martínez, brinda atención enfermera mossac Glenda y Lic. De servicio social Glinny Herrera. Este año 2020 la alcaldesa de Rio Blanco Doña Martha Bucardo, dono un terreno donde se construyó el puesto aun es aperturado hasta el año 2021 el barrio Rafael Martínez cuenta con una población de 3000 personas.

En el puesto de salud se atiende solo pacientes del B° Rafael Martínez, cuenta con un estante para archivar expedientes clínicos. Brindando las siguientes atenciones: atención a pacientes crónicos, controles prenatales (APN), controles en puerperio, planificación familiar, control de crecimiento en los niños (VPCD), visitas integrales y consejería.

4.2. DESARROLLO DE OBJETIVOS

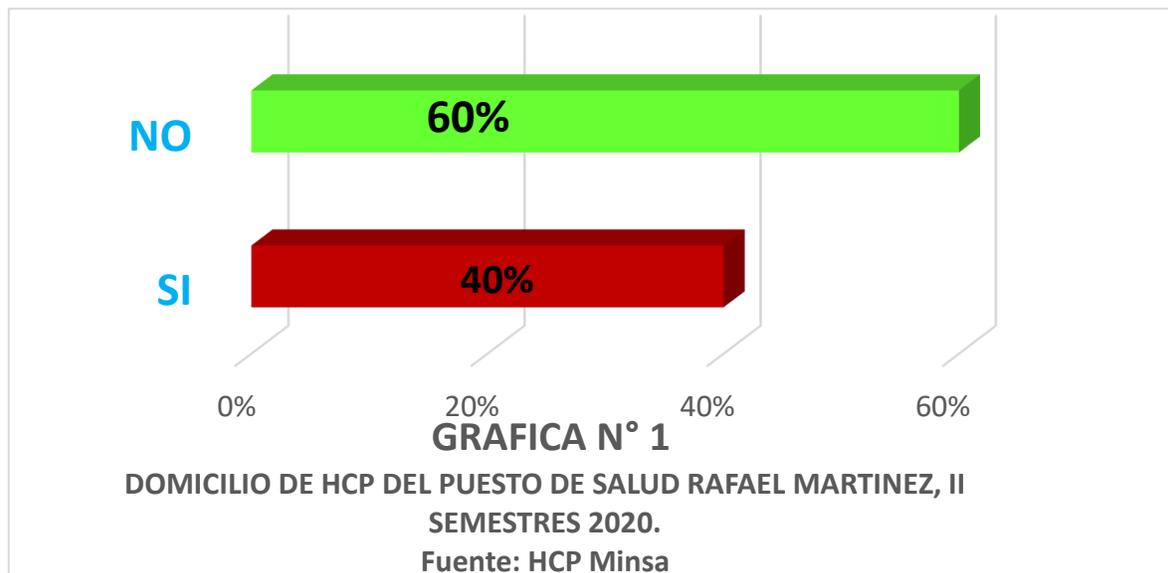
Segmentos de la historia clínica perinatal

1: segmento-identificación

CLAP - OPS/OMS MINSA - NICARAGUA		Parto en	N°		Identidad					
NOMBRE: _____			Fecha de nacimiento		ALFABETA		Raza		ESTUDIOS	
DOMICILIO: _____			EDAD años		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		ning. sec. años		Estado civil	
LOCALIDAD: _____ TEL: _____			< de 20 años <input type="checkbox"/> > de 35 años <input type="checkbox"/>		blanca <input type="checkbox"/> indígena <input type="checkbox"/> mestiza <input type="checkbox"/> negra <input type="checkbox"/>		prim. univ. <input type="checkbox"/> aprob. <input type="checkbox"/>		casada <input type="checkbox"/> unión <input type="checkbox"/> soltera <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>	

Fuente: (Normativita 011, 2015)

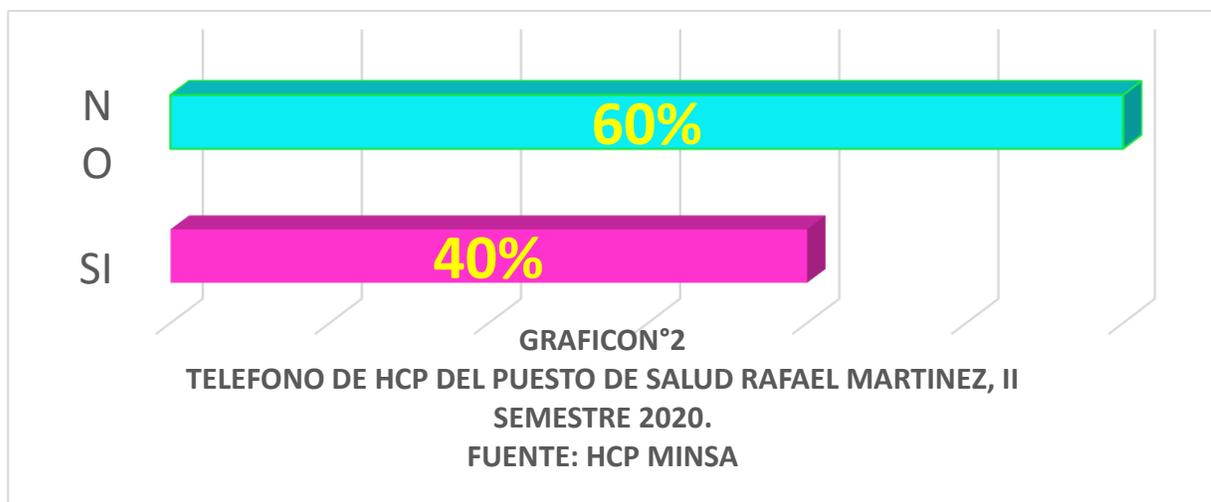
- **Nombre y Apellidos:** Anotar los nombres y apellidos de la mujer, preferiblemente como aparece en la cédula de identidad. Copiarlos si presenta su cédula.
- **Domicilio:** Se refiere a la residencia habitual de la embarazada, durante los últimos tres meses. Anotar dirección exacta para efectos de la búsqueda activa e inasistentes. (MINSA, 2013)



El grafico N°1 dice que de 10 hcp revisadas, 4 (40%) la llenan correctamente, pero 6 (60%) no la llenan correctamente.

El domicilio es considerado por la ley como lugar en el que radica el centro jurídico de la persona. De este modo será entendido como la vivienda que se ocupa, o como la población, distrito, comunidad como estado donde la persona reside. (iberley, 2006). La importancia de saber el domicilio de la paciente embarazada, es por cualquier emergencia que le suceda a la paciente actuamos de forma inmediata para así brindarle una buena calidad de atención. (Dr:Sandobal, 2020). Tomando como referencia lo ante escrito se debe de saber entonces que el domicilio es necesario para el llenado del HCP, ya que por medio de ese dato podemos visitar a la paciente cuando no llega a la cita programada, o cuando es una paciente inasistentes y por esa razón es importante conocer el domicilio y su dirección completa para localizar a la paciente cuando se decida hacerle visita a su hogar, también por los posibles riesgos que pueda presentar al ser una paciente alejada de la ciudad no podría salir con facilidad a su centro de salud.

- **Localidad:** Se refiere al nombre de la ciudad, municipio, pueblo, comarca.
- **Teléfono:** El teléfono del domicilio o celular. Si no tuviera, anotar un número de teléfono cercano, en donde el personal de salud pueda comunicarse con ella o la familia, en caso de requerirse. (MINSA, 2013)



El grafico N° 2 dice que de 10 hcp revisadas, 4(40%) la llenan correctamente, pero el 6(60%) no la llenan correctamente.

El celular aporta libertad de movimiento, mayor privacidad en las comunicaciones, seguridad personal, se convierte en un instrumento de auxilio, y hoy en día es la herramienta que te mantiene conectado con el mundo. (celular, 2002)

La importancia del teléfono es porque damos seguimiento a las inasistencias de las pacientes embarazadas. (Dr:Sandobal, 2020)

Tomando como referencia lo antes mencionado, el teléfono es importante que la paciente embarazada lo porte, en caso de una inasistencia a su control prenatal la podemos contactar a su número de teléfono, y por algún problema de salud que le transcurra durante su embarazo y este en su casa puede llamar al personal de salud que la atiende para así asistirle inmediatamente. Por lo tanto si es una embarazada que no vive cerca y le queda largo su puesto de salud se monitorea por medio del teléfono.

- **Fecha de Nacimiento:** Completar día, mes y año del nacimiento de la embarazada.
- **Edad:** Al momento de la primera consulta (captación) preguntar: ¿Cuántos años cumplidos tiene? Anotar la respuesta en los dos espacios disponibles. Si es menor de 20 años o mayor de 35 años, marcar el círculo amarillo. (Normativa 011, 2015)
- **Etnia:** Marcar el casillero que corresponda a la etnia que declara pertenecer la embarazada. La HCP incluye la variable Etnia con 5 opciones de respuesta: blanca, indígena, mestiza, negra, otros. La forma de obtener el dato podría ser: ¿Cómo se considera? ¿Blanca? ¿Indígena?, ¿mestiza?, ¿negra?, ¿otros?
- **Alfabeto:** Preguntar: ¿Sabe leer y escribir? Anotar la respuesta (SI o No) según corresponda.
- **Estudios:** Se refiere a estudios cursados en el sistema formal de educación. Preguntar ¿Cuál fue el nivel de estudios más alto al que asistió? ¿Primaria? ¿Secundaria? ¿Universitaria? Registrar únicamente el máximo nivel alcanzado.

- **Años en el mayor nivel:** Preguntar: ¿Cuál fue el año más alto que aprobó en ese nivel? Registrar únicamente el año más alto que haya sido aprobado. Por ejemplo, si la mujer refiere haber completado hasta el 3er año de secundaria, entonces marcar Secundaria y registrar “3” en el espacio que corresponde a años en el mayor nivel.

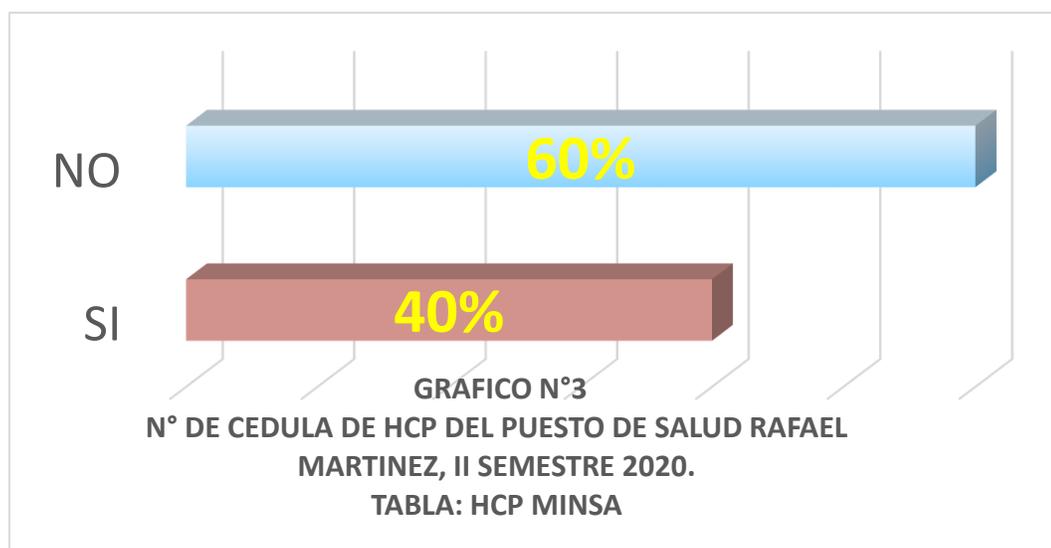
- **Estado Civil:** Registrar el estado civil según corresponda. Se entiende por “unión estable” la convivencia permanente con un compañero, sin formalización legal. En “otro” se incluye separada, divorciada, viuda.

- **Vive Sola:** Indagar si la embarazada vive con familiares u otras personas en caso de no tener cónyuge.

- **Lugar de la atención prenatal:** Colocar nombre o código del Establecimiento de Salud donde se realiza la captación.

- **Lugar del parto/aborto:** Colocar nombre o código del Establecimiento de Salud donde se realiza la atención del parto/ aborto.

- **No. Identidad:** Anotar el número de cédula de identidad, tal y como aparece en la misma, son tres números iniciales que corresponden al lugar de nacimiento. (MINSa, 2013)

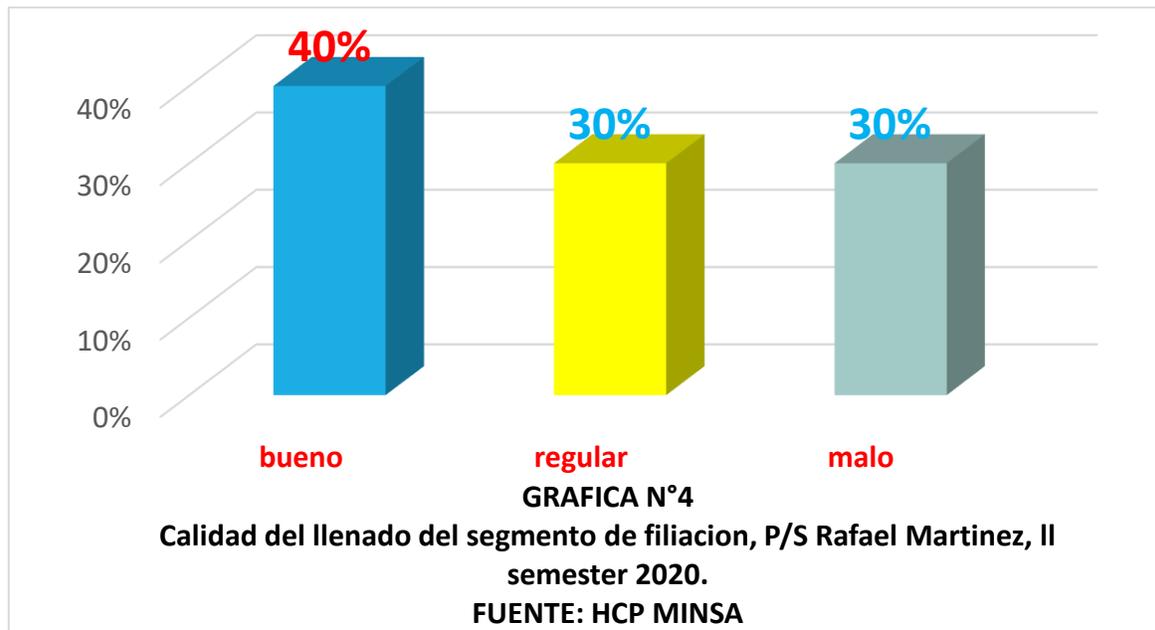


El grafico N°3 dice que de 10 HCP revisadas, 4 (40%) fueron llenadas correctamente, pero 6 (60%) no la llenan correctamente.

Se establece la cedula de identidad ciudadana como el documento público que identifica a los ciudadanos nicaragüenses para el ejercicio del sufragio y para los demás actos que determinen las leyes de la república. (identificación, 1993)

El número de identificación se le pide porque así damos a conocer la procedencia e identidad de la paciente para así tener los censos gerenciales y registros. (Dr:Sandobal, 2020)

Tomando como referencia lo antes mencionado el número de identificación es el documento que identifica a la embarazada y de ese documento sacamos los datos importantes así mientras tanto se puede identificar si esa paciente puede ser un posible ARO dependiendo de la edad de la paciente para tener un mejor control. Por medio de esta también nos damos cuenta que si la paciente nos está brindando la información correcta.



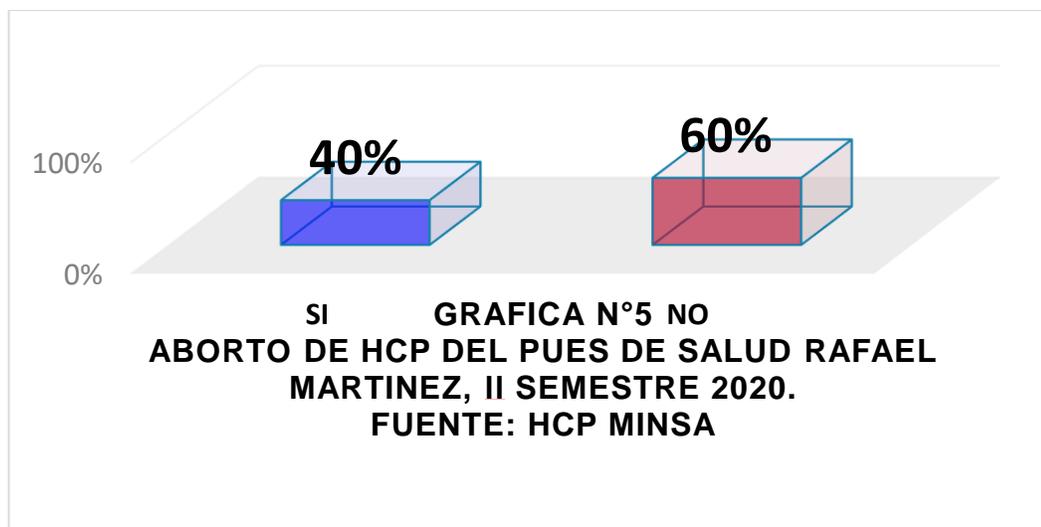
El grafico N° 4 dice que de 10 hcp revidadas 3(30%) son malo y el 3(30%) son regular pero 4(40%) es un llenado bueno.

Con referencia a la calidad del segmento de filiación de la hcp en el P/S-R/M los datos que están fallando en cuanto al llenado es domicilio, teléfono y número de identificación, en conclusión el llenado del segmento de filiación es malo en un 60%

- **Personales** a los propios de la embarazada. Marcar el círculo No o Si. En el caso de “otros”, especificar. En el caso de la Diabetes se marcará el tipo de Diabetes o si es Gestacional (Tipo I, Tipo II, G). El término cirugía genito-urinaria no incluye a las cesáreas, pero si incluye las OTB.

• **Obstétricos**

- **Gestas Previas:** Se refiere al número de gestaciones previas, sin incluir el embarazo actual. Colocar 00 si el embarazo actual es el primero. El número de Gestas debe coincidir con la sumatoria de los Partos (Vaginales + Cesáreas) más Abortos (los embarazos ectópicos son abortos según clasificación de la CIE-10), excepto en el caso de: Antecedentes de embarazo múltiple. Marcar el círculo “Si” o “No” según corresponda.
- **Partos/Vaginales–Cesáreas:** Se refiere al número de partos. Además, se indagará sobre el peso del recién nacido/a en el último embarazo. Marcar si peso menos de 2500 gr. o fue mayor o igual a 4000 gr. fue normal o N/C (no corresponde) si no hubo nacimientos previos. Finalmente, en relación a las gestaciones previas, registrar si hubo antecedente de embarazo múltiple (gemelar) (Si/No) según corresponda. (Normativa 011, 2015)
- **Abortos:** Según la CIE-10, se define el Aborto a la expulsión del producto de la gestación antes de las 22 semanas o con un peso menor a 500 gr. Se registrarán de la misma manera los antecedentes de abortos espontáneos o inducidos.
En relación al número de abortos, si la mujer reporta haber tenido 3 abortos espontáneos consecutivos, entonces marcar con una x el círculo amarillo correspondiente. Si no tiene antecedentes de Aborto, marcar con 00. 22. (Normativa011,2015)



El grafica N°5 dice que de 10 HCP revisadas, 4 (40%) fueron llenadas correctamente, pero 6(6%) no la llenan correctamente.

La OMS define el aborto como la interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno. (medica, 2009)

El aborto (del latín abortus) es la interrupción y finalización prematura del embarazo de forma natural o voluntaria, hecha antes que el feto pueda sobrevivir fuera del útero. (wikipedia, 2020)

Es importante saber si la paciente ha tenido antecedentes de aborto, porque es un riesgo materno y así darle un seguimiento continuo durante sus controles prenatales. (Dr:Sandobal, 2020).

Tomando lo mencionado es importante saber si la paciente ha tenido antecedentes de aborto porque eso nos permite estar más atento a la evolución del embarazo de apaciente y así vigilarla y referirla más continuamente al el especialista.

- **Nacidos/as Vivo/as:** Según la CIE-10 se clasificará un recién nacido/a como vivo si muestra cualquier signo de vida después de la expulsión o la

extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo. Se considerarán signos de vida si el RN respira, late su corazón, su cordón pulsa o tiene movimientos apreciables de los músculos voluntarios.

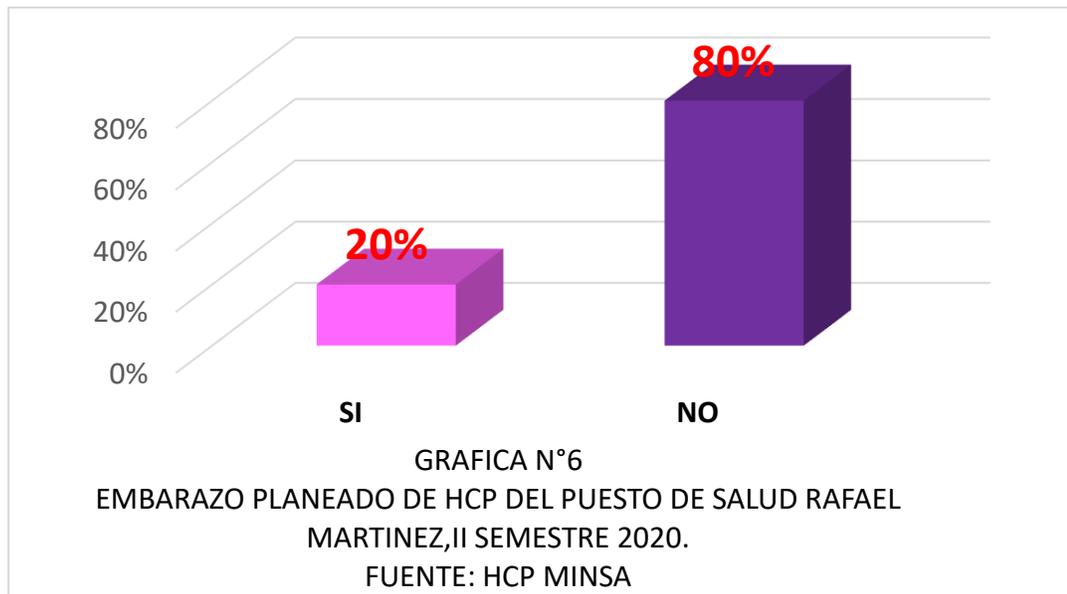
La clasificación de un nacimiento como vivo es independiente de que se haya cortado o no el cordón umbilical o que la placenta permanezca unida o no. Si no tiene antecedentes, marcar con 00. (Normativa 011, 2015)

- **Embarazo Ectópico (Emb. Ectópico):** Se anotará el número correspondiente a los antecedentes de embarazos producidos fuera del útero en el rectángulo correspondiente.
- **Nacidos/as Muertos/as:** Según la CIE-10 se clasificará un RN como muerto si no evidencia signos de vida luego de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre independientemente de la duración del embarazo.
- **Viven:** Se refiere al número de hijos/as que están vivos/as al momento de la consulta.
- **Muertos/as 1ra semana:** Se refiere a los recién nacidos/as que nacieron vivos/as, pero que murieron dentro del período comprendido entre el nacimiento y hasta el séptimo día (6 días, 23 horas, 59 minutos) y se registrará en el rectángulo amarillo correspondiente. Si los antecedentes de estos fuesen negativos, marcar 0.
- **Muertos/as después de la 1ra semana:** Se refiere a los recién nacidos/as que nacieron vivos pero que murieron después de la primera semana de vida (7 días o más) hasta 11 meses 29 días, lo que se registrará

en el rectángulo correspondiente de color amarillo. Si los antecedentes de estos fuesen negativos, marcar 0.

➤ **Fin Embarazo Anterior:** Anotar el mes y el año de finalización del embarazo inmediatamente anterior al actual, ya sea que haya terminado en parto/cesárea o aborto (incluye el ectópico). Marcar 00 si se trata de una Primigesta. Marcar con x el círculo amarillo la finalización del embarazo ocurrió antes de 2 años o mayor a 5 años del inicio del embarazo actual.

➤ **Embarazo Planeado:** Se refiere al embarazo deseado o que sucede en un momento oportuno cuando se cumplan ambas condiciones se marcara —sill, cuando no se cumpla una de las dos condiciones se marcara —noll (en amarillo). (MINSa, 2013)



El gráfico N°6 dice que de 10 hcp revisadas, 2(20%) la llenan correctamente, pero el 8(80%) no la llenan correctamente.

La planificación familiar es una estrategia que ayuda a las familias a lograr un mejor nivel de vida. A través de la planificación, la pareja decide cuantos

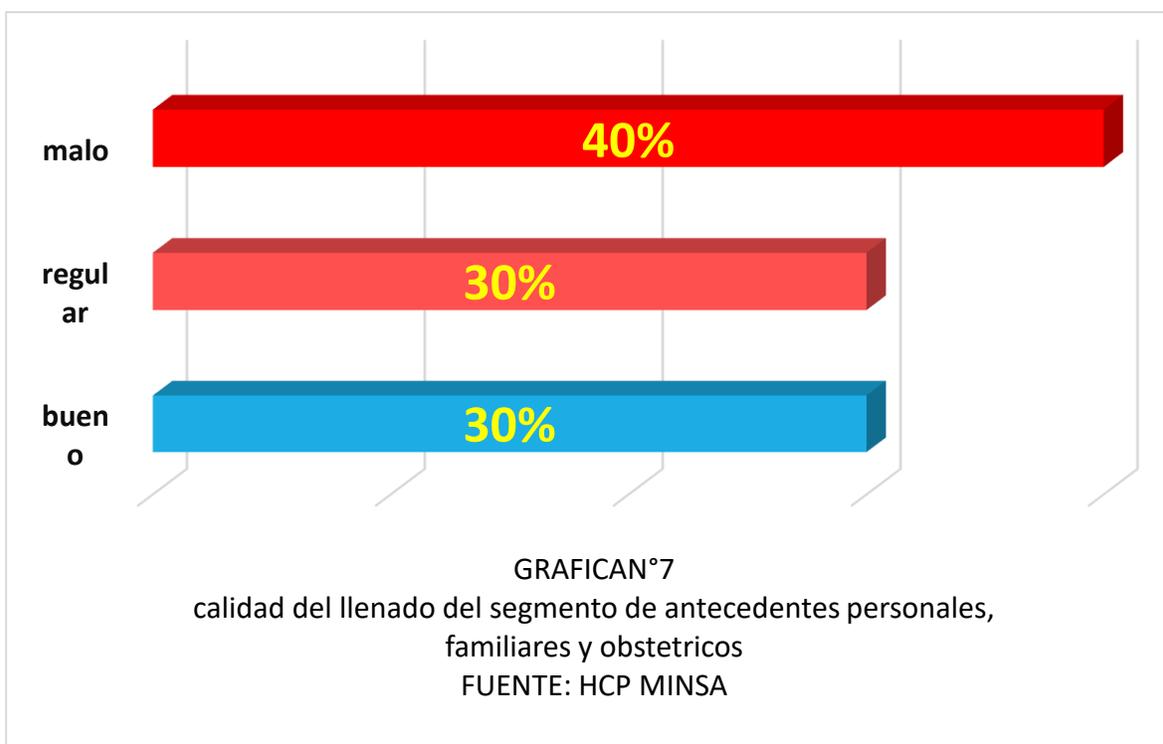
hijos/as tener y cuándo tenerlos (evita los embarazos no deseados); posibilita a las mujeres que tengan sus hijos/as a las edades en que el embarazo ocasiona menores riesgos (entre 20 y 35 años), asegurando de esa manera la salud de la madre y la del bebé.

Esta medida permite además, el espaciamiento adecuado de un parto a otro (de 2 a 3 años), de forma a favorecer la recuperación de la mujer de los desgastes ocasionados por el embarazo, y de ese forma, garantizar el cuidado del recién nacido en los primeros años de vida. (TETÁ REKUÁI GOBIERNO NACIONAL, 2014)

La importancia de saber si un embarazo es planeado, es para medir los indicadores de planificación para tener un registro de tallado de las mujeres activas con su método de planificación. (Dr:Sandobal, 2020)

Tomando lo antes mencionado el embarazo planeado es la mejor manera de saber si la paciente está tomando las medidas necesarias para no presentar ninguna complicación durante su embarazo y llevar un buen control y seguimiento.

➤ **Fracaso Método Anticonceptivo (Fracaso Método Anticoncepción)**: cuando el método utilizado no ha funcionado.



El grafico N° 7 dice que de 10 hcp revidadas 4(40%) son malo y el 3(30%) son regular pero 3(30%) es un llenado bueno.

Con referencia a la calidad del llenado del segmento de antecedentes personales, familiares y obstétricos los datos que no se marcan correctamente es aborto, embarazo planeado. En cuanto al llenado del segmento de antecedentes obstétricos es malo en un 70% de mala calidad del llenado.

En el control del embarazo normal es una de las actividades que tienen lugar en el seno de la atención primaria, no hace falta insistir en la importancia que tiene un buen nivel de calidad en dicha actividad, ya que una adecuada atención a la embaraza permite mejor el nivel de salud materno infantil (ELSEVIER, 1996)

3. Segmento – Gestión Actual

En este segmento se registran todos los datos relacionados con el embarazo actual, que se irán completando en las atenciones o visitas sucesivas. (Normativa 011, 2015)

El formulario 'GESTACION ACTUAL' está dividido en varias secciones:

- Información Personal:** PESO ANTERIOR (Kg), IMC, TALLA (cm).
- Historial y Diagnóstico:** EG CONFIABLE por FUM Eco <20 s., FUMACT, FUMAPAE, DROGAS, ALCOHOL, VIOLENCIA, ANTIRUBECOLA, ANTITETANICA, EX. NORMAL.
- Exámenes y Pruebas:** TOXOPLASMOISIS (IgG, IgM), Hb <20 sem, Fe/FOLATOS indicados, VIH - Diag - Tratamiento, SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento.
- Salud y Tratamiento:** GERVIX (Insp. visual, PAP, COLP), GRUPO Rb, inmuniz., yglobulina anti D, GLUCEMIA EN AYUNAS, ESTREPTOCOCCO B, PREPARACION PARA EL PARTO, CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA.
- Otros datos:** CHACOS, PALLIDISMO/MALARIA, BACTERIURIA, Tm de la panja.

Fuente: (Normativa 011, 2015)

- **Peso Anterior:** Se refiere al peso habitual de la mujer PREVIO del embarazo actual. Cuando se desconoce el peso previo y la embarazada es captada en las primeras 12 semanas, se registrará el peso en esa primera atención prenatal como Peso Anterior.

Tabla No.1 Nuevas Recomendaciones en Ganancia de peso Total, según IMC Pre Embarazos.

3 Intervenciones Basadas en Evidencia para Reducir la Mortalidad Neonatal. Segunda Edición. Ministerio de Salud. Managua. Año 2009 IMC antes de las 12 S/G Ganancia de peso recomendado en embarazadas (kilogramos)

Clasificación	IMC (kg/m2)
Peso Bajo <18.5	12.5 – 18
Peso Normal 18.5 - <25	11.5 – 16
Sobrepeso 25 - <30	7 – 11.5
Obesa (Toda clase) >30	6
Fuente: (Normativa 011, 2015)	

- **Talla (cm):** Este dato requiere ser medido directamente al momento de la primera visita de control. La técnica de medida consiste en que la gestante se ubique de pie, sin calzado, con los talones juntos, bien erguida, con los hombros hacia atrás, la vista al frente y su espalda en contacto con el Tallímetro.

El dato obtenido se registrará en centímetros. Se medirá en la primera visita de control. (Normativa 011, 2015)

- **Fecha de Última Menstruación (FUM):** 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. Anotar en la HCP el dato proporcionado en formato día-mes-año

Preguntar: ¿Cuál fue el primer día de su última menstruación?

Si se desconoce el dato anotar 00. Cuando la fecha de última menstruación no está disponible, una posibilidad es estimar a partir de un USG antes de las 20 S/G u otro método que sea confiable.

- **Fecha Probable de Parto (FPP):** Se anotara el día, mes y año en que se cumplirán las 40 semanas de gestación. Para su cálculo, se recomienda usar el Gestograma diseñado por el CLAP o cualquier otro calendario obstétrico. En caso de no contar con un Gestograma, se recomienda utilizar la regla de los 280 días, partiendo de la fecha del primer día de la menstruación se contarán 280 días consecutivos sobre un calendario, el día 280 coincidirá con la FPP. Existen fórmulas matemáticas que facilitan el cálculo de la FPP (Regla de Naegele, Pinard, Wahl, etc.),

En el caso de mujeres que ingresan para ser asistidas por un aborto y no han tenido control prenatal no será necesario incluir la FPP. Si se desconoce el dato anotar 00. (Normativa 011, 2015)

- **Confiabilidad de la Edad Gestacional (EG confiable por FUM o Eco < 20 s):**

Aquí se solicita al personal de salud una evaluación subjetiva acerca de la confiabilidad del cálculo de la edad gestacional, ya sea por FUM o por ECO (USG) (SI/NO). Registrar si la edad gestacional es considerado dato confiable a partir del dato de FUM y/o la Ecografía (SI/NO), según corresponda. En caso de no efectuarse ecografía dejar en blanco.

- **Estilos de vida:** Se anotarán los estilos que la paciente refiera, esto se realizara por cada trimestre de gestación. Deberán anotarse en el expediente clínico otros aspectos de estilos de vida saludables como: Nutrición adecuada, exposición a sustancias químicas (p/e plaguicidas) o el uso del condón para evitar la transmisión vertical.

El estado de fumadora activa, fumadora pasiva, el consumo de drogas, alcohol y las situaciones de violencia pueden cambiar a lo largo del embarazo, por esa razón la HCP sugiere indagar estos datos al menos una vez cada trimestre preguntando: Desde su última visita ¿Ha tomado alguna bebida alcohólica?.

- **Fumadora activa (Fuma Act.):** Se refiere a si la mujer está fumando durante la actual gestación. La situación de fumadora puede cambiar a lo largo del embarazo. Por lo que se sugiere indagar sobre este dato en cada trimestre y anotar la respuesta según corresponda (NO/SI). En caso de aborto no se interrogará en el 2° y 3er trimestre. En el caso de que la respuesta sea Si, anotar el promedio de cigarrillos consumido por día en el expediente clínico. Drogas: Marcar si con x cuando utiliza alguna sustancia no indicada por el personal de salud, que sea capaz de producir dependencia. Hacer esta pregunta en cada trimestre del embarazo.

- **Fumadora pasiva (Fuma Pas):** Se refiere a la exposición actual al humo del tabaco debido a que otra persona fuma en el domicilio o en el lugar de trabajo y se anotará la respuesta según corresponda (NO/SI). También se sugiere indagar sobre

este dato en cada trimestre y anotar la respuesta según corresponda (NO/SI). En caso de aborto no se interrogará en el 2° y 3er trimestre.

- **Drogas:** Se refiere al uso actual de drogas que causan dependencia como: marihuana, cocaína, anfetamínicos, alucinógenos, heroína, entre otras. Se anotará la respuesta según corresponda (NO/SI). En caso de aborto no se interrogará en el 2° y 3er trimestre.

- **Alcohol:** en su contenido, por ejemplo: vino, cerveza, tequila, pisco, whisky, etc. Preguntar: ¿Ha tomado alguna bebida alcohólica en este embarazo? Anotar en la HCP si la mujer ha ingerido alcohol en este embarazo (NO/SI). En caso de aborto no se interrogará en el 2° y 3er trimestre.

- **Violencia:** Este término involucra la violencia física, mental, psicológica y sexual que ocurre durante la actual gestación. El agresor puede ser la pareja actual, parejas previas, padres, u otras personas. Obtener esta información puede ser difícil y no existe aún una forma estándar de preguntar acerca de este tema. Se recomienda revisar la normativa actual⁴ para elegir la forma de preguntar y las acciones a seguir si un caso es detectado. Si no cuenta con una forma reglada de interrogar sobre violencia emocional, física, sexual y psicológica, se recomienda usar el siguiente modelo de interrogatorio en la primera visita prenatal:

4 Normativa 0-31: Normas y Protocolos para la Prevención, Detección y Atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual.

“Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su actual relación de pareja. Sé que algunas de estas preguntas son muy personales y permítame asegurarle que sus respuestas serán completamente confidenciales”.

1. En el último año ¿Alguna vez ha sido Ud. humillada, avergonzada, prohibida de ver a amigos, o hacer cosas que a Ud. le interesan? Si la respuesta es positiva, continuar:

(1ª) Desde que está embarazada ¿Alguna vez ha sido Ud. humillada, avergonzada, impedida de ver amigos, o hacer cosas que a Ud. le interesan?

2. En el último año ¿Ha sido Ud. golpeada, o lastimada físicamente por alguien?

Si la respuesta es positiva, continuar:

(2ª) Desde que está embarazada ¿Ha sido Ud. golpeada, o lastimada físicamente por alguien?

3. En el último año, ¿Ha sido Ud. forzada a tener actividades sexuales?

Si la respuesta es positiva, continuar:

(3ª) Desde que está embarazada ¿Ha sido Ud. forzada a tener actividades sexuales?

4. En el último año, ¿Se ha sentido preocupada por la seguridad de sus hijos?

Si la respuesta es positiva, continuar:

(4ª) Desde que está embarazada ¿Se ha sentido preocupada por la seguridad de sus hijos?

5. En el último año ¿Ha tenido Ud. miedo de su pareja o de alguna otra persona?

Si la respuesta es positiva, continuar:

(5ª) Desde que está embarazada ¿Ha tenido Ud. miedo de su pareja o de alguna otra persona?"

En visitas posteriores no es necesario indagar por lo ocurrido en el último año y debe sustituirse la frase inicial "Desde que está embarazada." por la frase "Desde su última visita....."

Una respuesta positiva a cualquiera de las preguntas que indagan sobre violencia en el último año debe registrarse en la sección Antecedentes Personales. Si hay respuesta afirmativa a las preguntas relacionadas con el embarazo actual, marcar "SI" en el casillero que corresponda. (Normativa 011, 2015)

• **Antirubéola:** Se anotará según la realización de Jornadas Nacionales de Vacunación. Preguntar: ¿Ha recibido alguna vez la vacuna contra la rubéola? Si la respuesta es afirmativa, indagar ¿Cuándo?

Marcar el círculo correspondiente, —previall cuando la paciente haya recibido la vacunación en cualquier momento antes del presente embarazo. Marcar el círculo —embarazoll si la vacuna fue inadvertidamente colocada durante esta gestación; —no sabell cuando no recuerda si recibió la vacuna; —noll si nunca fue inmunizada.

Si la mujer no ha sido vacunada, la inmunización debe diferirse hasta el puerperio inmediato (antes del alta), o en el postaborto inmediato. Recordar que toda mujer que se embaraza previamente debe contar con su vacuna y no se recomienda aplicarla durante el embarazo. (Normativa 011, 2015)

- **Antitetánica:** Con la finalidad de identificar a las mujeres que requieren inmunización antitetánica la HCP recuerda al personal de salud indagar el estado de vacunación al momento de la primera visita de control prenatal o durante la atención de emergencia en una mujer que acude para la atención de un parto o de un aborto sin control prenatal.

Es importante solicitar a las gestantes la tarjeta de vacunación, o algún otro registro o documento en donde se pueda verificar el número y el intervalo entre dosis.

Si la mujer presenta documentación revisar el número y el intervalo entre dosis, así como el tiempo desde la última vacunación y decidir si debe recibir una dosis adicional. (Normativa 011, 2015)

Las mujeres que no poseen documentación de haber recibido inmunización contra el tétanos deben ser vacunadas con una primera dosis en la primera consulta prenatal o durante la atención en una situación de aborto. La segunda dosis debe ser administrada no antes de cuatro semanas de la primera dosis y por lo menos 3 semanas antes de la fecha probable de parto. La administración de las siguientes dosis debe seguir lo indicado en el Programa Nacional de Inmunización (PNI).

Las dosis aplicadas anteriormente al embarazo, se tomarán en cuenta las recibidas con las vacunas dT (1 dosis), DPT (2 dosis) o Pentavalente (3 dosis). Si ya tiene su esquema (respaldado) de 6 dosis previas a su embarazo no se deberá aplicar vacuna, ya que se considera inmunizada.

- **Registro No Vigente (Anotar —No lápiz de grafito y el mes de gestación en que se aplica la vacuna), en los siguientes casos:**
(Normativa 011, 2015)

Cuando no ha recibido ninguna dosis: se deberá aplicar dos dosis durante el embarazo actual. De la siguiente manera:

- 1ra dosis en la primera atención prenatal.
- 2da dosis 4 semanas después de la primera o por lo menos 3 semanas antes de la fecha de parto.

Cuando exista información poco confiable acerca del número y fechas de administración de dosis previas. Se deberá aplicar dos dosis durante el embarazo actual.

Cuando recibió 2 dosis y el embarazo actual se inicia después de los 3 años de protección. Cuando recibió 3 dosis y el embarazo actual se inicia después de 5 años de protección. Aplicar únicamente una dosis.

- **Registrar Vigente (Anotar “SI” con tinta azul o negra) en los siguientes casos:** (normativa 011, 2015)

Recibió 2 dosis y el embarazo actual está dentro de los 3 años de protección.

Recibió 3 dosis y el embarazo actual está dentro de los 5 años de protección.

Recibió 5 dosis

“Vacunar a una mujer no protegida con toxoide tetánico, además, de protegerla a ella constituye una medida preventiva preconcepcional para un futuro embarazo.”

Tabla No. 2

Esquema de Vacunación de la DT según el Programa Nacional de Inmunización

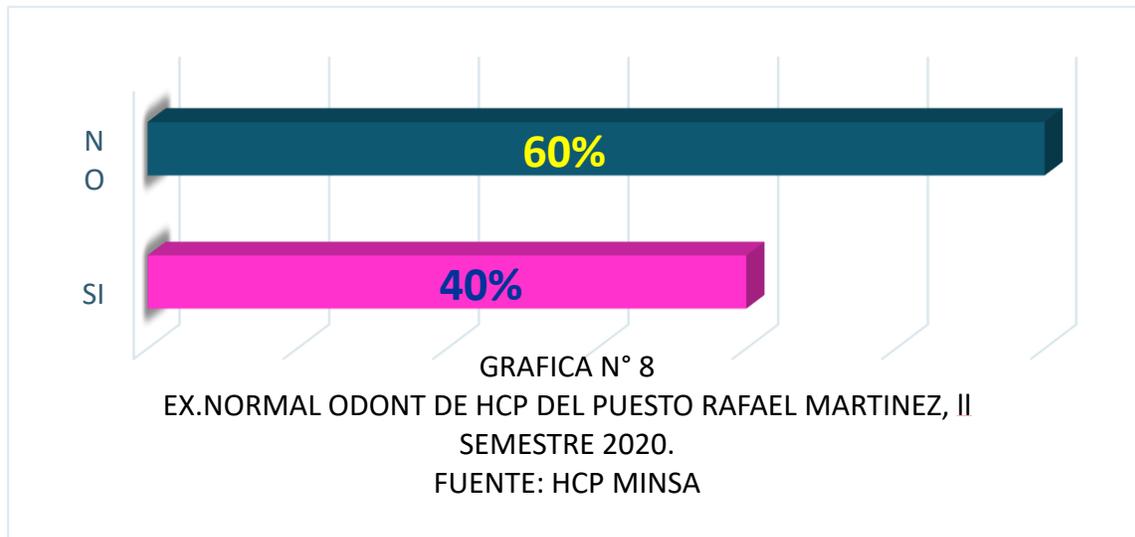
El esquema actualizado es el siguiente:

- 1ra dosis al contacto (captación).
- 2da dosis un mes después de la primera dosis (4 semanas).
- 3ra dosis 6 meses después de la segunda dosis.
- 4ta dosis un año después de la tercera.
- 5ta dosis un año después de la cuarta.

Fuente: (Normativa 011, 2015)

- **Examen Normal (Ex. Normal):** El control prenatal ofrece la oportunidad de evaluar el estado de salud en general. Por esta razón la HCP incluye variables como el examen odontológico y de mamas que refuerzan este concepto. Aun en aquellas mujeres que consulten para ser asistidas por un aborto se deberán incluir estos exámenes como forma de dar una atención integral a la mujer en cada contacto de ésta con el equipo de salud.
- **Examen Odontológico (Odont.):** La atención odontológica en el embarazo es una oportunidad para promover la salud oral de la mujer y su familia. La infección periodontal incluye diagnósticos como gingivitis (inflamación de los tejidos blandos alrededor del diente) y periodontitis (destrucción de las estructuras de soporte del diente – hueso, ligamentos, cemento, etc.). La transmisión del estreptococo mutans de la madre hacia el niño tiene efecto en la incidencia de caries dental en niños pequeños.

Examinar la cavidad oral y registrar si se observan caries o alteraciones en los tejidos blandos alrededor de los dientes. Marcar según corresponda. Si el examen fuera anormal registrar “no” y referir al odontólogo. En caso de ser normal registrar “sí”.



El grafico N° 8 dice que de 10 HCP 4(40%) la llenan correctamente, pero el 6(60%) no la llenan correctamente.

Dar a conocer la correcta atención odontológica,

Para establecer una buena relación médico-paciente que le brinde seguridad. Cuando una paciente embarazada requiere tratamiento dental se debe conocer el manejo adecuado de acuerdo a los trimestres del embarazo. La atención de estos factores permitirá al dentista proveer el tratamiento requerido con un mínimo de riesgo hacia el binomio madre-feto. (Maria Ofelia Fernandez Garcia & Melissa G Chaves Medrano, 2010)

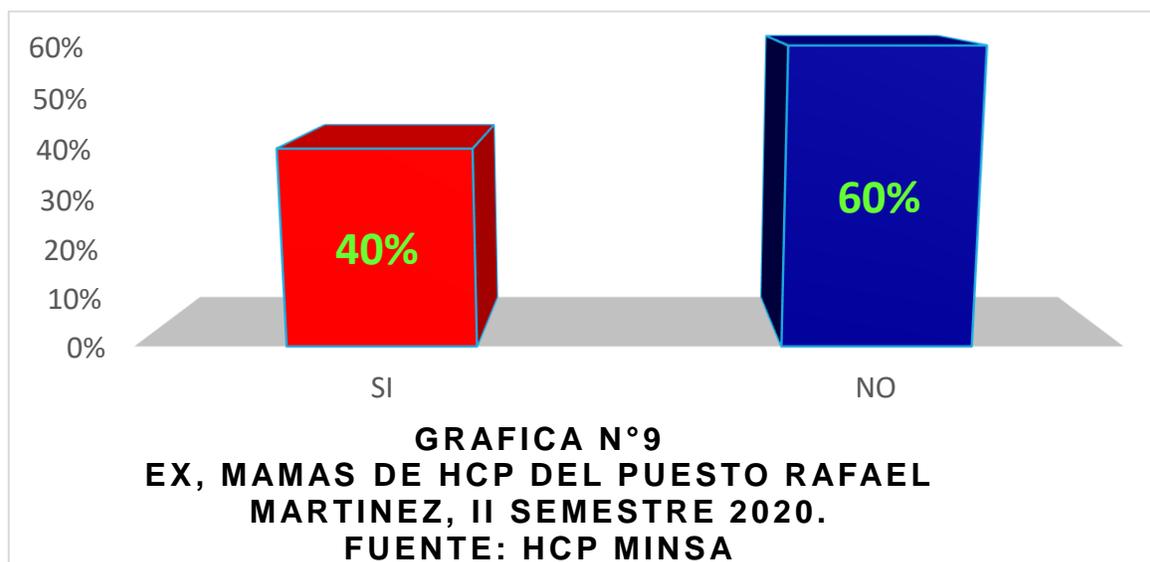
La importancia de mandarle hacer los exámenes odontológicos a las mujeres embarazadas, es porque la primera causa de riesgo en una embarazadas son las caries dentales que nos pueden provocar un APP durante el embarazo. (Dr:Sandobal, 2020)

Tomando lo antes mencionado la importancia de realizar el examen odontológico es para evitar riesgo en el embarazado como posibles partos pretermo, bajo peso

al nacer, y preeclampsia ya que si padece de gingivitis o periodontitis aumentan el riesgo de complicaciones durante el embarazo.

- **Examen de Mamas (Mamas):** Con este examen se busca identificar problemas que puedan afectar la posterior alimentación con leche materna (como pezones invertidos o planos y eventuales patologías tumorales evidentes). Otros sugieren que el momento del examen puede brindar la oportunidad para discutir el tema de lactancia materna.

El momento más adecuado para realizar el examen de mama no está determinado. La OMS recomienda el examen en la tercera visita prenatal, una vez que se ha establecido confianza entre la gestante y el servicio. La HCP incluye el dato Examen Normal, marcar “no” cuando el examen de mamas sea anormal, y “si” en caso contrario. Si se encuentran hallazgos en los siguientes controles, deberá anotarse en el expediente clínico. (Normativa 011, 2015)



El gráfico n° 9 dice que de 10 HCP revisadas 4(40%) la llenan correctamente, pero el 6(60%) no lo llenan correctamente.

Durante el embarazo se debe hacer el examen mamario en la Captación, Evaluación, Reevaluación y al término del embarazo.

En general se evalúa tamaño, simetría, turgencia, cambios de coloración, presencia de los tubérculos de Montgomery y presencia de tumoraciones. Existencia de

calostro así como tamaño y forma de los pezones. Si son planos se realizará charlas educativas y orientaciones de los ejercicios de pezón (después de 37 semanas, para evitar la Amenaza de Parto Pretermito).

Mediante la inspección podemos determinar: número, simetría, posición, tamaño, aspecto, color, superficie de la mama y retracción de la piel.

En los pezones podemos determinar: pérdidas (transparente, amarilla, verdosa, purulenta, sanguinolenta, lechosa); características (simetría, pezones invertidos o aplanados) si son invertidos o aplanados, esto puede interferir en la lactancia materna exclusiva. (Dr. Luis Galván Soca, 2010)

Tomando lo antes mencionado el examen de mama se realiza para descartar un posible cáncer de mama, y para asegurar una buena lactancia materna exclusiva al futuro bebe, y mantener una buena salud de la paciente.

Cérvix: Se recomienda la realización del examen vaginal con espéculo como parte de la evaluación de la atención prenatal con la finalidad de detectar anomalías o infecciones cervicales. La selección del momento más adecuado para este examen es una decisión que hará el personal de salud tomando en cuenta la situación individual de cada mujer. El examen con espéculo también integrará el examen de las mujeres en caso de aborto.

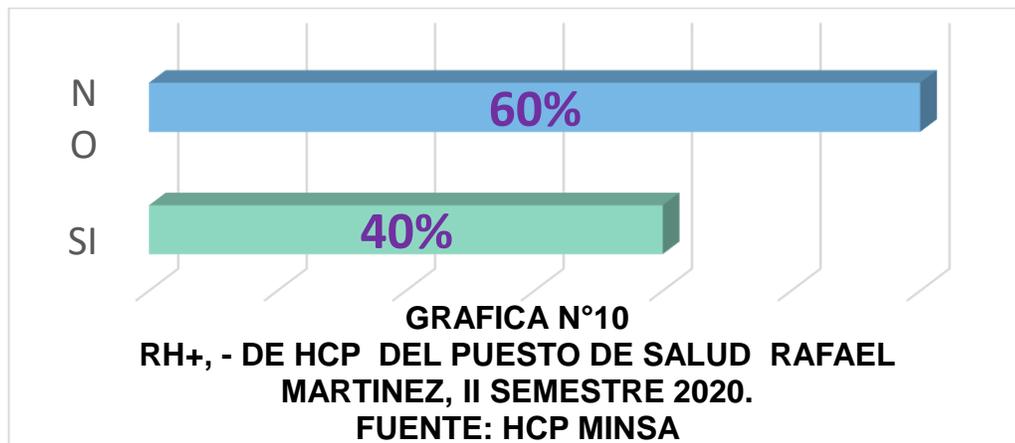
- **Inspección visual (Insp. visual):** Si una anomalía cervical es observada durante el examen con espéculo, se anotará —anormal en inspección visual, si el cuello está sano se registrará —normal y en caso de no haberse efectuado el examen, se registrará “no” se hizo.
- **Papanicolaou (PAP):** Si se encuentra alguna anomalía cervical o se duda que la mujer pueda regresar después del parto, considerar tomar un PAP durante la atención prenatal. Se puede tomar como dato actual, el PAP realizado en el último año. La interpretación de los resultados puede

ser difícil cuando el PAP es tomado durante la gestación. Registrar el resultado del PAP según corresponda: —Normal/Anormal y si el PAP no se realizó, registrar —no se hizo.

- **Colposcopia (COLP):** Registrar como —Normal si la Colposcopia es negativa para lesiones malignas o precursoras de cáncer cervical. De lo contrario marcar —Anormal o —no se hizo, según corresponda.

- **Grupo:** Registrar en la casilla el grupo sanguíneo que corresponda (A, B, AB, O).

- **Rh:** Marcar (+) si la mujer es Rh positivo y (-) si es Rh negativo. Se entiende que la mujer esta inmunizada cuando tiene anticuerpos anti D. Si la mujer esta inmunizada (tendrá positivo el test de Coombs indirecto y en ese caso se marcara —Si, en caso contrario se macara —No” (MINSA, 2013).



El grafico N°10 dice que de 10hcp revisadas, 4(40%) la llenan correctamente pero el 6 (60%) no la llena correctamente.

Este análisis básico determina qué tipo de sangre tiene y cuál es su factor Rh
El factor Rh es una proteína presente en las células y, de acuerdo con su tipo de sangre, cada persona tiene proteínas específicas de ese tipo de sangre en la

superficie de los glóbulos rojos Si el organismo de la madre comienza este “ataque” se puede llegar a la dilatación y ruptura de los glóbulos rojos del bebé. Cuando ocurre esta afección, que se conoce con el nombre de enfermedad hemolítica o enfermedad Rh del recién nacido La gravedad de esta condición puede variar ampliamente. En algunos casos, el bebé no presenta síntomas de la enfermedad; en otros casos puede conducir a la muerte del bebé antes o poco después de nacer. Este trastorno se puede tratar en el útero (antes del nacimiento del bebé) por medio de una transfusión intrauterina. Cuando el bebé nace, los signos que se pueden presentar como señales de incompatibilidad de Rh son: agrandamiento del hígado o del bazo, hinchazón generalizada, ictericia y anemia. Después del nacimiento, dependiendo de la gravedad de la condición, generalmente es necesario realizar una transfusión de sangre. (farmaciaplazaguipuzcoa, 2015)

Tomando lo antes mencionado el examen de Rh es importante realizárselo a la embarazada porque por medio de él nos damos cuenta si la madre y el bebé tiene el mismo tipo de sangre

, mediante esto evitar posibles complicaciones ya que se toman las medidas necesarias para prevenir riesgos.

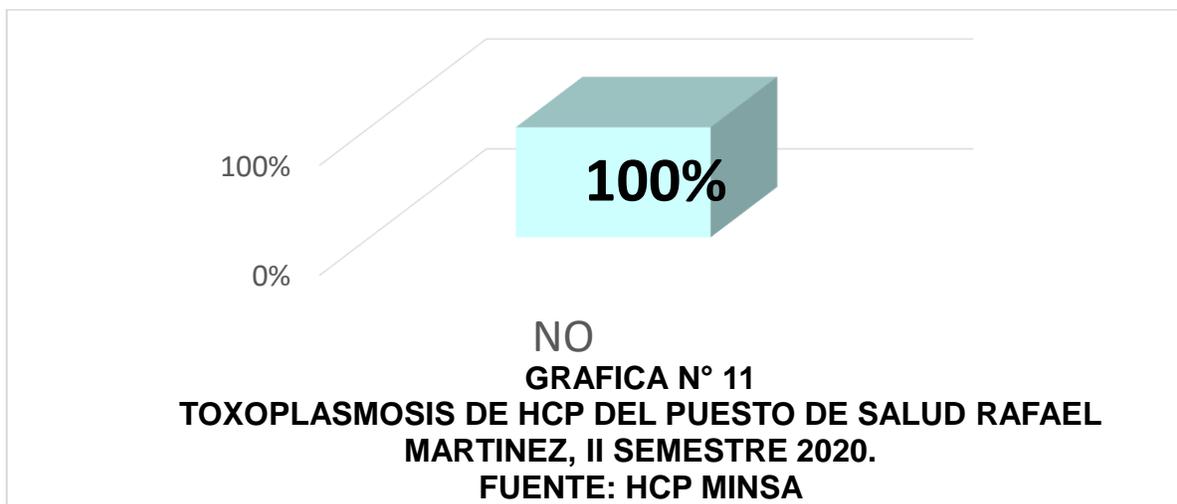
.

- **Gammaglobulina Anti D (Globulina anti D):** Esta variable está destinada para la aplicación de gammaglobulina anti D durante el embarazo (Todas las gestantes Rh negativas no inmunizadas se aplicara a las 28 semanas de gestación y la siguiente dosis, a las 72 horas postparto). Se marcará —Si, si siendo Rh negativo no inmunizada recibió gammaglobulina anti D en el embarazo y si no la recibió se marcará —No. En caso de mujer Rh positivo o Rh negativo inmunizada se deberá registrar —n/c (no corresponde). En caso de abortos ninguna de estas dos situaciones aplica.
- **Toxoplasmosis:** La Infección por Toxoplasma Gondii durante el embarazo es relativamente frecuente y puede afectar gravemente el feto. Esta infección deja una inmunidad permanente y no se repite en embarazos siguientes. La medición de la

IgG permite detectar pacientes susceptibles al *Toxoplasma Gondii*, es decir que tengan títulos positivos de IgG y por lo tanto hayan sufrido una infección antes del embarazo. Debe realizarse el estudio de la IgG específico desde la primera atención prenatal. Y la IgM implica una infección aguda actual por *Toxoplasma Gondii* y en la que se debe tratar inmediatamente.

Según los resultados que se obtengan del ToxoTest (IgG o IgM), se deberá marcar una x el círculo que corresponda. Especificando si el ToxoTest fue realizado antes de las 20 semanas o después de las 20 semanas de gestación. En caso de aborto y aunque en su servicio se realice serología para toxoplasmosis, no se deberá registrar la variable > 20 semanas.

“Siempre es aconsejable impartir mensajes educativo-preventivos para disminuir el riesgo de toxoplasmosis congénita”. (MINSA, 2013)



El grafico N° 11 dice que de 10 HCP revisadas, 10(100%), no la llenan correctamente.

La prueba de toxoplasmosis se hace para verificar si: una mujer embarazada tiene anticuerpos de una infección, en este periodo si la embarazada contrae la toxoplasmosis, puede sufrir un aborto o una muerte fetal. En el segundo trimestre de embarazo, el feto podría sufrir daños graves, como encefalitis, hidrocefalia, calcificación cerebral, infección ocular, sordera, malformaciones cardiacas. (healthwise, 2019)

IgG e IgM negativas. La mujer no ha contraído la enfermedad previamente, ni tampoco en la actualidad. En este caso, debe adoptar las pautas de conducta y alimentarias (véase más adelante) que la protejan del virus durante el embarazo.

IgG positiva e IgM negativa. Significa que la enfermedad se ha contraído y que ahora la mujer es inmune. En este caso, el anticuerpo IgG nunca desaparece del cuerpo de la mujer y la protege de la infección. El embarazo puede ser vivido con mayor tranquilidad, e incluso puede permitirse los alimentos normalmente 'prohibidos' a las madres que están en riesgo.

IgG negativa e IgM positiva. Indica que la enfermedad está en curso. En este caso, debemos saber cuándo se produjo la infección, ya que, cuanto más reciente es la infección, mayor es el riesgo de complicaciones para el feto. Si la enfermedad se remonta a 6-8 meses antes, no existe riesgo.

Tomando lo antes mencionado la paciente que tiene el virus de la toxoplasmosis puede tener un parto prematuro, malformaciones, ceguera problemas de oído en el bebe para poder prevenir la enfermedad hay que mandarle los exámenes cuando están indicados.

- **Fe/Folatos indicados (Fe):** Los requerimientos de hierro y ácido fólico aumentan durante el embarazo y que es difícil que una mujer embarazada pueda satisfacer esta mayor demanda sólo con la dieta. El déficit de folatos es la segunda causa de anemia nutricional durante el embarazo y también es responsable de defectos en el cierre del tubo neural.

- **Prueba de Hemoglobina (Hb):** La anemia es un problema de salud pública por su alta prevalencia y por las consecuencias que tiene sobre la salud humana, especialmente en el embarazo donde se asocia con aumento

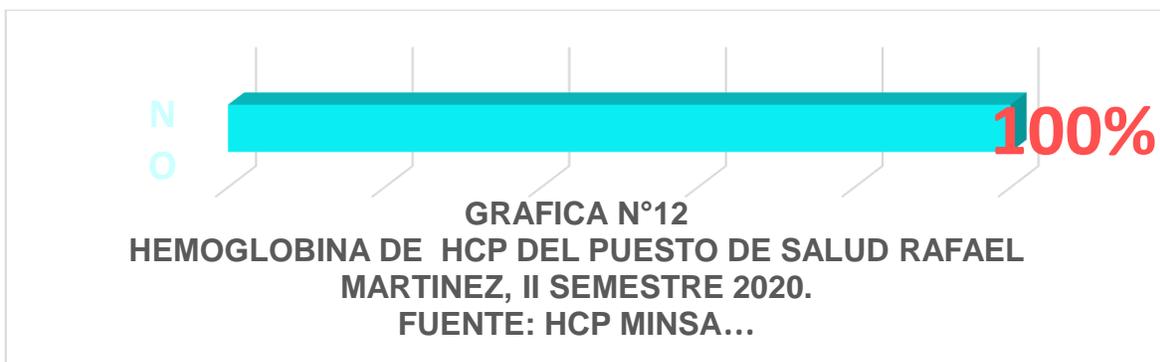
del riesgo de mortalidad materna y perinatal (en especial en casos de anemia severa); prematuridad y bajo peso al nacer.

En Nicaragua se considera que una gestante tiene anemia cuando el valor de la hemoglobina es inferior o igual a 11 gr/dl, o el Hematocrito es inferior al 33% y el Recuento eritrocitario está por debajo de 3,000.000 mm³, en cualquier trimestre del embarazo. (Normativa 011, 2015)

La HCP ofrece dos instancias para registrar los resultados de la prueba de hemoglobina, uno en la primera visita antenatal o por un aborto. Y otro en un control prenatal luego de las 20 semanas. Los valores obtenidos se registrarán en los rectángulos correspondientes y en caso que los niveles sean inferiores a 11 gramos, marcar el círculo amarillo. (Normativa 011, 2015)

Marcar el círculo amarillo —no si no se indicó suplemento de hierro y ácido fólico y marcar el círculo blanco —si cuando se lo haya indicado.

En los casos de aborto en mujeres que desean embarazarse en corto plazo, la recomendación del uso de hierro y folatos puede ser considerada como la primera consulta preconcepcional de un futuro embarazo. (MINSALUD, 2013)



El gráfico N°12 dice que de 10 HCP revisadas, el 10(100%) no son llenadas correctamente.

La prueba de hemoglobina es un análisis de sangre que ayuda a evaluar la concentración de glóbulos rojos en sangre. Los glóbulos distribuyen oxígeno por las distintas partes del cuerpo. (Medlineplus, 2020)

Si la paciente llega a padecer de anemia en el embarazo aumenta el riesgo de enfermedades en casos graves la muerte del bebé porque el feto depende de la sangre de la madre y si la madre tiene anemia puede ocasionar un crecimiento fetal deficiente, un nacimiento prematuro y un bebé bajo peso al nacer. Además la madre con el esfuerzo que hace durante el parto provoca que la mujer se sienta más cansada, de caída.

Tomando lo antes mencionado la prueba de hemoglobina es importante que la embarazada se realice la prueba para evitar una anemia en el embarazo y muerte del bebé o complicaciones como pp, bebés bajo peso.

- **Infección por Virus de Inmune Deficiencia Adquirida (VIH-Diag-tratamiento):** Se anotará en solicitado la consejería brindada por el personal de salud, a fin de que la usuaria tome una decisión informada para aceptar le sea tomada la prueba de VIH, antes de las 20 semanas, siendo la evidencia la hoja de consentimiento informado. También está indicada después de las 20 semanas.

Registrar Test VIH: Solicitado: “no” o “si,” Resultado: positivo “+” y negativo “-” y no corresponde “n/c” según corresponda. Se marcará el círculo de n/c en los siguientes casos: (Normativa 011, 2015)

- Cuando se trate de una gestante ya diagnosticada.
- Cuando la prueba no haya sido solicitada.
- Cuando se tratase de una gestante que se niega a realizarse la prueba habiendo sido esta solicitada.
- Cuando la paciente sea captada mayor de 20 semanas de gestación.

Se anotará en el círculo amarillo “s/d” (sin datos), si la prueba fue solicitada y aún no se conoce el resultado.

- **TARV:** Se debe registrar si la paciente con resultado —+II está recibiendo tratamiento en el embarazo según corresponda (si, no, n/c).

En caso de una mujer que controlaba el embarazo y sufre un aborto sólo anotar si el test fue solicitado/realizado antes de las 20 semanas. Si la mujer ingresa para atención de un aborto y sin control previo se llenará la variable VIH en el formulario complementario de aborto. (Normativa 011, 2015)

El expediente es un documento médico-legal y en el cual se deberá anotar los resultados de la paciente. Los resultados de la prueba de anticuerpos al VIH, deben comunicarse de manera confidencial y personal mediante consejería. En ningún caso podrá ser utilizado el documento de los resultados como elemento probatorio, publicitario o de índole diferente al ámbito de su salud individual. (Normativa 011, 2015)

- **Sífilis – Diagnóstico y Tratamiento:** La sífilis congénita sigue siendo un problema relevante de salud pública. La estrategia para la eliminación de la sífilis congénita incluye el tamizaje en la primera consulta prenatal, la promoción de una atención prenatal temprano y la disminución del riesgo de reinfección mediante tratamiento a las parejas sexuales y consejería sobre el uso del condón.

Las pruebas de detección utilizadas pueden ser No Treponémicas (VDRL o RPR) o Treponémicas (FTAABS). Se sugiere que las pruebas de detección se realicen en dos oportunidades, una al momento de la captación en la primera atención prenatal (antes de las 20 semanas de gestación) y otra en el tercer trimestre. En caso de prueba No Treponémicas se marcará (-) cuando la prueba fue no reactiva, (+) si fue reactiva y (s/d) sin dato. En las pruebas Treponémicas se agrega la opción (n/n) cuando no corresponda (ej.: recuerdo inmunológico de infección previa)

Registrar si recibió tratamiento o no en caso de tener resultado —+ll y si la pareja también recibió dicho tratamiento. En ambos casos se deberá especificar si los resultados o el tratamiento fueron antes de las 20 o después de las 20 semanas de gestación.

A las mujeres con pruebas reactivas se les deberá tratar, brindar consejería e información sobre la enfermedad, sus riesgos y la necesidad de tratar a sus parejas sexuales y eventualmente al niño después del nacimiento. A las mujeres con prueba negativa proveerles información acerca de cómo prevenir las infecciones de transmisión sexual.

- **Chagas:** La enfermedad de Chagas (infección por tripanosoma cruzi). Marcar el resultado de la prueba de Chagas (PCR), en el círculo asignado; Negativo (-) o Positivo (+), así como si no se realizó dicha prueba. Según la normativa vigente del país, se les indicará a las mujeres embarazadas

Sintomáticas o que vivan en áreas endémicas de la región de acuerdo a comportamiento epidemiológico.

- **Paludismo/Malaria:** Marcar el resultado de la prueba de Paludismo/Malaria (Gota Gruesa), en el círculo asignado; Negativo (-) o Positivo (+), así como si no se realizó dicha prueba. Según la normativa vigente del país, se le indicara a las mujeres embarazadas sintomáticas o que vivan en áreas endémicas de la región de acuerdo a comportamiento epidemiológico.

- **Bacteriuria:** Bacteriuria asintomática es la colonización bacteriana del tracto urinario en ausencia de síntomas. En lugares donde no se dispone de Urocultivo la tirilla reactiva en orina podrá ser una alternativa durante la atención prenatal.

Marcar con x el resultado de la prueba en el círculo asignado, se realizarán en dos momentos (antes de las 20 semanas y después de las 20 semanas). Se deberá realizar una prueba por cada atención prenatal. En caso de aborto no se Anotará el dato de > 20 semanas.

Marcar “Anormal” cuando:

- Con Cintas de Esterasa Leucocitaria y Nitritos: cuando se encuentren Leucocitos Positivo más Nitritos Positivos.
- Con Cintas Reactiva de Uroanálisis: cuando se encuentren Leucocitos Trazas o más y Nitritos Positivos.
- Examen de Urocultivo positivo.

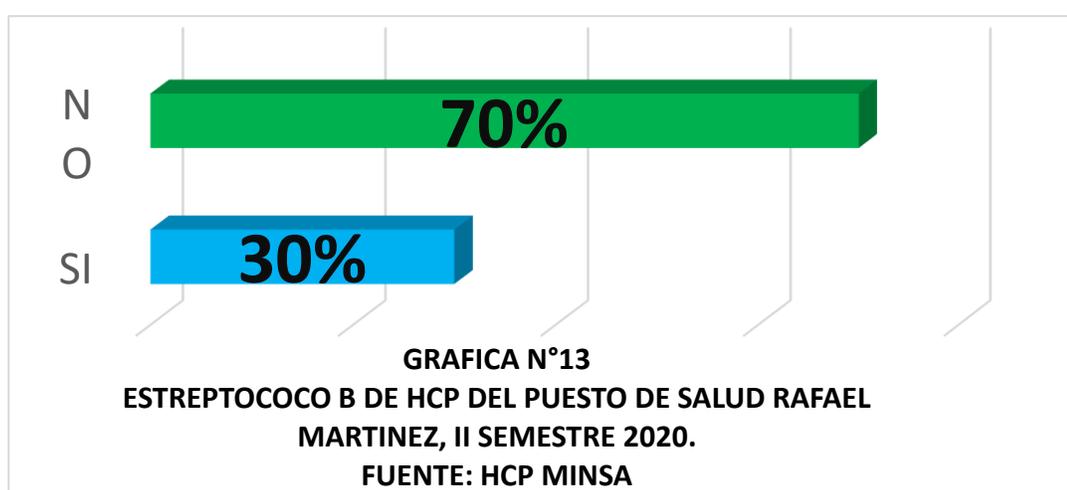
Resultado de Urocultivo: Se marcará Bacteriuria: Normal, cuando el Urocultivo es negativo (menos de 100,000 Unidades Formadoras de Colonia (UFC)/ml o la cinta es negativa. Es Anormal cuando sea mayor de 100,000 UFC/ml o la cinta es positiva. En el caso de aborto no se Anotará el dato mayor de 20 semanas.

En caso de no realizar Urocultivo o la cinta reactiva a lo largo de la atención prenatal, se registrará en el círculo amarillo que —no se hizoll.

Las cintas deberían estar disponibles en todas las unidades de salud. Lo ideal para una buena toma, sería: Aseo de los genitales con agua y jabón, separación de los labios menores, utilización de técnica del chorro medio, procesar la muestra antes de 30 minutos.

- **Glucemia en Ayunas:** registrar el valor de la glucemia obtenida (en miligramos por decilitro) en el rectángulo correspondiente. Anotar el resultado obtenido de la glucemia obtenida en ayunas en la embarazada en dos momentos (antes de las 24 semanas de gestación y después de las 24 semanas de gestación). Si la glucemia basal es igual o mayor a 92 mg/dL marcar además el círculo amarillo. Orientar a la embarazada que debe acudir a un Establecimiento de Salud sin haber ingerido alimentos. En caso de aborto no se Anotará el dato mayor de 24 semanas.

- **Estreptococo B 35-37, semanas:** La infección por Estreptococo grupo B es considerada una causa importante de morbilidad y mortalidad neonatal. La estrategia principal para disminuir esta infección en los recién nacidos es la detección durante el embarazo del estreptococo del grupo B (entre las 35 y 37 semanas) a través de la toma mediante hisopado vaginal y rectal. Indicar si fue negativa (-) o positiva (+). Si no se realizó en estas condiciones o no se solicitó marcar “no se hizo”. En caso de atención por aborto no aplica llenar esta variable. (MINSA, 2013)



El gráfico N°13 dice que de 10 HCP revisadas 3(30%) la llenan correctamente, pero 7(70%) no la llenan correctamente.

Es un tipo común de bacteria suele encontrarse principalmente en las mujeres en el recto y en la vagina. Estas bacterias pueden ir y venir del cuerpo en forma natural, se puede contagiar a los bebés durante el parto. Los estreptococos pueden causar neumonía, meningitis, esta infección es la principal causa de muerte y discapacidad en recién nacidos. (Medlineplus, 2020)

Si la paciente tiene la infección se le administraran antibióticos si el parto es natural, él bebé es examinado cuando nace para ver si necesita más antibióticos o ya no será necesario seguirle administrando. (Medlineplus, 2020)

Tomando lo antes mencionado Muchas mujeres no tienen síntomas, Por eso se le manda hacer la prueba a la embarazada. Si sale positiva la bacteria se trata con antibióticos durante el parto. Si se encuentran bacterias en la vagina o en la orina, o la madre tiene factores de riesgo como por ejemplo parto prematuro (PP) o ruptura de membranas (RM), se la trata con antibióticos. Es posible que el bebé se deba vigilar durante los primeros 1 o 2 días.

- **Preparación para el parto:** El término preparación para el parto tiene varios significados e incluye conceptos muy variados, el principal es garantizar el acceso para su atención (plan de parto), además es una oportunidad para informar a la mujer y su familia acerca de los cambios que ocurren en la gestación y aquellos esperados durante el parto y el puerperio; preparar a los padres para enfrentar mejor su nuevo rol; entrenar en psicoprofilaxis (técnicas de relajación y respiración); aumentar la percepción de autocontrol de la mujer, entre otros. Si la gestante ha recibido alguna de estas prestaciones indicar —sill, en caso contrario registrar —noll. Se marcarán de preferencia en el último trimestre de gestación. En casos de atención por aborto no llenar esta variable.
- **Consejería Lactancia Materna:** Se entiende por consejería la entrega reglada y oportuna de la siguiente información:

Beneficios de la leche materna y los riesgos de la alimentación con leche artificial.

Formas de amamantar.

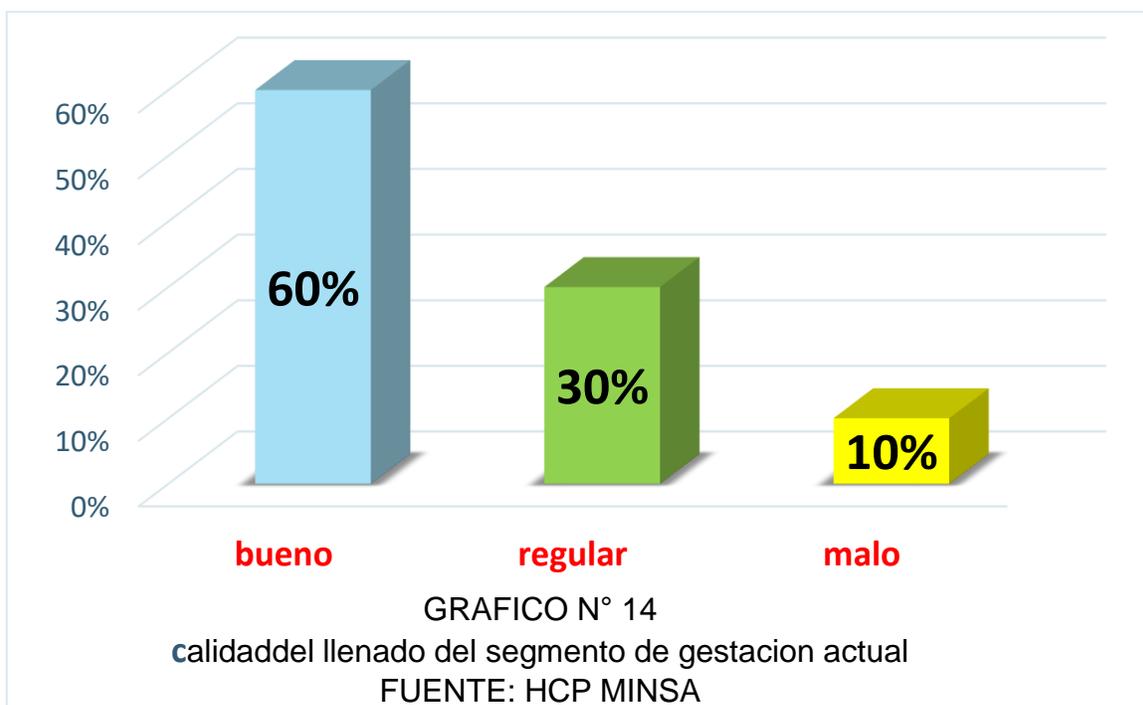
Los cambios en la leche materna después del parto. Y

Discutir las dudas y preguntas de la gestante.

También es apropiado informar en este momento sobre los derechos del niño/a y derechos inherentes a la lactancia materna.

Si la mujer ha recibido consejería en lactancia materna tal como se definió, se registrará en la HCP según corresponda (si/no). En casos de atención por aborto no aplica llenar esta variable. Se marcarán de preferencia en el último trimestre de

gestación.



El gráfico N° 14 dice que de 10 hcp revidadas 1(10%) son malo y el 3(30%) son regular pero 6(60%) es un llenado bueno.

Con referencia al segmento de gestación actual los datos que no llenan correctamente son examen odontológico, examen de mama, Rh (+) y (-), toxoplasmosis, hemoglobina, estreptococo B. En conclusión el llenado del segmento de gestación actual se llena con un 60% de buen llenado.

Un número mayor de contactos de mejor calidad entre las mujeres y los profesionales sanitarios a lo largo del embarazo facilitará la adopción de medidas preventivas y la detección oportuna de riesgos, reducirá las complicaciones y abordará las desigualdades en materia de salud. (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 2016)

- **Atenciones Prenatales:** Llenar los espacios correspondientes de forma horizontal por cada atención prenatal, en donde sólo abarca anotar 6 APN; por lo que se recomienda usar otra hoja de HCP, anexarla al Expediente Clínico y foliarlas respectivamente .

En caso de ingreso por aborto o parto sin controles prenatales previos no aplicará el llenado de esta sección. Los datos a registrar son:

ATENCIÓNES PRENATALES	día	mes	año	edad gest.	peso (kg)	P.A	altura uterina	presen- tación	FCF (lpm)	movim. fetales	protei- nuria	signos de alarma, exámenes, tratamientos	Iniciales personal de salud	próxima cita	

- **Fecha:** Anotar el día, mes y año en que se realiza la atención prenatal.
- **Edad Gestacional:** Las semanas cumplidas desde el primer día de la última menstruación hasta la fecha de la actual consulta.
- **Peso:** En kilogramos (con un decimal), de la embarazada descalza, con ropa liviana. Grafique de inmediato en el reverso de la HCP y del Carné Perinatal, el incremento de peso materno con un punto. Una con línea continua los puntos de los valores del peso registrados en las APN realizadas. Identifique y utilice cualquiera de las dos situaciones particulares para esta gestante:

-Si conoce el peso pregestacional o si la embarazada fue captada en las primeras 12 semanas de embarazo, los valores de incremento de peso normal a utilizar están entre los percentilos 25 y 90 (parte oscura del gráfico). Las mismas curvas nos dicen cuánto es el aumento normal de peso de la embarazada. Por ejemplo, a las 16 SG, el rango de incremento de peso normal es de entre 1.8 y 5.1 Kg, a las 20 SG es de entre 3.2 y 8.2 Kg, a las 28 SG entre 6.2 y 12.9, a las 36 SG

entre 8.2 y 15.7 Kg. Analice y tome decisiones diagnósticas, de tratamiento y/o de referencia cuando haya un incremento exagerado de peso, cuando haya disminución del peso o la línea se haga plana.

-No conoce el peso pregestacional o la embarazada fue captada después de 12 semanas de embarazo, los valores de incremento de peso normal están entre los percentilos 10 y 90 (parte oscura más la parte clara del gráfico). Para saber en dónde graficar, debe utilizar para cada APN la tabla Peso para la talla según la edad gestacional (Talla en centímetros). Por ejemplo, si la gestante mide entre 152-154 cms de talla, a las 16 SG debería pesar entre 47.3 y 61.4 Kg, a las 20 SG entre 51.0 y 62.4 Kg, a las 28 SG entre 54.6 y 65.0 Kg y a las 36 SG entre 56.2 y 66.6 Kg.

Si la gestante mide entre 161-163 cms de talla, a las 16 SG debería pesar entre 52.4 y 68.0 Kg, a las 20 SG entre 56.4 y 69.1, a las 28 SG entre 60.5 y 72.0 Kg y a las 36 SG entre 62.2 y 73.7 Kg.

Observe estos dos ejemplos de gestantes de 152 a 154 cms de talla, en quienes se desconoce su peso pre-gestacional y que fueron captadas a las 16 SG con citas subsecuentes para APN similares. En el ejemplo 1 hay buen progreso en la ganancia del peso materno. En el ejemplo 2, la gestante tenía malnutrición, la que mejoró en las dos APN siguientes, pero esta ganancia de peso se detuvo en el último periodo.

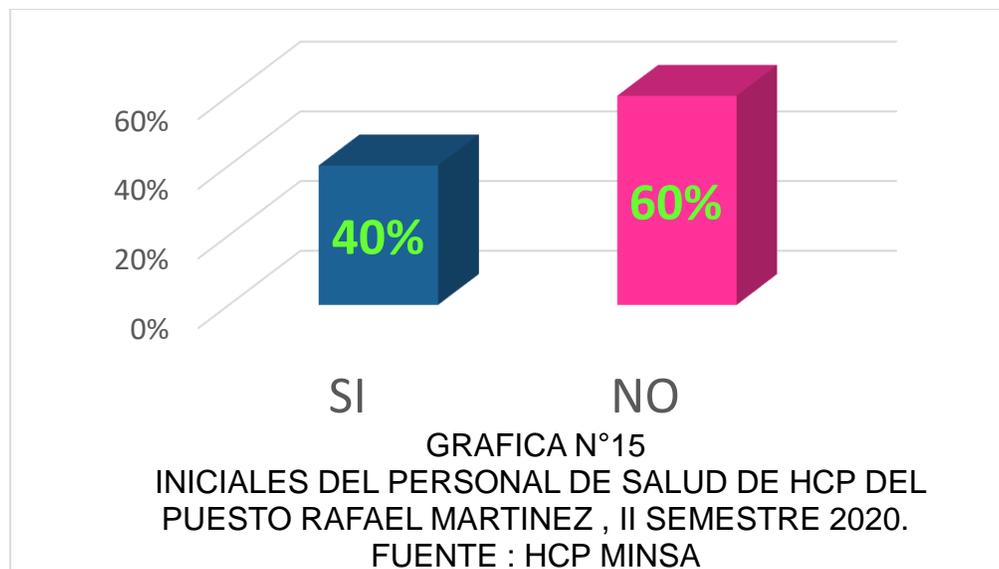
Fuente: (Normativa 011, 2015)

- **Presión Arterial (PA):** La tensión máxima y mínima expresada en mm Hg, valorada con la técnica adecuada, reposo por 20 minutos antes de la toma, en el brazo hábil, con manguito a la altura del corazón.
- **Altura Uterina:** Medir la altura uterina en centímetros desde el borde superior de la sínfisis pubiana al fondo del útero. Utilizar la técnica del pinzamiento entre los dedos índice y medio.

Grafique de inmediato en el reverso de la HCP y del Carné Perinatal, el incremento de la altura uterina con un punto. Una con línea continua los puntos entre las APN realizadas. Los valores de incremento de peso normal están entre los percentiles 10 y 90. Las mismas curvas nos dicen cuánto es el incremento normal de altura uterina de la embarazada. Por ejemplo, a las 16 SG, el rango de incremento de altura uterina es de entre 12 y 17 cms, a las 20 SG es de entre 15 y 21 cm, a las 28 SG entre 22 y 27 cms, a las 36 SG entre 28 y 33 cms. Analice y tome decisiones diagnósticas, de tratamiento y/o de referencia cuando haya un incremento exagerado de altura uterina, cuando haya disminución o la línea se haga plana. Correlacionar los valores de incremento de peso materno con los de incremento de altura uterina. (MINSA, 2013)

- **Presentación:** Para la presentación, escribir “cef” (cefálica), „pelv” (pelviana) o “transv” (transversa). Cuando no sea factible recabar el dato, marcar con una raya horizontal en el espacio correspondiente.
- **Frecuencia Cardíaca Fetal en latidos por minuto (FCF lpm):** Anotar la frecuencia cardíaca fetal en latidos por minuto a partir de las 20 semanas de gestación.
- **Movimientos Fetales:** Anotar los movimientos fetales a partir de las 18 semanas de gestación. Positivos o negativos, la falta de datos se interpretará como prestación no hecha. (MINSA, 2013)
- **Proteinuria:** Marcar Negativo (-) o Positivo (+), la presencia o no de proteínas en las cintas de Uroanálisis efectuado a la embarazada.
- **Signos de alarma, exámenes, tratamientos:** Describir los hallazgos más relevantes encontrados en la atención prenatal.

- **Exámenes:** hemograma/ Hto – Hb, Urocultivo y orina completa, grupo sanguíneo Rh/ Coombs indirecto, VDRL-RPR, VIH, Papanicolaou (citología cervical), glicemia, ultrasonido (ecografía) por indicación, examen de Chagas en zonas endémicas.
- **Tratamiento:** tomar ácido fólico todos los días reducirá el riesgo de ciertos defectos congénitos.
- **Iniciales del personal de salud:** Anotar las iniciales del personal de salud que lo efectúa. (MINSa, 2013)



El gráfico N°15 dice que de 10 HCP revisadas, 4(40%) la llenan correctamente, pero el 6(60%) no la llenan correctamente.

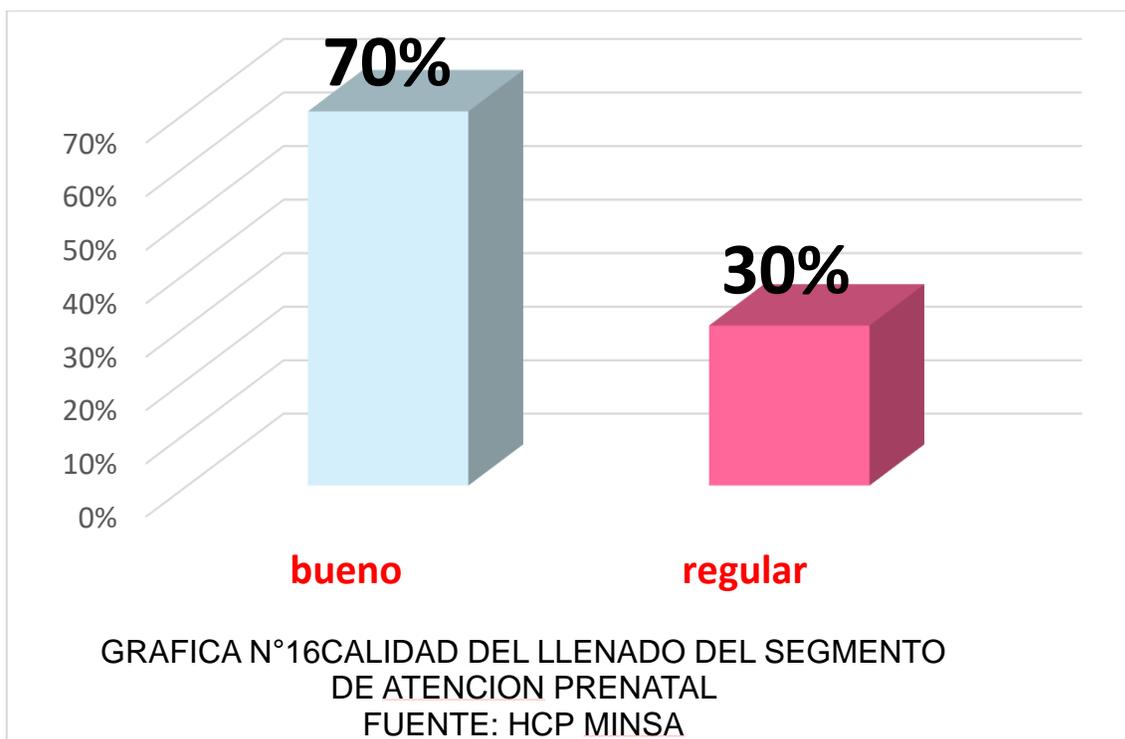
Los registros son actualmente más importantes, debido al aumento de las situaciones médico - legal, las cuales son indispensable contar con un respaldo del trabajo realizado respaldo que idealmente debe ser legible y oportuno.

El registro permite identificar al personal que estuvo o está a cargo de un paciente determinado, analizar la oportuna atención. También permite hacer un análisis frente a los problemas legales originados por error en la administración de fármacos o por accidentes de los pacientes. (MEDWAVE, 2004)

Tomando lo antes mencionado el llenado de los datos de iniciales personales es indispensable porque a la hora de un problema médico legal esto permite identificar a la persona y no andar buscando a quien le recae el problema.

- **Fecha de próxima cita:** Anotar la fecha de la próxima cita. Explicarle a la embarazada el lugar donde se anota esta fecha en el carné perinatal.

En aquellas situaciones que por la edad gestacional no aplique efectuar alguna de estas prestaciones (por ejemplo, presentación fetal antes de las 28 semanas), se anotará NC (no corresponde). (MINSA, 2013)



El grafico N° 16 dice que de 10 hcp revidadas 3(30%) pero 7(70%) es un llenado bueno.

Dicha calidad de atención se sustenta en la organización de los servicios y en un sistema de información adecuado, que debe contar con una historia clínica apropiada; ya que el control prenatal por sí solo no produce un impacto significativo en la reducción de la morbilidad, porque generalmente las mujeres que desarrollan complicaciones no tienen factores de riesgo aparente y aquellas que tienen factores de riesgo cursan con un parto normal. (Cristina María Salguero Hernández & Lilian Beatriz Sánchez Segovia, 2018)

Con referencia al segmento de atención prenatal el llenado de iniciales personales el 70% es de un buen llenado.

CONCLUSION

Se identifica el llenado de los datos de filiación de las embarazos en el estudio el puesto Rafael Martínez , encontrando deficiencia en el llenado de los datos de filiación y su mayor falla esta , en que no se escribe correctamente domicilio, teléfono y numero de celular.

Al verificar el llenado del segmento antecedentes patológicos familiares, personales y obstétricos de las embarazadas. Se obtiene una baja calidad del llenado cumpliendo con las normativas.

Se constata que el llenado del segmento de datos de exámenes clínicos y laboratorio de las pacientes embarazadas. Obtuvimos una buena calidad en el llenado

Se determina que el llenado de los datos y las consultas prenatales y la realización de las curvas de ganancia de peso materno y altura uterina para la edad gestacional igual está dentro del parámetro otorgado de muy bueno.

BIBLIOGRAFIA

- (wikipedia, 2020)
- (Cristina María Salguero Hernández & Lilian Beatriz Sánchez Segovia, 2018)
- (Dr. Luis Galván Soca, 2010)
- (Dr:Sandobal, 2020)
- (ELSEVIER, 1996)
- (MEDWAVE, 2004)
- (Maria Ofelia Fernandez Garcia & Melissa G Chaves Medrano, 2010)
- (Medlineplus, 2020)
- (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 2016)
- (TETÁ REKUÁI GOBIERNO NACIONAL, 2014)
- (celular, 2002)
- (farmaciaplazaguiuzcoa, 2015)
- (healthwise, 2019)
- (medica, 2009)
- (identificacion, 1993)
- (iberley, 2006)
- (Revista Cubana de Hematología y Hemoterapia , 2014)

I. ANEXO (HCP)

GARNÉ PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Domicilio: _____ Localidad: _____

ANTECEDENTES

FAMILIARES (TBC, diabetes, hipertensión, epilepsia, etc.)

PERSONALES (gastroenteritis, sífilis, etc.)

OBSTETRICOS (gestos, abortos, vaginitis, nacidos vivos, etc.)

GESTACION AC TUAL

EMBARAZO ANTERIOR: _____

EMBARAZO PLANEADO: _____

EMBARAZO METODO ANTICONCEP: _____

EX. NORMAL (ODONT, MAMAS, etc.)

GRUPO (Rh, etc.)

TOXOPLASMOIS (IgG, IgM)

Hb < 20 sem (Folicatos, etc.)

PREPARACION PARA EL PARTO (Esterilización, etc.)

CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA

CONSULTAS ANTERIORES

PARTO (Fecha de ingreso, tipo de parto, etc.)

ABORTO (Fecha de ingreso, etc.)

HOSPITALIZACION EMBARAZO

CORTICOIDES ANTEPARTO

INDICACIONES ANTEPARTO

ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO

EDAD GESTACIONAL AL PARTO

PRESENTE SITUACION

ACOMPANANTE

NACIMIENTO (Fecha, hora, etc.)

TERMINACION (Indicaciones, etc.)

POSICION PARTO

RECEN NACIDO (Sexo, peso, etc.)

DEFECTOS CONGENITOS

EGRESO RN

EGRESO MATERNO

ANTI-CONCEPCION

Palabras de altura uterina e incremento de peso materno según edad gestacional. Una vez conocida la edad gestacional, se la ubica en la grafica y se comparan los valores obtenidos con los centiles (P10, P25 y P50) graficados.

II. ANEXOS

TABLA N° 1

DATOS PERSONALES DE USUARIAS QUE ASISTEN AL PUESTO DE SALUD RAFAEL MARTINEZ, RIO BLANCO EN EL PERIODO DEL SEGUNDO SEMESTRES 2020.

		Si	%	No	%	N°	Total
1	Nombre	8	80	2	20	10	100%
2	Domicilio	4	40	6	60	10	100%
3	Localidad	6	60	4	40	10	100%
4	Teléfono	4	40	6	60	10	100%
5	Fecha de nacimiento	9	90	1	10	10	100%
6	Edad	10	100	0	0	10	100%
7	Etnia	6	60	4	40	10	100%
8	Escolaridad	9	90	1	10	10	100%
9	Estado civil	8	80	2	20	10	100%
10	Lugar de control APN	5	50	5	50	10	100%
11	N° de cedula	4	40	6	60	10	100%

FUENTE: HCP

TABLA N°2

CALIDAD DEL LLENADO DEL SEGMENTO DE IDENTIFICACION		
BUENO	11-15	4
REGULAR	6-10	3
MALO	1-5	3

TABLA N° 3

ANTECEDENTES FAMILIARES, PERSONALES Y OBSTETRICOS DE PACIENTES QUE FUERON ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD RAFAEL MARTINEZ.

		Si	%	No	%	N°	Total
12	TBC	5	70	3	30	10	100%
13	Diabetes	5	80	2	20	10	100%
14	Hipertensión	8	80	2	20	10	100%
15	Preeclampsia	5	50	5	50	10	100%
16	Otros	8	80	2	20	10	100%

FUENTE: HCP

17	TBC	4		40	6	60	10	100%
18	Diabetes	5		50	5	50	10	100%
19	Hipertensión	5		50	5	50	10	100%
20	Preeclampsia	5		50	50	50	10	100%
21	Otros	5		50	5	50	10	100%
22	Cirugía genito-urinaria	8		80	2	20	10	100%
23	Infertilidad	2		20	8	80	10	100%

24	Cardiopatía	8	80	2	20	10	100%
25	Nefropatía	8	80	2	20	10	100%
26	Violencia	8	80	2	20	10	100%
27	VIH	8	80	2	20	10	100%
28	Otros	8	80	2	20	10	100%

29	Gestas previas	9	90	1	10	10	100%
30	Abortos	4	40	6	60	10	100%
31	Vaginales	10	100	0	0	10	100%
32	Nacidos vivos	10	100	0	0	10	100%
33	Viven	10	100	0	0	10	100%
34	Muertos en 1ra semana	6	60	4	40	10	100%
35	Después de 1ra semana	5	50	5	50	10	100%
36	Nacidos muertos	6	60	4	40	10	100%
37	Cesáreas	8	80	2	20	10	100%
38	Partos	10	100	0	0	10	100%
39	Emb: ectópico	8	80	2	20	10	100%
40	Ultimo previo:	10	100	0	0	10	100%
41	Antecedentes múltiples	6	60	4	40	10	100%
42	Fin embarazo anterior:	5	50	5	50	10	100%
43	Embarazo planeado	2	20	8	80	10	100%

44	Fracaso método anticonceptivo:	8	80	2	20	10	100%

FUENTE: HCP

TABLAN°4

CALIDAD DEL LLENADO DEL SEGMENTO DE ANTECEDENTES PERSONALES, FAMILIARES Y OBSTETRICOS		
BUENO	22-32	3
REGULAR	11-21	3
MALO	1-10	4

TABLA N° 5

GESTACION ACTUAL, DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD RAFAEL MARTINEZ.

		Si	%	No	%	N°	Total
45	Peso	10	100	0	0	10	100%
46	IMC	10	100	0	0	10	100%
47	Talla	10	100	0	0	10	100%
48	Fum	9	90	1	10	10	100%
49	FPP	10	100	0	0	10	100%
50	EGO confiable	9	90	1	10	10	100%

51	Fuma activo	10	100	0	0	10	100%
52	Fuma pasivo	10	100	0	0	10	100%
53	Drogas	10	100	0	0	10	100%
54	Alcohol	10	100	0	0	10	100%
55	Violencia	10	100	0	0	10	100%
56	Anti rubéola	10	100	0	0	10	100%
57	Antitetánica	10	100	0	0	10	100%
58	Ex. Normal Odont:	4	40	6	60	10	100%
59	Mamas:	4	40	6	60	10	100%

60	PAP	5	50	5	50	10	100%
61	Grupo	8	80	2	20	10	100%
62	Rh , -	4	40	6	60	10	100%
63	Toxoplasmosis	0	0	10	100	10	100%
64	Hb < 20 sm: HB > 20 sm	0	0	10	100	10	100%
65	Fe/ folatos indicado	6	60	4	40	10	100%
66	Hemoglobina	0	0	10	100	10	100%
67	VIH diag, tratamiento	5	50	5	50	10	100%
68	Sífilis diagnóstico y tratamiento	7	70	3	30	10	100%
69	Chagas	6	60	4	40	10	100%

70	Paludismo/malaria	6	60	4	40	10	100%
71	Bacteriuria	6	60	4	40	10	100%
72	Glucemia en ayunas	6	60	4	40	10	100%
73	Estrepto coco B	3	30	7	70	10	100%
74	Preparación para el parto	9	90	1	10	10	100%
75	Consejería lactancia materna	9	90	1	10	10	100%

FUENTE: HCP

TABLA N°6

CALIDAD DEL LLENADO DEL SEGMENTO DE GESTACION ACTUAL		
BUENO	23-34	6
REGULAR	12-22	3
MALO	1-11	1

TABLA N° 7

ATENCION PRENATALES, DE PACIENTAS ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD RAFAEL MARTINEZ.

		Si	%	No	%	N°	Total
76	Día	8	80	2	20	10	100%
77	Mes	8	80	2	20	10	100%
79	Año	8	80	2	20	10	100%
80	Edad gest	8	80	2	20	10	100%
81	Peso(kg)	7	70	3	30	10	100%
82	PA	5	50	5	50	10	100%

83	Altura uterina	8	80	2	20	10	100%
84	Presentación	9	90	1	10	10	100%
85	FCF (lpm)	9	90	1	10	10	100%
86	Movimientos fetales	8	80	2	20	10	100%
87	Proteinuria	9	90	1	10	10	100%
88	Signos de alarma exámenes, tratamiento	9	90	1	10	10	100%
89	Iniciales personal de salud	4	40	6	60	10	100%
	Próxima cita	9	90	1	10	10	100%

FUENTE: HCP

TABLA N° 8

CALIDAD DEL LLENADO DEL SEGMENTO DE ATENCION PRENATAL		
BUENO	9-12	7
REGULAR	5-8	3
MALO	1-4	

CALIDAD DEL LLENADO

	10 HCP	%
BUENO	6	60
REGULAR	3	30
MALO	1	10
Total	10	100

FUENTE: HCP

ANEXO N°3

FOTOS C/S D/G

Ilustración 2 ENTRADA PRINCIPAL DEL CENTRO DE SALUD



Ilustración 3 VISTA TRASERA DEL CENTRO DE SALUD



Ilustración 4 SALA DE GINECO Y ODONTOLOGIA



Ilustración 5 SALA DE PAP



Ilustración 6 SALA DE ULTRASONIDO



Ilustración 7 SALA DE PARTO



Ilustración 8 FARMACIA



Ilustración 9 ESTIMULACION TEMPRANA



ANEXO N°4

GRAFICAS

