

---

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA.**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA**

UNAN - MANAGUA

**TESIS MONOGRAFICA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN  
MEDICINA Y CIRUGÍA**

Cumplimiento del llenado de la Historia Clínica Perinatal, de mujeres atendidas en el Centro de Salud, José Román González, de la Libertad Chontales, I trimestre del 2022.

**AUTORES:**

Br. Dayana María Álvarez Rosales.

Br. Ismary Yugiel Marengo Luna.

Br. Hazel Ezequiel Herrera Rubio.

**TUTOR CLÍNICO:**

**Dr. Wilber Antonio Pavón Baldelomar.**

**Especialista en Ginecología y Obstetricia.**

**TUTOR METODOLOGICO:**

**Dr. Daniel Eloy Blanco López**

**Especialista en Medicina de Emergencia**

**Jueves 16 de febrero 2023**

---

**Tema:**

Cumplimiento del llenado de la Historia Clínica Perinatal, de mujeres atendidas en el Centro de Salud, José Román González, de la Libertad Chontales, I trimestre del 2022.

---

## Dedicatoria

Este estudio en primera instancia se lo dedicamos a Dios padre celestial por ser nuestro guía espiritual en este largo camino, por habernos permitido la vida y salud, habernos bendecido con una hermosa familia, por todas nuestras metas y sueños alcanzados, por darnos sabiduría, perseverancia y dedicación durante cada etapa de este trabajo.

A nuestros padres, pilares fundamentales en nuestras vidas, por su apoyo incondicional en todo momento y por su amor, quienes siempre han creído en nosotros y velado por nuestro bienestar y brindarnos una educación para el futuro, por todos los esfuerzos y sacrificios que hicieron a lo largo de nuestra vida sobre todo en estos largos años de la carrera, por acompañarnos a cumplir nuestras metas y sueños planteados.

A nuestros hermanos y tíos que también fueron de apoyo en nuestra formación profesional.

A todas aquellas personas que han contribuido de una u otra forma a nuestra formación como profesional, entre ellos maestros, familiares y amigos.

Expresamos nuestro agradecimiento profundo a nuestros tutores de tesis, el Doctor Wilder Antonio Pavón Baldelomar y Daniel Eloy López quienes nos brindaron consejos y apoyo a lo largo del trabajo y nos animaron en todo momento con su generosa perseverancia y compartiendo con nosotros de su valioso tiempo.

Por ultimo agradezco a mi alma mater por haberme permitido formarme en sus aulas, compartiendo ilusiones y anhelos. Con constancia, dedicación y esfuerzo alcanzamos nuestra meta.

*¡A la libertad por la Universidad!*

---

## **Agradecimientos**

A Dios primeramente por habernos permitido llegar hasta este punto y habernos dado salud y fuerzas para lograr nuestros objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A nuestros padres por habernos apoyado en todo momento, por su trabajo y sacrificio todos estos años, por sus consejos en momentos difíciles, sus valores la motivación constante que nos ha permitido ser una persona de bien, por el valor mostrado para seguir adelante y por su amor. Gracias a Dios y a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí.

A nuestros amigos y familiares que brindaron su apoyo y estuvieron en momentos difíciles a lo largo de la carrera.

A nuestros docentes de la facultad y áreas clínicas por los conocimientos que nos han otorgado.

A nuestros tutores por la orientación y ayuda que nos brindaron para la realización de este trabajo.

## Carta aval del tutor científico

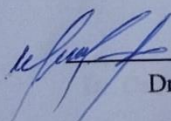


UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN - MANAGUA

Dr. Wilber Pavón especialista en Ginecoobstetricia el cual labora en el servicio de ginecología del Hospital Escuela Regional Asunción de Juigalpa.

### INFORMA

Que Br. Ismary Yugiel Marengo Luna, Br. Hazel Ezequiel Herrera Rubio y Br. Dayana Maria Alvarez Rosales, han realizado bajo nuestra tutoría y seguimiento de Monografía de graduación titulado: Cumplimiento del llenado de la Historia Clínica Prenatal de mujeres atendidas en el centro de salud José Román Gonzales, de la Libertad Chontales, I trimestre del 2022, presentada para optar al título de Médico General en Medicina y cirugía que a nuestra opinión cumple con los requisitos exigibles para proceder a la realización de la defensa monográfica. Lo que firmamos a petición de los involucrados para poder obtener los efectos esperados donde haya lugar

  
Dr. Wilber Pavón

  
Especialista en  
Ginecología y Obstetricia  
Cédula Profesional 22545

Médico y Cirujano

Especialista en Ginecoobstetricia

---

## Resumen

La mortalidad materna y perinatal es uno de los indicadores más sensible para valorar calidad de salud, siendo de vital importancia reducir las complicaciones obstétrica de tal manera que se debe de dar un seguimiento exhaustivo a toda embarazada en sus controles prenatales utilizando como herramienta la historia clínica perinatal y su llenado adecuado para valorar factores de riesgo que conlleven a una complicación, de tal manera se valoró en el centro de salud José Román González el cumplimiento del llenado de la historia clínica en el primer trimestre del año 2022 valorando las 13 actividades normadas del sistema de salud para el adecuado llenado de la misma, teniendo como conclusión que el llenado se ha dado en algunas ocasiones de manera incompleta, en el segmento de identificación sociodemográfica se obtuvo como resultado un 82.7% de cumplimiento, en cuanto a los antecedentes personales y familiares se obtuvo un 98%, en la descripción del llenado de la gestación actual: un 70.8% en la solicitud de exámenes de laboratorio y un 69% en la curva de crecimiento uterino e incremento de peso materno, para un 82.2% en los datos de gestación actual. En cuanto al cumplimiento de los estándares de calidad en un 80 % la atención es buena y en un 20% es mala, la evaluación de las 13 actividades normadas es bastante pobre como resultado general obtuvimos que solamente un 20% de las HCP cumplen con las 13 actividades normadas. Identificando las debilidades que tenemos en el reconocimiento de riesgo para reducir una complicación obstétrica se mejorará el manejo de la misma y se brindará una mayor calidad de atención a todas las embarazadas cumpliendo las 13 actividades de manejo de las mismas.

**Palabras claves:** embarazada, historia clínica, controles.

---

## Contenido

<b>Introducción</b> .....	1
<b>Planteamiento del problema</b> .....	7
<b>Justificación</b> .....	8
<b>Objetivos</b> .....	9
<b>Antecedentes</b> .....	11
<b>Antecedentes Internacionales</b> .....	11
<b>Antecedentes Nacionales</b> .....	13
<b>MARCO TEORICO</b> .....	15
<b>Factores de riesgo</b> .....	21
<b>Procedimiento para estimar el peso cuando se desconoce</b> .....	32
<b>Cálculo del incremento de peso durante la gestación</b> .....	33
<b>Cuadro 8. Aumento de peso recomendado para mujeres según IMC pre gestacional</b> ...	34
<b>Momento para el envío de la Prueba de VIH:</b> .....	43
<b>Confirmar la existencia de vida fetal</b> .....	50
<b>Marco conceptual</b> .....	57
<b>Marco Legal</b> .....	58
<b>DISEÑO METODOLÓGICO</b> .....	61
<b>Tipo de estudio</b> .....	61
<b>Descriptivo</b> .....	61
<b>Retrospectivo</b> .....	61
<b>Corte transversal</b> .....	61
<b>Universo</b> .....	62
<b>Muestra</b> .....	62
<b>Tipo de muestro</b> .....	62
<b>Criterios de inclusión</b> .....	63
<b>Criterios de exclusión</b> .....	63
<b>Fuente de información.</b> .....	63
<b>Técnicas e instrumentos de recolección de datos</b> .....	63
<b>Operacionalización de variables</b> .....	65

---

<b>2.8 Validación de Instrumento</b> .....	77
<b>2.9 Obtención de la información</b> .....	77
<b>Procesamiento y análisis de datos</b> .....	77
<b>Consideraciones éticas</b> .....	78
<b>Resultados</b> .....	79
<b>Discusión de resultados</b> .....	79
<b>Conclusiones</b> .....	83
<b>Recomendaciones</b> .....	85
<b>Bibliografía</b> .....	86
<b>Anexos</b> .....	102



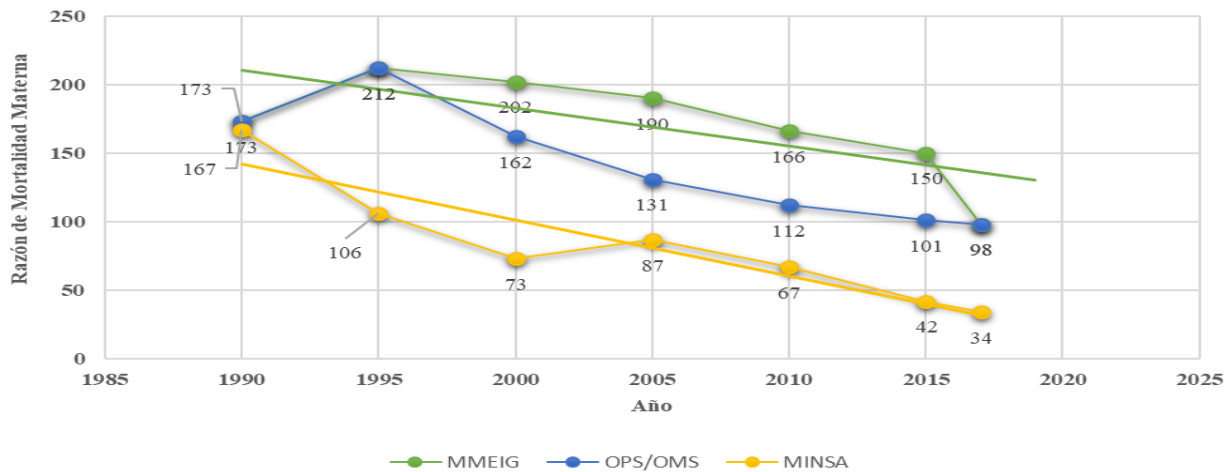
---

## Introducción

La mortalidad materna y neonatal son indicadores sensibles que traducen el grado de desarrollo y garantía de los derechos en la sociedad. Cuando una mujer muere se compromete el desarrollo de los hijos y la familia, especialmente de los más pequeños. Las muertes de los recién nacidos comprometen el futuro de la sociedad.

La mortalidad materna mundial descendió en 45 por ciento durante las tres últimas décadas. De 1990 a 2017, los decesos relacionados con la maternidad pasaron de 385 a 211 por cada 100,000 nacidos vivos, según el Grupo Inter Agencial para la Estimación de la Mortalidad Materna de las Naciones Unidas (MMEIG), integrado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Grupo del Banco Mundial y la División de Población (DPNU) del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas. (Banco Mundial, 2021)

**Figura 2: Razón de Mortalidad Materna, Nicaragua. 1990-2017**



**Fuente:** OMS, UNICEF, UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (2015); indicadores Básicos de la OPS/OMS (2021)

En Nicaragua, en ese mismo periodo dejaron de morir por causa de la maternidad, unas 4 de cada 10 mujeres (43%), alcanzando una RMM nacional que pasó de los 173 a los 98 decesos por nacidos vivos, según el MMEIG. Aunque con marcadas diferencias en cuanto a las cifras, las autoridades de salud del país, apuntan hacia una disminución mayor aún, en 8 de cada 10, con una RMM de 167 en 1990 alcanzó las 32 defunciones por 100,000 nacidos vivos en el año 2019. Pese a los avances que son innegables, al igual que en otras partes del mundo, las mujeres que fallecen por esta causa en Nicaragua, continúan siendo las más pobres, aquellas que viven en los contextos más vulnerables, quienes tienen mayores dificultades para acceder a los servicios de salud. (OPS/OMS, 2010; MINSA, 2018; MINSA, 2021)

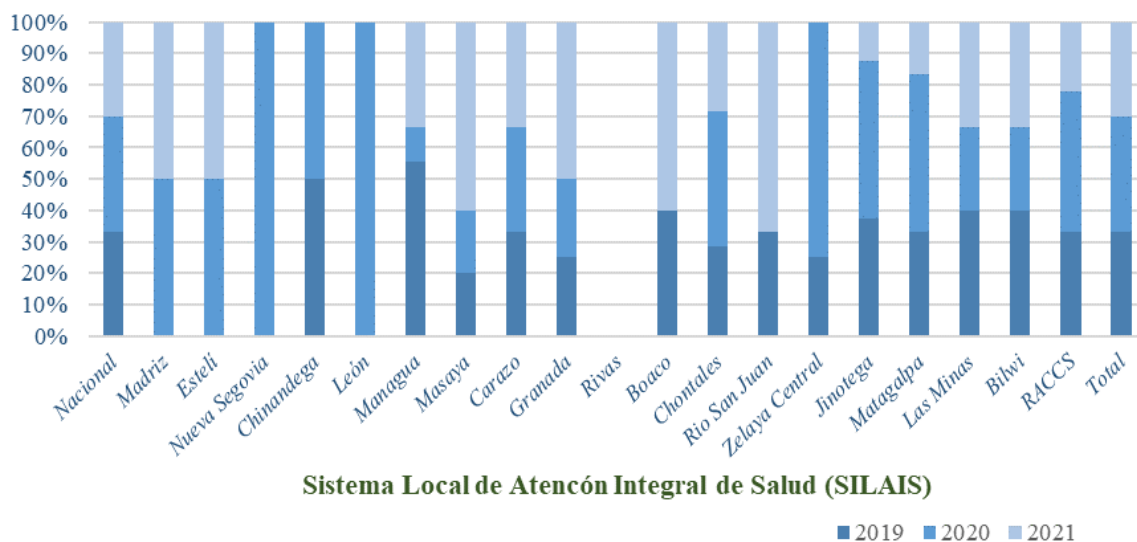
La morbi-mortalidad materna en Nicaragua es alta, esta situación resalta las desigualdades entre los grupos de población, al igual que en el resto del mundo, las cuales provocan daños irreparables e irreversibles para los niños huérfanos, las familias y comunidades de las mujeres fallecidas. A su vez, coartan el desarrollo en las comunidades y sociedades, expresada en la pérdida en años de vida productiva de las mujeres, siendo sus

víctimas perceptibles, las más pobres, pertenecientes a los grupos afrodescendientes, originarias de las zonas rurales, de regiones alejadas y con un acceso restringido a los servicios de salud.

Se estima que, durante las últimas tres décadas, en Nicaragua ocurrieron cerca de dos mil decesos maternos, los cuales se concentraron en el departamento de Managua, Jinotega y en las regiones autónomas del Caribe Norte y Sur, según los indicadores básicos 2021 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021).

De acuerdo con el Mapa de Mortalidad Materna del Ministerio de Salud de Nicaragua, entre el 2019 y 2021, de las 123 mujeres fallecidas por causas maternas, más de la mitad eran originarias de regiones con prevalencia de pobreza, caracterizadas por alta ruralidad y con dificultades para el acceso geográfico, todas ellas condiciones que determinan la pertinencia y eficacia en la atención de salud que reciban estas mujeres, y sobre todo la sobrevivencia materna de las mismas. En la región del Caribe, que abarcan tanto el Sur como el Norte, 4 de cada 10 mujeres fallecen a causa de la maternidad, y otra décima en el departamento de Jinotega. (MINSa, NI, 2021)

**Figura 4: Muertes Maternas-Nicaragua, por SILAIS (2019-2021)**



**Fuente:** Mapa de Mortalidad Materna del Ministerio de Salud de Nicaragua (2019-2021).

---

El Mapa de Mortalidad Materna, también destaca que entre 2019 y 2021, tres cuartas partes de los decesos ocurrieron en unidades de salud y el restante en el domicilio de las mujeres, con un incremento de una décima entre el año de inicio (2019) y el último año de referencia (2021). Esta situación podría interpretarse como un avance, si se tiene en cuenta que más embarazadas acuden a los establecimientos de salud, aunque se debe profundizar en las estrategias que permitan una atención más oportuna y efectiva (MINSA, 2022).

Esta investigación se enmarca en la búsqueda de calidad del llenado del Historia clínica prenatal, la que viene a mitigar las morbimortalidad materna y perinatal y dar respuestas al plan nacional de lucha contra la pobreza y para el desarrollo humano 2022-2026 en su componente de salud , de la cual derivan la política nacional de salud para el bienestar de la población Nicaragüense, del plan plurianual 2020-2025 y el Plan institucional a corto plazo que se enfoca a disminuir la indicadores de mortalidad materna e infantil, A su vez el Gobierno Reconciliación y unidad Nacional (GRU) ha asumido el compromisos internacionales como son objetivo de desarrollo sostenible y la agenda 2030, disminuir la tasa de mortalidad materna e infantil, porque se han plantado desafíos al monitoreo de las metas relacionas con el llenado correcto de HCP (2022).

El Ministerio de salud (MINSA, Ni, 2016), crea los estándares de calidad con el objetivo de prevenir los índices de mortalidad materna y perinatal, el cual lo definen estándares de calidad “como nivel de desempeño deseado, previamente definido y factible de alcanzar. Tiene la finalidad de guiar prácticas operativas que concluyan en resultados óptimos relativos a la calidad de atención de salud”. (pág. 5)

Los estándares de calidad del MINSA, plantea evaluar el control prenatal a través de indicadores trazadores, el llenado correcto de la historia clínica perinatal, ya que el control prenatal abarca los componentes de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud materno y neonatal con enfoque de interculturalidad y género.

Para el MINSA (2020), en marco de la normativa 011 para la atención prenatal de bajo riesgo, la atención prenatal o control prenatal se define:

---

Como un conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar morbilidad materna y perinatal”, con el objetivo de monitorear la evaluación del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados del recién nacido. Esta atención debe ser precoz, periódica, continua, completa, de amplia cobertura, con calidad y equidad. (pág. 88)

Por tanto, concluimos que el control prenatal es el proceso que está conformado por un conjunto de actividades y procedimiento que los profesionales de la salud ofrecen a la paciente en estado gravídico con el objetivo de identificar precozmente los factores de riesgo reales y potenciales en la embarazada, así como los antecedentes familiares, que tenga la probabilidad de desencadenar complicaciones durante el embarazo, parto, puerperio y al recién nacido.

Para lograr un control atención prenatal de calidad, es importante el llenado correcto de la historia clínicas perinatal, el segmento de atención prenatal, según la OPS y OMS (2011), “la Historia Clínica Perinatal (HCP), un instrumento diseñado para ayudar en las decisiones relacionadas con el manejo clínico individual de la mujer embarazada durante el control prenatal, el parto, puerperio, aborto y recién nacido”. (pág. 6)

Para el MINSA (2013), la HCP, “es un instrumento diseñado para ayudar en las decisiones relacionadas con el manejo clínico individual de la mujer embarazada durante la atención prenatal, el parto el puerperio y recién nacido hasta el alta”. (pág. 13).

Es importante destacar que Nicaragua adoptó la Historia Clínica Base Perinatal (HCPB), aproximadamente 20 años, realizando su primera actualización en año 2004, el 2010 se le denomina historia clínica perinatal y su última actualización el año 2020, la cual está vigente; la cual se incluyeron variables que lograran identificar otros factores de riesgo que permitieran un abordaje integral, las modificaciones se realizaron a base las intervenciones basadas en evidencia para la reducción de la morbilidad materna y perinatal, los que van de la mano con los estándares de calidad .

---

Diferentes estudios internacionales y nacionales, han demostrados que el llenado correcto de la HCP, logra identificar los factores de riesgo para evitar las complicaciones durante el embarazo, y demuestra que la muerte materna y perinatal son evitables con el simple cumplimiento con los estándares de calidad del llenado de la historia clínica perinatal, estudio realizado por Zeron y Sánchez hace referencia al llenado de calidad de la historia clínica perinatal disminuye el riesgo de las complicaciones materno infantiles y los acápites más llamativos están el bajo cumplimiento de las 13 actividades registradas en la HCP con apenas un 23%. Entre otros registros de bajo porcentaje están la Curva de Incremento de peso materno 49%, la curva de altura uterina 45%, la Consejería de Lactancia Materna 54%, la preparación del parto 35%. (Zeron Parrales & Sánchez Sandoval, 2015)

A pesar de todos los esfuerzos para mejorar el sistema de salud desde la aplicación de las normas propuestas por el MINSA, es frecuente encontrar deficiencias, desde captaciones tardías del embarazo, pocos controles prenatales, y un llenado incompleto de la historia clínica perinatal que se ha convertido en una desafortunada costumbre en la práctica médica moderna. A través de este estudio se pretende conocer si se está cumpliendo con los estándares de calidad en el llenado completo y correcto de la HCP ya que este es un documento de gran importancia que tiene como objetivo la prevención, clasificación y manejo integral de la embarazada.

---

## Planteamiento del problema

La historia clínica perinatal es un instrumento útil para el seguimiento de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y al recién nacido, a través de ella tenemos la oportunidad de identificar factores de riesgo de forma temprana, que permite toma de decisiones oportunas, las cuales han contribuido en la disminución de la mortalidad perinatal en los países donde se ha utilizado; pero aun con este instrumento existe cerca de 15% de mujeres embarazadas que al momento del parto pueden presentar una o más complicaciones que pongan en riesgo su vida por lo cual es esencial que las unidades de salud se encuentren preparadas para brindar cuidados obstétricos e inclusive para mayores complicaciones. (Meléndez Álvarez & Reyes Alemán, 2024)

Es esencial que los datos registrados en la HCP sean completos, válidos, confiables y estandarizados, para obtener resultados efectivos en los indicadores de salud.

En América Latina y el Caribe aproximadamente el 75 por ciento de los partos, 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. Aun cuando en países como Nicaragua, existen normativas específicas para la atención de la mujer embarazada incluyendo el llenado adecuado de la HCP, los indicadores de mortalidad materna y perinatal siguen siendo elevados. (MINSAL, NI, 2021)

Es importante conocer si el llenado de la Historia Clínica Perinatal se está haciendo de forma adecuada y si se están identificando los factores de riesgo principales y se cumplen con las 13 actividades planteadas en los estándares de calidad en marcada al control prenatal.

---

## **Justificación**

Este trabajo de investigación se realizó para Cumplimiento de los estándares de calidad en el llenado completo de la Historia Clínica Perinatal en el Centro de Salud, José Roma González, de la Libertad Chontales, en el I trimestre del 2022, mediante el análisis de la Historia clínica perinatal CLAP/SMR y el cumplimiento de las 13 actividades del control prenatal.

El control prenatal es un programa que reviste una gran importancia debido a que representa una manera práctica con la que se puede contribuir a prevenir y a disminuir circunstancias tales como: muertes maternas y fetales. Nicaragua siendo uno de los países más pobres de América, cuenta con un presupuesto muy bajo para el sector salud, que muchas veces no cubre con las necesidades básicas en la atención de la población. Por lo que el MINSA ha priorizado el programa control prenatal, aplicando diversas estrategias y normas que contribuyan a que el personal de atención primaria se capacite en conocimientos y actitudes para abordar de manera adecuada a la mujer embarazada.

Los estándares e indicadores definidos por el ministerio de salud a través de las direcciones del primero y segundo nivel de atención, nos permite medir el nivel de calidad de atención, de los servicios médicos brindados al binomio madre-hijo, en las diferentes unidades de salud del país, por lo que han sido enfocados en los procesos de la atención en salud y de esta manera mejorar la atención.

La población beneficiaria de forma directa las gestante que son atendida en la unidad de salud es estudio e indirectamente el personal de salud, que al conocer los resultados de esta investigación se les brindaran seguimiento continuo para el mejoramiento de la calidad, través de los ciclos rápidos, lo que evitara las morbimortalidad materna e demandas legales. Al realizar el presente estudio sobre el cumplimiento de los estándares de calidad en el llenado de la historia clínica perinatal, se pretende conocer las deficiencias del personal de salud, en cuanto al llenado de la HCP en el Centro de Salud José Román González del municipio de la Libertad Chontales, donde actualmente no se han realizado estudios similares y dicha información obtenida en este estudio se dará a conocer a las autoridades de Salud del municipio.



---

## **Objetivos**

### **Objetivo General:**

Evaluar el cumplimiento del llenado completo de control prenatal de la historia clínica perinatal en el Centro de Salud José Román González, de la Libertad Chontales, en el Primer trimestre del 2022.

### **Objetivos específicos**

Identificar el llenado de los datos de Identificación de la embarazada.

Determinar la calidad del llenado de los antecedentes de la embarazada.

Describir el llenado de los datos de la Gestación Actual

Valorar el nivel cumplimiento de los estándares de calidad del llenado de HCP del Programa de Atención Prenatal.

---

## **Formulación del Problema**

Basado en lo ante descrito se formula en siguiente problema de investigación

¿Qué medida de cumplimiento tiene el llenado completo de la historia clínica perinatal en el Centro de Salud, José Román González, de la Libertad Chontales, en el primer trimestre del 2022?

---

## **Antecedentes**

En este apartado se hablará acerca de otros trabajos, similares al que está presentando, utilizándolos como antecedentes el presente trabajo de investigación.

### **Antecedentes Internacionales**

La investigación realizada por Ayala Mendívil, Israel Ballena y De la Cruz Puente , (2019), con el objetivo fue determinar la calidad del registro de las historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de consultorio externo de Obstetricia del Centro de Salud Materno Infantil “Perú-Korea Bellavista” de Nivel I-4, Callao, en 2018. Es una investigación cuantitativa, de tipo observacional descriptivo, de corte transversal. La población de estudio fue constituida por todas las historias clínicas de las pacientes atendidas en el servicio de consultorio externo de Obstetricia, durante el período comprendido entre octubre de 2018 y febrero de 2019. Se evaluaron 147 historias clínicas, y se aplicó un muestreo probabilístico de tipo aleatorio sistemático.

Se utilizó una ficha estructurada ad hoc con una codificación predeterminada. La información fue procesada en el programa estadístico SPSS versión 23.0, y se realizó un análisis descriptivo. Se encontró que mayoritariamente las historias clínicas evaluadas fueron aceptables (74,83 %), con un mayor porcentaje de observaciones en el ítem 'embarazo actual'. Se concluye que la mayoría de las historias clínicas obstétricas son aceptables y que deben implementarse planes de mejora a partir de este análisis, a fin de generar conciencia entre los profesionales y trabajar en el mejoramiento continuo de los procesos.

Gutiérrez Fernández (2016), realizó una investigación sobre la atención prenatal es una de las principales estrategias para garantizar una gestación monitorizada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones. El carnet de control prenatal (CPN) es una herramienta donde el profesional médico registra información indispensable para la toma de decisiones y el manejo clínico individual de la mujer embarazada y del neonato. La información de CPN debe ser clara, concisa y ordenada que permita un análisis eficiente y refleje en gran medida la calidad de atención a la mujer embarazada. Con el objetivo determinar el nivel de calidad de información registrada en el carnet de control prenatal en

---

puérperas. Con tipo de investigación descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. Se aplicó una ficha de recolección de datos en 187 carnets de CPN, seleccionados según criterios de inclusión y exclusión. Ficha donde se consideraron las principales variables: datos sociodemográficos y biológico; antecedentes patológicos personales, familiares y Gineco-obstetricia; embarazo actual. Se elaboró una base de datos en SPSS v22 en la cual se basó la información reunida por una ficha. La evaluación fue por percentiles según puntaje obtenido: Nivel de calidad MALO, REGULAR y BUENO. Con las siguientes conclusiones: Tuvo La finalidad de evaluar la calidad del registro de información realizado por el médico el cual fue BUENO con el mismo nivel de calidad los Obstetras. El nivel de calidad de información registrada en los carnet de control prenatal de las puérperas hospitalizadas que ingresan al Hospital Vitarte presentan un registro de información eficiente que nos facilita la identificación y prevención de posible complicaciones del problema estudiado

Otra investigación realizada por Salguero Hernández y Sánchez Segovia (2017), titulada Calidad del uso del carné materno prenatal con resultados perinatales en mujeres que consultaron en establecimientos de salud en año 2017, con el objetivo correlacionar la calidad del uso del llenado del carné materno prenatal con los resultados perinatales en pacientes que consultaron establecimientos de salud, UCSF Virginia y UCSFI Alegría, constituye un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. La población de estudio fueron todas las mujeres embarazadas y puérperas activas de El Salvador, tomando una muestra no probabilística de casos consecutivos, en la que se tomó por conveniencia a las 65 mujeres con inscripción puerperal registradas en ambas unidades de salud. La fuente de información fue secundaria. La información obtenida fue registrada en una base de datos en Excel v. obteniendo frecuencias y porcentajes. Los resultados fueron variados desde que no había registro de todos los segmentos del carné materno prenatal, interpretándose como parte de la responsabilidad del personal de salud la importancia del uso adecuado de dicho instrumento, a la vez que la calidad de los controles prenatales definiéndose como completos, periódicos y precoz están relacionados con resultados favorables perinatales, finalizando en partos normales.

---

Encontrado los siguientes resultados Los resultados fueron variados desde que no había registro de todos los segmentos del carné materno prenatal, interpretándose como parte de la responsabilidad del personal de salud la importancia del uso adecuado de dicho instrumento, a la vez que la calidad de los controles prenatales definiéndose como completos, periódicos y precoz están relacionados con resultados favorables perinatales, finalizando en partos normales.

En el análisis que se realizó se destacó que los exámenes de laboratorio son importantes en el registro de la historia clínica prenatal, ya que a pesar que se presentó un 66% de controles completos, se obtuvo un 43% de pacientes con resultados no favorables, dando un valor de 9.2% de pacientes con controles completos y que a la vez el embarazo finalizó con alguna complicación.

### **Antecedentes Nacionales**

El contexto nacional, se han realizado diversas investigaciones tales como que justifican la importancia de esta investigación:

La investigación realizada por Zeron Parrales & Sánchez Sandoval, (2015) objetivo evaluar la calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal en el Hospital Primario Ambrosio Mogorron en el primer semestre del año 2015. Constituye un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. El universo fue constituido por 1,064 embarazadas activas en el sistema de salud durante el periodo de estudio, la muestra correspondió a 69 historias clínicas perinatales de embarazadas activas, se realizó un muestreo probabilístico, aleatorio sistemático. La fuente de información fue secundaria. La información obtenida fue registrada en una base de datos en Excel v. obteniéndose frecuencias y porcentajes.

Los resultados más llamativos están el bajo cumplimiento de las 13 actividades registradas en la HCP con apenas un 23%. Entre otros registros de bajo porcentaje están la Curva de Incremento de peso materno 49%, la curva de altura uterina 45%, la Consejería de Lactancia Materna 54%, la preparación del parto 35%. En el análisis del llenado de la Historia Clínica Perinatal se encontró que en el segmento de identificación, las limitaciones se en el registro del teléfono, lugar de parto/ aborto y el número de identidad. En cuanto al segmento de antecedentes se encontraban registrados en su totalidad. El déficit en los exámenes de laboratorio está en su mayoría en Chagas, Paludismo/Malaria, Bacteriuria, Glicemia en

---

Ayunas y prueba de Estreptococo. Durante el registro de la gestación actual la mayor debilidad está en el registro de la curva de incremento de peso materno, la curva de altura de fondo uterino, la preparación del parto y la consejería para la lactancia materna.

Otro estudio realizado fue el de (Somarribas López y otros, 2019), presente estudio tiene como objetivo determinar el cumplimiento de los estándares de calidad en el llenado de la Historia Clínica Prenatal en el Centro de Salud Carolina Osejo, Villa nueva-Chinandega en Primer trimestre 2019, el cual es un estudio descriptivo y de corte transversal, el universo lo constituyeron 46 expedientes de mujeres registradas en el sistema Informático Perinatal de dicho centro de salud las cuales fueron seleccionadas mediante la técnica muestral de tipo no probabilístico por conveniencia.

Para la obtención de la información se utilizó la base de datos del Sistema Informático Perinatal donde se registraron las Hojas de HCPB de las pacientes egresadas del servicio en el periodo de estudio ya descrito. Se realizó validación del instrumento utilizado (HCPB).

Los resultados obtenidos reflejan que la mayoría de los acápites de datos generales se encontraban registrados en el 43.47% y siendo solo en un menor porcentaje no cumplían con el registro, relación a los antecedentes personales y familiares se encontraron registrados los antecedentes personales en el 100% de los casos, con relación al segmento antecedentes gineco obstétricos se encuentran registrados el 93.47% de las variables, Con respecto al segmento embarazo actual, el cual se constituye como el más extenso de los valorados en el presente estudio, se detectó un cumplimiento del 67.3% de llenado en las HCP.

Se puede concluir que se encontraron debilidades en cada acápite de la HCP, siendo el más afectado el segmento correspondiente a los datos generales y gestación actual, siendo este último de gran importancia para determinar calidad de atención al ingreso y en controles subsecuentes. Se deduce que hay un pobre cumplimiento de los estándares de calidad en el llenado de la HCP en general, lo que efectivamente repercute en la calidad de atención a las pacientes embarazadas. Por lo que se recomienda brindar a todo el personal tanto médicos, como enfermería capacitación continua de la importancia del llenado de las HCP detectando tempranamente factores de riesgo.

---

## MARCO TEORICO

### Marco teórico Base teóricas

#### Historia clínica: contexto histórico, legal y Sanitario.

La historia clínica ha ido evolucionando y adecuándose a cada momento histórico y a las necesidades de registro que la epidemiología demanda.

En los orígenes de la Historia Clínica encontramos los papiros de **Mesopotamia** y el **Antiguo Egipto** que registraban los datos de fallecimientos. La medicina técnica nace en la **antigüedad clásica greco-romana**, hacia el 500 a.C., en que se sustituyen los conceptos empíricos, de creencias o mágicos por la fundamentación natural. Es en esta época cuando nace la profesión médica. Se establece una formación. Aparecen las primeras escuelas de medicina como la de Cos.

Los médicos formados en Cos eran muy sensibles al aspecto individual de enfermar, como lo demuestran los relatos recogidos en el Corpus Hippocraticum. El Corpus Hippocraticum constaba de una serie de libros escritos entre los siglos V y I a.C. que daban una visión científica de la enfermedad sin olvidar aspectos filosóficos.

De esta época proviene el **Juramento Hipocrático** que ha perdurado hasta nuestros días. Hipócrates (460 a.C – 377 a.C.) perteneció a la escuela de Cos y a él se atribuyen varios de los libros incluidos en el Corpus Hippocraticum. El Juramento Hipocrático era efectuado por el aspirante al ingresar en la escuela de medicina, que se comprometía a tener un código deontológico de alto valor ético.

En la **Roma** imperial se importaron los modelos griegos y se desarrollaron las escuelas metódicas que pervivieron durante los siglos I y II d. C. Su creador fue Tesalio de Tralles al que se le considera el creador de la medicina de cabecera. Al final de este período se comienza a exigir el título para ejercer. Las obras de Galeno de Pergamo (129 d.C – 201 d.C.) tuvieron gran influencia en el mundo romano y amplia difusión en la edad media a

---

través de los árabes.

A partir del año 476 d.C. (caída del Imperio Romano de Occidente) entramos en la **Edad Media** que llegará hasta el año 1453 con la invasión por los turcos de Constantinopla. En este período destacó la medicina del mundo árabe. Son muchos los tratados, recopilaciones y comentarios de las obras de Avicena y otros sabios árabes. En el mundo cristiano predominan los textos breves, ligados a los monjes.

Después del siglo X aparecen las **primeras escuelas**. La primera institución docente fue la escuela laica de Salerno (Italia) X. De esta escuela es el Articella, considerado el primer libro de texto médico.

El desarrollo de las universidades fue muy importante en la evolución de la Documentación Médica. Se recuperan textos y conocimientos, proliferan los tratados, y se empiezan a clasificar los temas por especialidades. En el **siglo XVI** se incorpora la enseñanza de la disección y se publican los primeros tratados de anatomía.

Durante el **siglo XVII** surgen una serie de profesionales que, con una serie de reuniones y tertulias informales formarán asociaciones que se convertirán después en las Academias. Las primeras en fundarse fueron las de París y Londres. Estas entidades crearán las primeras revistas. A partir del siglo XVIII aparece el periodismo científico y con él las revistas y artículos sobre las diferentes ciencias de la época.

Pero no es hasta el **siglo XIX** cuando la medicina adquiere el estatuto de ciencia Médica. Se hace de la ciencia una profesión pagada. Al mismo tiempo la relación médico-enfermo se convierte en un proceso científico que es recogido por el médico en la documentación clínica: nace la *Historia Clínica*. Se empiezan a crear los primeros archivos de Historias Clínicas.

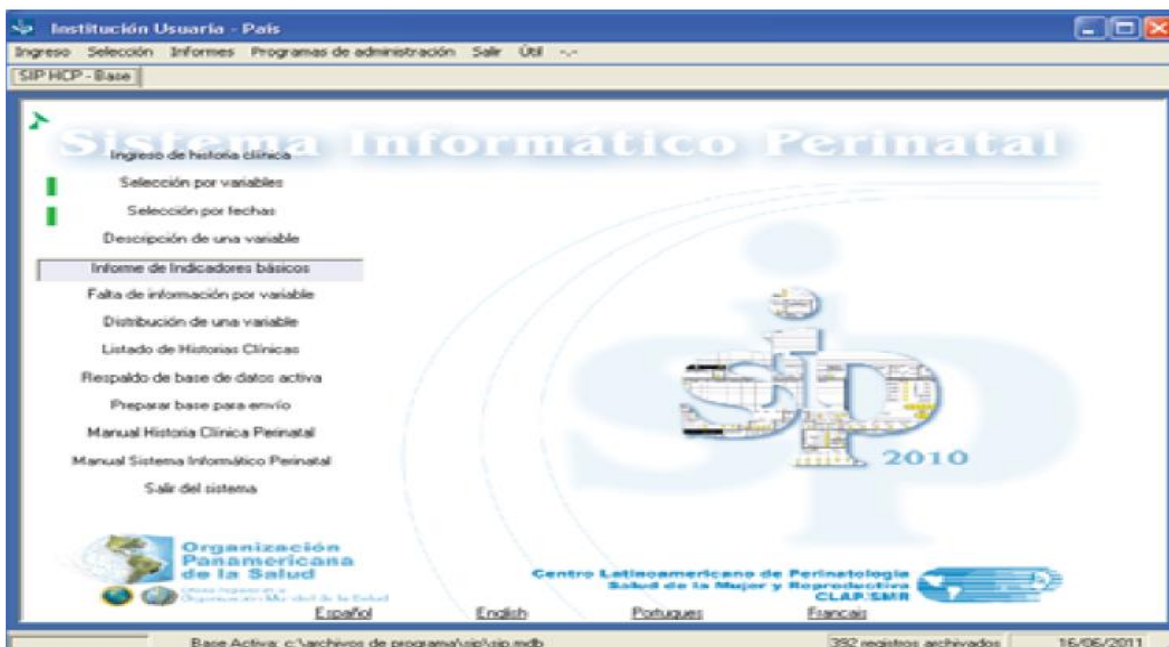
En Estados Unidos se funda la **Biblioteca Médica Nacional** en 1876. En 1879 aparece el primer volumen del Index Medicus que recogía 18000 artículos al año. A principios del siglo XX se creó una **Historia Clínica por paciente** (Siegler, 2010), siendo a finales de 1960 cuando se ideó una forma diferente de estructurar la información en base a una lista de problemas y de ordenar las evoluciones en el contexto específico (Wedd, 1968).



En el **siglo XX** surge la llamada *explosión de la información*. Las publicaciones médicas aumentan. La documentación clínica pasa de ser propiedad del médico a ser propiedad del centro y también del propio paciente. Una nueva legislación a finales del siglo XX obligará a cambiar totalmente el uso de la información y la documentación médica.

Para el Ministerio de salud de Nicaragua la Historia Clínica Perinatal constituye la fuente de datos más valiosa para conocer las características de la población usuaria, evaluar los resultados de la atención brindada, identificar los problemas prioritarios y realizar investigaciones operativas. Para que este propósito se pueda lograr, es indispensable que existan mecanismos que faciliten el rápido almacenamiento y aprovechamiento de los datos y que sean factibles de ser utilizados por el personal de salud, por el cual con apoyo de OPS han implementado el Sistema Informático Perinatal y está constituido por la Historia Clínica Perinatal (HCP), el Carnet Perinatal (CP) y el sistema computarizado con programas para el procesamiento de la información.

La HCP cumple con la finalidad de reunir en una sola hoja una serie de datos de consenso universal que resumen la información mínima indispensable para la adecuada



atención de la embarazada y el recién nacido (a).

Por tanto, la HCP se trata de un formulario único, de uso sencillo y bajo costo, que reúnen en una sola hoja una serie de preguntas que representan una guía sistematizada para la

---

obtención de información vinculada con la atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido.

### **Calidad de la atención**

*Todos los aspectos abordados en este apartado se basan en la normativa 011- Tercera Edición Norma para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo.*

El término calidad etimológicamente proviene del latín *qualitas* que significa perfección. La Real Academia Española (RAE) lo define como la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie. Por otra parte, para el Instituto de Medicina de EEUU la define como “El grado en el cual los servicios de salud para la persona y comunidad incrementan la probabilidad de alcanzar los resultados de salud deseados y son consistentes con la actualización de los conocimientos de los profesionales” (Padovani Cantón y otros, 2012, pág. 2). Por otra parte, la normativa de atención prenatal de bajo riesgo del MINSA define calidad de atención como la secuencia de actividades normadas que relacionan al proveedor de los servicios con el usuario y con resultados satisfactorios (2020)

La calidad tiene como objetivo lograr una atención de salud segura y confiable. Por segura se entiende que el paciente reciba una atención exenta de errores, donde se logre restablecer su salud en la medida de lo posible y sin que de la atención recibida deriven lesiones colaterales que, no por no ser deseadas ni intencionales, no dejan de ser perjudiciales; por confiable se deduce que los usuarios, tanto pacientes como familiares, perciban la seguridad que se les brinda de forma tal que confíen en la labor de los trabajadores de la salud de forma total. Por tanto, es importante el cumplimiento de los estándares de calidad en el llenado de la historia clínica perinatal.

En la actualidad no existen instrumentos universales para la medición de la calidad de atención sanitaria, dado que la amplia gama de perspectivas que esta puede tomar genera que la medición sea dependiente del observador que la realice. En Nicaragua, se establecen seis dimensiones a tomar en cuenta durante la evaluación de la calidad de atención, las cuales incluyen efectividad, oportunidad, seguridad, eficiencia, equidad y atención centrada en la persona, familia y comunidad. (MINSA, Ni, 2016)

---

La OMS plantea requisitos necesarios para alcanzar la calidad en salud, siendo estos: alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción, y valoración del impacto final en salud.

#### Objetivos de Desarrollo del Milenio

Los ODM corresponden a ocho objetivos establecidos en la declaración del milenio de la Naciones Unidas, firmada en septiembre de 2000, donde las diferentes naciones se comprometen a luchar contra la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación medioambiental y la discriminación de la mujer. Estos incluyen (OMS, Objetivos de Desarrollo sostenible (ODS), 2018):

- 1) Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
- 2) Lograr la enseñanza primaria universal.
- 3) Promover la igualdad entre sexos y empoderamiento de la mujer.
- 4) Reducir la mortalidad infantil.
- 5) ***Mejorar la salud materna.***
- 6) Combatir el VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades.
- 7) Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
- 8) Fomentar una alianza mundial para el desarrollo.

De especial relevancia para esta investigación es el quinto objetivo que plantea mejorar la salud materna. Este objetivo abarca dos metas principales, que son reducir en tres cuartas partes la razón de mortalidad materna y lograr acceso universal a la salud reproductiva. (OMS, Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), 2018)

#### **Atención Prenatal.**

Se entiende por atenciones prenatales (control antenatal, asistencia prenatal, control prenatal, consulta prenatal, cuidado prenatal) a la serie de consultas, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.

Esta serie de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, están destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar la 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.

---

Un cuidado prenatal eficiente debe cumplir con cuatro requisitos básicos:

1. precoz,
2. periódico,
3. completo,
4. de amplia cobertura.

**1. Precoz:** la primera consulta debe realizarse tempranamente; en lo posible durante el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental de los cuidados. Además, torna factible la identificación temprana de los embarazos de riesgo, lo que aumenta la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso según las características de la atención que deba proveerse.

**2. Periódico:** la frecuencia de las consultas prenatales varía según el grado de riesgo que presenta la embarazada. Las mujeres con embarazos de bajo riesgo requerirán un número menor de controles (un mínimo de seis APN y dos evaluaciones integrales) que las mujeres con embarazos de riesgo.

**3. Completo:** los contenidos mínimos de los cuidados deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

**4. Amplia cobertura:** cuanto más alto sea el porcentaje de la población con acceso a los cuidados (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas), mayor será el impacto positivo sobre la morbilidad materna y perinatal.

#### CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA EMBARAZADA DURANTE LA ATENCIÓN PRENATAL

La clasificación del riesgo está basada en el documento de la OMS *“Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo*

---

*modelo de control*”. En principio, el nuevo enfoque de control prenatal de la OMS divide a las embarazadas en dos grupos (Ministerio de Salud de Nicaragua , 2020)

- a) Aquéllas elegibles para recibir el APN de rutina llamado **componente básico (BAJO RIESGO)**
- b) Y aquéllas que necesitan **cuidados especiales (ALTO RIESGO)** determinados por sus condiciones particulares de salud y/o factores de riesgo.

### **Factores de riesgo.**

Para la identificación de factores de riesgo durante el embarazo, se utilizará el **Formulario de clasificación** (Ver Anexo 1), debe ser usado desde la primera atención prenatal, ya que permite detectar el riesgo de cada embarazada, al identificarlas con probabilidad de desarrollar complicaciones en el embarazo o parto y cuales seguirán el componente básico.

- El formulario contiene 18 preguntas en la lista de control que requieren respuestas binarias (sí/no). Cubren los antecedentes obstétricos de la mujer, su embarazo actual y las patologías médicas generales.
- Las mujeres que responden ‘sí’ a cualquiera de las 18 preguntas no son elegibles para el componente básico del nuevo enfoque de control prenatal de la y deben recibir el cuidado correspondiente a la patología detectada.
- El **formulario debe aplicarse en cada atención prenatal** y de acuerdo a resultados la mujer puede continuar en **BAJO RIESGO** o progresar a **ALTO RIESGO**.

## **VIGILANCIA DURANTE LA GESTACIÓN, EVALUACIÓN DEL RIESGO CONCEPCIONAL Y CONDUCTAS**

El orden elegido para presentar las acciones específicas y las tareas que se proponen desarrollar en cada atención prenatal de calidad trata de acompañar la diagramación presentada en la Historia Clínica Perinatal del CLAP/SMR (Ver Cuadro 3). Esta historia será la hoja de ruta por la que deberá transitar el personal de salud cuando quiera brindar una atención de calidad a la gestante y su hijo/a.

**Cuadro 3. Acciones específicas y tareas propuestas para las atenciones prenatales**

Acciones específicas	Tareas propuestas
1. Confirmar el embarazo.	1.1 Realización de exámenes clínicos y paraclínicos para diagnosticar embarazo.
2. Mejorar la calidad del cuidado prenatal.	2.1 Utilización de algunas tecnologías apropiadas.
3. Obtener datos para planificar el cuidado prenatal, la atención del parto, el puerperio y el recién nacido.	3.1 Uso de la Historia Clínica Perinatal/Carné Perinatal. 3.2 Empleo del Sistema Informático Perinatal.
4. Conocer información relevante del embarazo.	4.1 Anamnesis. Evaluación del riesgo perinatal. 4.2 Interrogatorio sobre estilos de vida de riesgo: tabaquismo (activo y pasivo), drogas, alcohol y violencia.
5. Fijar un cronograma que permita planificar las consultas y las actividades de la atención prenatal.	5.1 Determinación de la edad gestacional y de la fecha probable de parto. 5.2 Ecografía del primer trimestre
6. Evaluar el estado nutricional materno.	6.1 Medición del peso y de la talla materna. 6.2 Cálculo del incremento de peso durante la gestación. 6.3 Orientación nutricional.
7. Evitar infecciones prevenibles por inmunización.	7.1 Tétanos. 7.2 Influenza.
8. Evitar otras infecciones de transmisión vertical durante el embarazo.	8.1 Toxoplasmosis. 8.2 VIH. 8.3 Zika. 8.4 Sífilis. 8.5 Enfermedad de Chagas. 8.6 Paludismo. 8.7 Estreptococo del grupo B.
9. Evitar otras infecciones.	9.1 Moniliasis vulvo-vaginal. 9.2 Vaginosis bacteriana. 9.3 Tricomonirosis. 9.4 Gonococia. 9.5 Clamidia. 9.6 Herpes simple. 9.7

10. Detectar posibles procesos sépticos bucodentales.	10.1 Examen bucodental.
11. Detectar posibles alteraciones del pezón, patología inflamatoria y/o tumoral de la mama.	11.1 Examen de las mamas.
12. Descartar cáncer de cuello, lesiones precursoras y evaluar la competencia cervical.	12.1 Examen genital, colpocitología oncológica, colposcopia.
13. Pesquisar una posible incompatibilidad sanguínea materno-feto-neonatal.	13.1 Determinación del grupo sanguíneo y el factor Rh.
14. Prevenir, detectar y tratar la anemia materna.	14.1 Determinar niveles de hemoglobina. 14.2 Administración de hierro y ácido fólico.
15. Descartar proteinuria, glucosuria y bacteriuria.	15.1 Examen de orina y urocultivo. 15.2 Urocultivo para la detección de bacteriuria asintomática. 15.3 Tratamiento de la bacteriuria asintomática.
16. Detectar diabetes mellitus clínica y gestacional.	16.1 Determinación de glucemia y prueba de tolerancia oral a la glucosa.
17. Brindar contenidos educativo-informativos para el parto y lactancia.	17.1 Preparación para el parto. 17.2 Consejería para el amamantamiento. 17.3 Consejería y promoción de anticoncepción
18. Confirmar la existencia de vida fetal.	18.1 Pesquisar movimientos fetales. 18.2 Detectar latidos cardíacos fetales.
19. Anticipar el diagnóstico y prevenir el parto prematuro.	19.1 Evaluar el patrón de contractilidad uterina.
20. Pesquisar alteraciones de la presión arterial.	20.1 Hipertensión previa al embarazo. 20.2 El síndrome de hipertensión inducida por el embarazo (preeclampsia). 20.3 Hipotensión arterial.
21. Descartar alteraciones en el crecimiento fetal.	21.1 Evaluación del crecimiento por medición de la altura uterina, ganancia de peso materno, ecografía.
22. Detectar precozmente el embarazo múltiple para prevenir sus complicaciones.	22.1 Diagnóstico del número de fetos y corionicidad.
23. Pesquisar presentaciones fetales anormales.	23.1 Examen de presentación fetal.
24. Detectar posibles distocias pélvicas.	24.1. Evaluación de la pelvis.
<b>En cada APN brindar consejería en LM, plan de parto, planificación familiar, alimentación y nutrición durante el embarazo, uso de la casa materna, parto institucional e identificación de señales de peligro durante el embarazo, parto, puerperio y del/la RN, prevención de ITS y VIH y prevención de VBG.</b>	

### Uso de la Historia Clínica Perinatal (HCP) y el Carné Perinatal del CLAP/SMR

Para garantizar una correcta ejecución de la norma de atenciones prenatales es imprescindible disponer de un sistema que permita registrar toda la información relevante para una adecuada planificación de la atención de la embarazada y su hijo.

---

## Historia clínica Perinatal

La historia clínica perinatal (HCP) fue diseñada para uniformar el contenido de la documentación correspondiente al embarazo, el parto y el puerperio, y al recién nacido en el período neonatal inmediato. Este formulario es suficiente para el bajo riesgo materno-perinatal, que comprende a la mayoría de la población. El anverso de la HCP (Ver Anexo 2) reúne en una página los datos mínimos indispensables para la planificación de la atención del embarazo, el parto y el puerperio, y del recién nacido. Cuenta además con un sistema de advertencias (en color amarillo) sobre algunos factores que pueden elevar el riesgo perinatal o que requieren mayor atención, seguimiento o cuidado. Este color se usa como código internacional de alerta.

El reverso de la HCP (Ver Anexo 2) consta de una actualización que permite registrar variables de morbilidad materna grave y también de morbilidad materna extremadamente grave, además del sector destinado al egreso materno.

## Carné perinatal

El carné perinatal (CP) del CLAP/SMR es un instrumento que permite integrar las acciones que el equipo de salud realiza durante el embarazo, el parto y el puerperio. Tiende a evitar la falta de datos que puede producirse en algún momento de estas etapas del proceso reproductivo y con ello contribuye a mejorar la calidad de la atención. Debe estar siempre en poder de la embarazada, quien lo utilizará para toda acción médica que solicite en su estado grávido-puerperal. El carné perinatal podría, además, ser un instrumento eficaz para mejorar la concientización sobre la salud y la comunicación entre las mujeres y el personal de salud.

Ver Anexo 3

El llenado correcto de la HCP y Carné Perinatal se realizará según lo estipulado en la Normativa 106 "Llenado correcto de la Historia Clínica Perinatal" del MINSA



## Segmentos de la Historia Clínica Perinatal

### 1. Segmento – Identificación

El formulario muestra los siguientes campos y opciones:

- IDENTIFICACIÓN:** NOMBRES, APELLIDOS, DOMICILIO, MUNICIPIO DE RESIDENCIA, TELEF, CODIGO LUGAR DE APN, NOMBRE US DE APN.
- FECHA DE NACIMIENTO:** Día, Mes, Año.
- EDAD (años):** Dos espacios para el día y mes, con un círculo amarillo para marcar si es menor de 20 o mayor de 35 años.
- ETNIA:** Opciones: Blanca, Indígena, Mestiza, Negra, Otros.
- ALFA BETA:** Opciones: Alfa, Beta.
- ESTUDIOS:** Opciones: Primaria, Secundaria, Superior.
- ESTUDIO CUAL:** Opciones: Primaria, Secundaria, Superior.
- OTROS DATOS:** N° CONSULTAS, N° PARTO, N° PARTOS, N° PARTOS.

**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 de insistentes.

**Localidad:** Se refiere al nombre de la ciudad, municipio, pueblo, comarca.

La distancia es considerada parte de la segunda demora en la toma de decisión y la búsqueda oportuna de atención de salud, porque es importante el llenado correcto del aspecto demográfico de HCP

**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.

**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. El embarazo en los extremos de la edad fértil (adolescente y embarazo mayor a 35 años) es un factor de riesgo de morbilidad materna, perinatal e infantil; estudios internacionales han comprobado esta asociación. Las investigaciones que evalúan el pronóstico reproductivo en mujeres de 40 o más años, señalan el mayor riesgo de muerte materna, perinatal e infantil y de bajo peso al nacer y en el grupo de adolescentes el incremento está a expensas de la morbilidad asociada al estado gestacional.

**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? Si bien existe una sola Raza (Humana), sinónimo de especie humana, las poblaciones se agrupan en etnias.

**Alfabeta:** 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”

El nivel de estudio es considerado como un factor de riesgo potencial, por nivel educativo de la madre puede restar importancia a las orientaciones del personal de salud.

**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.

Edad (-20 y +35); Analfabeta, Soltera, Talla baja (menor de 1.50 metros) antecedentes familiares, Paridad (nulo o multiparidad) Periodo intergenesico corto (menor a 24 meses), Trabajo con predominio físico (excesiva carga horaria, exposición a agentes físicos – químicos biológicos, stress), Violencia en el embarazo. Aquellos que a pesar de su presencia no producen daño directo, pero de no tomar las precauciones de forma oportuna pueden vincularse a algún daño es decir, se convierten en factores de riesgo real

**Lugar de la atención prenatal:** Colocar nombre o código del Establecimiento de Salud donde se realiza la captación. En el caso del MINSA, se marcará cuando ocurra el evento y se obtendrá el código por estadísticas. Cuando la usuaria fuese captada en cualquier parte de nuestro país, y busca atención prenatal, se le dará seguimiento como subsecuente en el

Establecimiento de Salud donde ella asista. Si viene de otro país, y no esta registrada el censo gerencial de las embarazadas, puérperas y postnatales, se ingresara como una 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, números centrales que corresponden a la Fecha de Nacimiento y los otros cuatro números terminando en una inicial Mayúscula son del código asignado por el Consejo Supremo Electoral. Si no tiene cédula anotar el número de expediente asignado por el Establecimiento de Salud.

La fuerte asociación existente entre **malos resultados perinatales y bajo nivel socioeconómico y educacional** obliga a considerar estas variables toda vez que se evalúa a una gestante. Las malas condiciones socios educacionales se asocian a un menor número de consultas prenatales, a familias más numerosas, a hacinamiento, a mayor porcentaje de embarazadas que realizan trabajo físico, al mantenimiento de la actividad laboral hasta etapas más avanzadas del embarazo, a menor nivel de instrucción y a una mayor frecuencia de gestaciones en uniones inestables. (MINSA, 2020)

## 2. Segmento – Antecedentes Familiares, Personales y Obstétricos

El diagrama muestra un formulario de antecedentes médicos con las siguientes secciones:

- ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES:** Incluye ítems como TBC, hipertensión, diabetes, presión arterial, eczema, asma, VIH, anemia crónica, cardiopatía, hipertensión, diabetes, VIH, y otros. Cada ítem tiene un espacio para marcar 'SI' o 'NO'.
- OBSTÉTRICOS:** Incluye ítems como gestas previas (último previo con peso < 2500g o > 4000g), abortos (según consentimiento), parto (vaginal o cesárea), nacidos vivos (muertos 1º sem, después 1º sem, nacidos muertos).
- FIN EMBARAZO ANTERIOR:** Incluye ítems como memoria 1 año, memoria 2 años, memoria 3 años.
- EMBARAZO PLANEADO:** Incluye ítems como SI, NO.
- FRACASO METODO ANTICONCEPTIVO:** Incluye ítems como estado, método, uso, fracaso, método, anticonceptivo.

Estos datos se obtienen al momento de la primera consulta. Si la mujer es hospitalizada (por trabajo de parto, por aborto o enfermedad) en un establecimiento diferente al lugar de la atención prenatal, los datos de esta sección podrán obtenerse del Carné Perinatal o por interrogatorio directo al momento del ingreso.

**Antecedentes Familiares:** Se refieren a los parientes cercanos de la embarazada (padres, hermanos, abuelos, hijos, cónyuge). Preguntar: ¿En su familia alguien ha tenido...?

---

(mencionar cada una de las patologías de la HCP). Si la respuesta es afirmativa, preguntar ¿Quién?

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 marcara el tipo de Diabetes o si es Gestacional (Tipo I, Tipo II, G). El término cirugía genitourinaria no incluye a las cesáreas, pero si incluye las OTB. En cuanto al tema de violencia, se recomienda indagar simultáneamente tanto el antecedente como la presencia o no de indicadores de violencia en el embarazo actual (ver sección de Gestación Actual). Marcar el círculo “Si” o “No” según corresponda

Los antecedentes familiares y personales se consideran como factores de Riesgo Reales por que la presencia se asocia de forma directa al daño en base a las evidencias científicas disponibles. Ejemplo de ello son algunas patologías específicas relacionadas con la gestación múltiple, Pre eclampsia, diabetes, anemia.

#### **Antecedentes 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. Si corresponde se anotará el número de partos y de ellos preguntar: ¿Cuántos fueron partos vaginales y cuántos fueron por cesárea? 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.

**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.

**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.

**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 21 (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. La definición del intervalo intergenésico es un tema que ha generado discusión y sobre el que han surgido nuevos aportes.

---

**Embarazo Planeado:** Se refiere al embarazo deseado o que sucede en un momento oportuno cuando se cumplan ambas condiciones se marcara “si”, cuando no se cumpla una de las dos condiciones se macara “no” (en amarillo). Puede ayudar para identificar el embarazo no planeado preguntar: Cuando supo de este embarazo, ¿Quería estar embarazada? ¿Quería esperar más tiempo? o ¿No quería tener (más) hijos?

Fracaso Método Anticonceptivo (Fracaso Método Anticonceptivo.): Preguntar: Al enterarse de este embarazo: ¿Estaba usando algún método para evitar el embarazo? Marcar el círculo correspondiente de acuerdo a las respuestas posibles que están clasificadas como: No usaba ningún método (no usaba). Barrera: condón masculino, condón femenino, diafragma, capuchón cervical. Dispositivo Intrauterino (DIU). Hormonal: oral (píldoras), transdérmico (parche, vaginal), implante subdérmico o inyectable. Anticoncepción de emergencia (emergencia): Levonorgestrel solo o de estrógenos y progestina combinados. Métodos naturales (natural): método de día fijo, método de amenorrea por lactancia, abstinencia periódica, ritmo, Billings, entre otros.

El personal de salud deberá tener presente el **antecedente de un/a recién nacido/a con peso menor de 2500 gramos**, ya que esto expone a la gestante a mayor probabilidad de tener otro hijo con bajo peso al nacer. Aquellas gestantes con antecedentes de **macrosomía fetal** corren mayor riesgo de presentar un nuevo embarazo con un feto macrosómico; esto debería generar actividades para descartar alteraciones del metabolismo hidrocarbonado. La macrosomía fetal se puede acompañar de mayor intervencionismo obstétrico y por ende de mayor morbi- mortalidad perinatal.

El **antecedente de embarazo múltiple** obliga a descartar en forma exhaustiva un nuevo embarazo múltiple. Los embarazos múltiples exponen a las mujeres y a sus hijos a serios riesgos. La mortalidad fetal es 10 veces mayor que para los embarazos únicos. El alto índice de prematuridad y bajo peso se asocia a una alta mortalidad neonatal. La anemia, la pre eclampsia, la hiperémesis gravídica, la atonía uterina y la hemorragia posparto suelen verse más frecuentemente en los embarazos múltiples.

Es importante determinar si el **embarazo no estaba planificado**, ya que con frecuencia hay una asociación entre embarazos no planeados y embarazos no deseados. Cuando los

---

embarazos no son deseados, aumenta la probabilidad de que aparezcan complicaciones tales como: maniobras abortivas en ámbitos de riesgo, sintomatología física de rechazo (hiperémesis gravídica) y repercusiones emocionales que influirán sobre la gestante y su hijo (depresión, menor cuidado personal, conductas de riesgo, menor cuidado de su hijo).

Relevar el **uso de métodos anticonceptivos y el fracaso del método usado** especialmente en aquellas mujeres que no planificaron el embarazo constituye una información muy valiosa tanto desde el punto de vista poblacional (puesto que esto permite a los gestores establecer análisis sobre la accesibilidad a los métodos) como desde el punto de vista individual, ya que se podrá determinar, en casos de fracaso de métodos, las estrategias para brindar la anticoncepción apropiada a esa mujer una vez que finalice el embarazo actual

Preconcepciones: Diabetes, Hipertensión arterial, Tuberculosis, Nefropatías, Cardiopatías, Hepatopatías, Endocrinopatías, Trastornos psiquiátricos, Infecciones de transmisión sexual VIH – Sida, Otra patología ginecológica (cirugías pélvicas, Infertilidad, cáncer ginecológico), Varices en miembros inferiores, Hábitos de fumar, alcoholismo, drogadicción, Factor Rh.

Los datos relativos a los **embarazos anteriores** tienen valor para el pronóstico del actual embarazo. Hay una tendencia a que el riesgo se repita. Se deben jerarquizar aquellos datos que por su relevancia puedan influir sobre los resultados del embarazo actual; por ejemplo, tres abortos espontáneos consecutivos (que se marcan en un círculo amarillo) obligan al prestador a valorar esta condición y desarrollar las actividades que se consideren apropiadas para evitar un nuevo aborto.

La finalización del embarazo anterior es un dato de jerarquía cuando indique un corto intervalo intergenésico. La HCP advierte al personal de salud para que consulte el intervalo intergenésico. Cuando el intervalo sea menor de 1 año quedará registrado en amarillo como signo de alerta.

Un grupo técnico reunido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recomendado un espaciamiento de por lo menos 24 meses luego del nacimiento de un hijo vivo o de 6 meses en caso de aborto y un futuro embarazo, con la intención de reducir resultados adversos maternos, perinatales y neonatales. Nuevos estudios han confirmado esa



tendencia. Es importante tener en cuenta estos conceptos para asesorar a las mujeres acerca de cuál es el momento biológico más apropiado para un nuevo embarazo.

### 3. Segmento – Gestación Actual

The form is divided into several sections:

- PREVIO ANTERIOR:** Fields for previous pregnancy weight, height, and BMI.
- TALLA (cm) and IMC:** Fields for current pregnancy height and BMI.
- EX NORMAL:** A grid for recording various clinical signs like edema, heart rate, and blood pressure.
- CERVIX:** Fields for cervical examination results.
- GRUPO:** Fields for blood group and Rh factor.
- TOXOPLASMOSSIS:** Fields for toxoplasmosis screening results at different gestational weeks.
- SUPLENTO:** Fields for recording the use of various supplements.
- GLUCERNA EN AVUNIAS:** Fields for recording fasting and postprandial glucose levels.
- ESTREPTOCOCCO B:** Fields for Group B Streptococcus screening results.
- CONSEJERIA:** Fields for recording counseling sessions.
- VACUNAS:** A grid for recording the status of various vaccines.
- Other sections:** Fields for alcohol and drug use, and a section for recording dates of visits.

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

**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. Se recomienda pesar sin zapatos y con lo mínimo de ropa posible o una bata de examen. Calibrar la pesa al menos cada semana. Cuando el peso anterior es desconocido, estimarlo utilizando la tabla de peso materno para la talla, según edad gestacional diseñada por el CLAP. Preguntar ¿Cuánto pesaba antes de este embarazo? Se registrará el peso expresado en kilogramos.

Este dato es útil para evaluar el estado nutricional de la mujer antes del embarazo. La medida más utilizada es el Índice de Masa Corporal (IMC) que se calcula dividiendo el peso en kilogramos (Kg) sobre el cuadrado de la talla expresada en metros (m<sup>2</sup>) (IMC = Kg/Talla en m<sup>2</sup>).

**Talla (cm):** El peso materno pre gravídico insuficiente, la baja talla de la madre y el escaso o el exagerado incremento de peso durante el embarazo han sido asociados con malos resultados perinatales.

#### Procedimiento para estimar el peso cuando se desconoce

- ✓ Hasta las 13 semanas de gestación; usar el peso actual como peso pre gestacional para clasificar a la gestante según IMC.
- ✓ De 13 a más semanas de gestación: clasificar el estado nutricional de la



---

madre de acuerdo con la tabla CLAP "Peso para la Talla" según edad gestacional. Clasificar Normal si su peso está entre el P10 y P90, Sobrepeso cuando es mayor a P90 y como Bajo Peso. Para saber en dónde graficar, debe utilizar para cada APN dicha tabla. 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.

### **Cálculo del incremento de peso durante la gestación**

Cuando el peso pre gravídico es conocido o la primera consulta ocurre en el primer trimestre (y el peso determinado se asume como pre gravídico), se calculará el Índice de Masa Corporal (IMC) (dividiendo el peso en kilogramos entre la talla en metros al cuadrado: **peso [kg] / talla [m]<sup>2</sup>**). Esto permite estimar los rangos de aumento adecuado de peso según el IMC previo al embarazo. Como se ve en el cuadro 8, la ganancia adecuada dependerá del IMC inicial.

## Cuadro 8. Aumento de peso recomendado para mujeres según IMC pre gestacional

La evaluación del IMC es importante en cada atención prenatal con el debido análisis

Categoría de peso	IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Aumento total de peso (Kg)
Bajo peso	12,0-18,4	12,5-18,0
Peso normal (Eutrófica)	18,5-24,9	11,5-16,0
Sobrepeso	25,0-29,9	7,0-11,5
Obesidad	30,0 o más	5,0-9,0
Embarazo Gemelar	Independiente de IMC	15,9 – 20,4

e interpretación de la misma con el fin de poder ir integrando cada uno de los factores de riesgo y la aparición de complicaciones en cada una de las etapas de la gestación con el fin de realizarlas medidas correctivas permanentes.

**Gestación actual:** luego de haber confirmado el embarazo, se deberán establecer la edad gestacional y la fecha probable de parto. Los métodos habitualmente usados para determinar la edad gestacional son: a) Interrogatorio sobre la amenorrea; b) Evaluación del tamaño del útero, especialmente en el primer trimestre; y c) Antropometría ecográfica.

**Amenorrea:** la medición del tiempo transcurrido desde la fecha de la última menstruación (FUM) es el método de elección para calcular la edad gestacional en las mujeres con ciclos menstruales regulares y que no han usado en los últimos meses contraceptivos hormonales. Es necesario interrogar por única vez, en forma precisa y tranquila, acerca del primer día y el mes de la última menstruación. Si estos datos son confiables, a partir de ellos se calculará la edad del embarazo y la fecha probable de parto. Las semanas de gestación se pueden estimar usando el Gesto grama del CLAP/SMR. En su defecto, sumando los días transcurridos desde la FUM hasta la fecha de la consulta y dividiéndolos entre 7 también se obtendrán las semanas de amenorrea.

La fecha probable de parto (FPP) también se puede calcular fácilmente con el gesto grama del CLAP/SMR. Si no se cuenta con gesto grama o calendario obstétrico, la fecha

---

probable de partose puede determinar mediante el uso de una de las siguientes reglas:

- ⇒ **Wahl:** al primer día de la FUM agrega 10 días y al mes le resta 3.
- ⇒ **Naegele:** al primer día de la FUM agrega 7 días y al mes le resta 3.
- ⇒ **Pinard:** al último día de la FUM agrega 10 días y al mes le resta 3.
- ⇒ **280 días:** partiendo del primer día de la FUM se contarán 280 días sobre un calendario, la fecha correspondiente al día 280 será la FPP.

Para los propósitos de calcular la edad gestacional a partir del primer día del último período de menstruación normal y la fecha del parto, debe tenerse presente que el primer día es el día cero (0) y no el día uno (1); por lo tanto, los días 0 a 6 corresponden a la “semana cero completa”, los días 7 a 13 a la “semana uno completa”, y la 40a semana de la gestación es sinónimo de “semana 39 completa”. Cuando no se dispone de la fecha de la última menstruación normal, la edad gestacional debe basarse en la mejor estimación clínica. Para evitar confusiones, las tabulaciones deben indicar tanto las semanas como los días

**Estilos de vida de riesgo:** existen estilos de vida que pueden ser riesgosos para la mujer y su futuro hijo. El embarazo suele ser un momento especial en el que la mayoría de las mujeres están dispuestas a hacer “sacrificios” para garantizar la salud de su futuro hijo. Por esta razón, muchos programas para el cese del tabaquismo, el alcohol y las drogas psicoactivas suelen tener más éxito durante este período. Ocurre lo mismo con los aspectos vinculados a la violencia contra la mujer. Las mujeres que sufrieron violencia durante períodos prolongados y lo han aceptado están dispuestas a buscar ayuda mientras están embarazadas. Por estas razones, CLAP/SMR incorporó estos aspectos a la HCP.

**Consumo de café, té y bebidas de cola:** a las embarazadas con alto consumo diario de cafeína (más de 300 mg por día) se les recomienda la reducción de la ingesta diaria de cafeína durante el embarazo para reducir el riesgo de pérdida del embarazo y de recién nacidos de bajo peso.

El consumo de cigarrillos durante el embarazo ha sido asociado con:

- 
- ❖ Bajo peso al nacer.
  - ❖ Restricción en el crecimiento fetal.
  - ❖ Partos de pretérmino.
  - ❖ Muerte fetal.
  - ❖ Mayor ingreso a cuidados intensivos neonatales.

El consumo de alcohol durante el embarazo se ha asociado con defectos físicos y psíquicos al nacer que reciben el nombre de síndrome alcohólico fetal (SAF). No se han demostrado niveles de seguridad para beber alcohol durante el embarazo y la lactancia, por lo cual no se recomienda el consumo de alcohol durante el embarazo.

### **Evitar infecciones prevenibles por inmunización**

Las buenas prácticas de higiene durante el parto y el cuidado de la herida umbilical hasta que esta cicatriza son medidas que contribuyen a prevenir el tétanos neonatal y otras infecciones. La inmunización adecuada de las mujeres gestantes con (dT) es eficaz, incluso si la herida umbilical se infecta con *Clostridium tetani*. La HCP provee un recordatorio al personal de salud acerca del estado vacunal antitetánico de la embarazada.

El esquema de vacunación recomendado para la primera vacunación (toxoides diftérico en bajas dosis para adultos (dT), de mujeres en edad fértil, incluidas las embarazadas. Una estrategia mínima para proteger a los recién nacidos consiste en examinar los antecedentes de vacunación antitetánica de las embarazadas en la primera consulta de atención prenatal y administrarles las dosis faltantes en ese momento y en las consultas posteriores.

Las embarazadas y sus bebés están protegidos del tétanos asociado con el parto si la mujer recibió 6 dosis de DT a partir de la niñez o 5 dosis si empezó a ser vacunada en la adolescencia o la vida adulta (según la tarjeta o los registros o los antecedentes de vacunación) antes del comienzo de la edad fecunda. Se deben comprobar los antecedentes de vacunación para determinar si en el embarazo actual hace falta inyectar una dosis de DT.

La influenza es una infección vírica aguda causada por un virus de la influenza. Los virus de la influenza circulan por todo el mundo y se clasifican en tres tipos: A, B y C. El virus de la influenza A se clasifica a su vez en diferentes subtipos, según la combinación de

---

diversas proteínas de superficie. Entre los muchos subtipos del virus de la influenza A, los subtipos H1N1 y H3N2 son los que actualmente circulan en el ser humano.

Las embarazadas son más propensas a presentar infecciones respiratorias debido a cambios fisiológicos que se producen en el aparato cardiorrespiratorio e inmunológico.

La influenza en las embarazadas puede causar muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer y restricción del crecimiento intrauterino (recién nacido pequeño para la edad gestacional).

Diversos estudios ponen de manifiesto que el riesgo de mortalidad en el primer año de vida es casi el doble entre los/as niños/as nacidos/as de madres que padecieron influenza durante el embarazo que entre los nacidos de madres que no la padecieron. Las anomalías congénitas como el labio leporino y el paladar hendido, los defectos del tubo neural y las anomalías cardiovasculares, son entre dos y tres veces más frecuentes en los/as niños/as nacidos/as de madres infectadas por el virus de la influenza durante el primer trimestre del embarazo que en los nacidos de madres que no padecieron influenza durante el embarazo. También existe mayor riesgo de esquizofrenia en hijos/as de mujeres que padecieron influenza durante el embarazo. Las vacunas contra la influenza son eficaces para prevenir la infección y reducir la gravedad de la influenza en la madre y el recién nacido.

### **Examen físico Detectar posibles procesos sépticos bucodentales**

El examen bucodental debe incorporarse en la valoración clínica de toda gestante desde una perspectiva integral. No solo importa confirmar o descartar la presencia de caries dentales, sino que debe despistarse la enfermedad periodontal (EP) y las lesiones de la boca y la lengua. Es preciso recordar que en etapas iniciales la sífilis puede manifestarse únicamente por una lesión ulcerada (chancro sifilítico) y que puede aparecer en la mucosa bucal. Los riesgos tanto como para madre y el bebé relacionado a los malos hábitos perinatales, son en especial bajo peso al nacer y parto pre término, aborto, muerte fetal y preeclampsia. De confirmarse que la EP es un factor de riesgo independiente y modificable, su prevención y tratamiento, además de mejorar la salud de la mujer, permitiría mejorar los resultados perinatales.

---

**Detectar posibles alteraciones del pezón, patología inflamatoria y/o tumoral de la mama.**

**Examen de las mamas.**

El examen de las mamas es parte del examen ginecológico y se deberá efectuar en condiciones de privacidad y respeto. Se recomienda realizarlo en la primera consulta si el relacionamiento con la mujer lo permite. La HCP incorpora un recordatorio para que no olviden esta prestación.

Los cambios fisiológicos de la mama comienzan precozmente y son los últimos cambios en retirarse luego de la finalización del embarazo, condicionados por el tiempo en el que se mantiene la lactancia. El examen de mamas tiene como objetivos identificar trastornos que puedan interferir con la lactancia como alteraciones en el pezón, mastitis y patologías tumorales benignas y malignas

**Descartar cáncer de cuello, lesiones precursoras y evaluar la insuficiencia cervical.**

**Examen genital en la embarazada:** un correcto examen ginecológico incluye una detenida inspección vulvar, de las paredes vaginales y del cérvix con espéculo, y el tacto vaginal. Se recomienda hacer una evaluación en la primera consulta, previa consejería, en donde se les explique el objetivo y pasos del procedimiento que se realizará y el significado de los posibles resultados. De igual manera toda paciente debe recibir consejería al momento que se le entregue el resultado de la prueba de tamizaje/pesquisa sobre el siguiente paso a realizar y la importancia de no discontinuar su proceso de seguimiento.

Inspección visual: la inspección podrá hacerse con espéculo y podrá aplicarse ácido acético Lugol, sin embargo, la tinción con estas sustancias no mejora la sensibilidad para detectar cáncer de cuello y lesiones pre malignas por lo cual no se recomienda su uso en forma rutinaria. Inspección con ácido acético (vinagre): cuando se aplica sobre el cuello puede cambiar el color rosado normal tomando una coloración blanca (epitelio aceto-blanco), que indica una anormalidad. Inspección con lugol (solución de yodo-yodurada): cuando se aplica sobre el cuello normal, este se tiñe de color marrón oscuro, mientras que las lesiones sospechosas no se tiñen.

Tamizaje en la embarazada:

---

Si la embarazada tiene un PAP normal realizado de acuerdo al algoritmo de la normativa nacional, no será necesario repetirlo a menos que las normas así lo indiquen.

Criterios de exclusión para tamizaje con citología: embarazo en mujeres con citología previa negativa.

El embarazo es un criterio de exclusión para realizar tamizaje con prueba de ADN de VPH. Citología anormal en el embarazo: embarazadas con citología que reporta algún tipo de alteración relacionada con las Lesiones Intra epitelial, se remitirá inmediatamente al ginecólogo/a para valorar si es necesario realizar colposcopia. En general no se toma biopsia, a menos que haya sospecha de invasor, la que debe ser realizada por personal experimentado, no se deberá realizar legrado endo cervical.

**Factores de riesgo:** la multi paridad, las infecciones de transmisión sexual (ITS) (especialmente las vinculadas a las variedades 16 y 18 del virus del papiloma humano [HPV]), el tabaquismo activo y/o pasivo, los múltiples compañeros sexuales, el compañero sexual con muchas compañeras sexuales, el inicio temprano de las relaciones sexuales, las lesiones precursoras del cáncer de cuello (displasias o lesiones escamosas intra epiteliales). Las mujeres que iniciaron su vida sexual a edad muy temprana y tuvieron su primer embarazo a término a la edad de 17 años o menos, son casi dos veces más propensas a llegar a tener cáncer de cuello uterino posteriormente en la vida que las que tuvieron su primer embarazo a los 25 años o después

### **Pesquisar una posible incompatibilidad sanguínea materno-feto-neonatal**

Determinación del grupo sanguíneo, del factor Rh y de anticuerpos irregulares  
Las mujeres Rh negativas que cursan un embarazo con un feto Rh positivo tienen un 13% de probabilidad de isoimmunizarse como consecuencia de ese embarazo. La mayoría se inmunizarán durante el parto, mientras que una pequeña fracción lo hará durante el embarazo. Cuando existe incompatibilidad sanguínea de tipo ABO la probabilidad de a lo inmunización por Rh se reduce al 2%. La forma de disminuir la inmunización en mujeres gestantes se consigue con la aplicación de gammaglobulina anti-D dentro de las 72 horas: Del aborto (a toda mujer Rh negativa) o del parto a todas las púerperas Rh negativas, no inmunizadas previamente, con hijos Rh positivos.

---

## **Determinar niveles de hemoglobina y Administración de hierro y ácido fólico**

La anemia es un problema de salud pública por las consecuencias que tiene sobre la salud humana, especialmente en el embarazo, en que se asocia con aumento del riesgo de mortalidad materna, mortalidad perinatal (sobre todo en casos de anemia severa), prematuridad, bajo peso al nacer y RCF.

Se considera que una gestante padece anemia cuando el valor de hemoglobina es menor a 11,0 g/dL (durante el primer o el tercer trimestre) o cuando el valor de la hemoglobina durante el segundo trimestre es menor a 10,5 g/dL. Si la hemoglobina se sitúa entre 7,0 y 9,0 g/dL se considera que la anemia es moderada y cuando es menor a 7,0 g/dL la anemia se considera severa.

**Tamizaje para anemia en el embarazo:** en la primera consulta se incluye dentro del examen general de la gestante la inspección de piel y mucosas y el examen cardiovascular para descartar o confirmar una anemia.

Se recomienda suplementar a todas las embarazadas con **30 a 60 mg de hierro elemental<sup>a</sup> por día VO** para prevenir la anemia materna y reducir el riesgo de sepsis puerperal, bajo peso al nacer y nacimiento prematuro temprano.

**Prevención de los defectos del tubo neural:** para la prevención de los defectos del tubo neural las mujeres deberían recibir 0,4 mg/día de ácido fólico, desde unos tres meses antes de embarazarse (mínimo cuatro semanas antes) y continuar hasta el tercer mes de gestación.

Se recomienda la desparasitación preventiva (desparasitación), utilizando **dosis única de albendazol (400 mg) o mebendazol (500 mg)** como una intervención de salud pública para las embarazadas que viven en áreas donde la prevalencia de anquilostomiasis y/o infección por *T. trichiura* es del 20% o más; y donde la anemia es un problema grave de salud pública con una prevalencia de 40% o más entre las embarazadas.

## **Descartar proteinuria, glucosuria y bacteriuria**

### **Examen de orina y urocultivo**

La orina de la embarazada sufre modificaciones que son consideradas fisiológicas. Entre esas modificaciones es posible encontrar una disminución progresiva de la diuresis y de la densidad urinaria; también es relativamente frecuente identificar glucosuria, y hasta es



---

factible observar proteinuria de hasta 0,3 g/L en la orina de 24 horas. Por el contrario, el sedimento urinario no se modifica sustancialmente.

**Examen de orina:** a través de la orina es posible detectar afecciones que ponen en riesgo la vida de la mujer, del/la niño/a o ambos. Los elementos más frecuentes que se pueden identificar en la orina y permiten sospechar patologías durante el embarazo son: **proteínas, bacterias y glucosa**

Aunque la presencia de glucosa en la orina puede ser normal durante el embarazo, niveles > 250 mg/dL pueden relacionarse con una diabetes gestacional. Las proteínas pueden indicar una infección urinaria, enfermedad de los riñones o trastornos hipertensivos del embarazo.

Un examen de orina en la **primera consulta** para descartar la existencia de lesiones renales (hematuria, proteinuria, cilindruria, etc.) y de diabetes (glucosuria).

Un segundo examen **próximo a las 28 semanas** que tendrá como principal finalidad la detección de proteínas para descartar una pre eclampsia. Un tercer examen de orina **entre las 33 y 35 semanas** podrá detectar cualquiera de las tres condiciones patológicas señaladas, aunque su principal finalidad sea descartar pre eclampsia. También será útil para descartar una infección urinaria.

La proteinuria usualmente es el signo de aparición más tardío en el curso clínico de la pre eclampsia y se relaciona con la magnitud de la presión arterial. La proteinuria suele aparecer cuando las cifras de presión diastólica alcanzan los 90 mm de Hg y es mayor cuanto mayor sea la hipertensión.

## **Descartar diabetes mellitus clínica y gestacional**

### **Determinación de glucemia y prueba de tolerancia oral a la glucosa**

En general los casos de gestantes con DM que concurren al control prenatal suelen ser identificables por presentar antecedentes familiares de la enfermedad, sintomatología clínica, historia obstétrica con malos resultados o hallazgos obstétricos orientadores que permiten sospechar el diagnóstico. No es tan sencillo diagnosticar los casos de DG de la población general de embarazadas, para ello se requiere el empleo de procedimientos de detección.

---

## **Evitar otras infecciones de transmisión vertical durante el embarazo**

### **Prevención, detección y tratamiento de toxoplasmosis, VIH, Zika, sífilis, Enfermedad de Chagas y Malaria**

Las infecciones de transmisión vertical se definen como aquellas infecciones que se transmiten de la embarazada al feto o al recién nacido. La transmisión de estas infecciones puede ocurrir:

- ❖ Durante el embarazo, principalmente por vía trans placentaria;
- ❖ Durante el parto, a través del contacto con sangre o secreciones infectadas en el canal del parto;
- ❖ Después del parto, a través de la lactancia materna o contacto con secreciones maternas.

Son numerosas las infecciones que pueden ser transmitidas por la mujer al niño durante el embarazo, el parto y el puerperio y que significan un riesgo de enfermar o morir para el feto o recién nacido/a. Por lo importante se vigila durante el embarazo de estas infecciones que se han incorporado a la historia clínica perinatal del CLAP/SMR: toxoplasmosis, VIH, Zika, sífilis, enfermedad de Chagas, paludismo, estreptococo del grupo B.

La toxoplasmosis congénita puede provocar severos daños, tales como muerte fetal, coriorretinitis, calcificaciones intracerebrales, micro o hidrocefalia, que pueden determinar retardo mental, convulsiones, o ceguera.

### **VIH y Sida**

La pandemia del virus de inmunodeficiencia humana es una infección que se distribuye en todos los grupos etarios, con afectación importante entre adolescentes y jóvenes (15 a 24 años), y afecta cada vez más a mujeres y niños/as. La mayoría de los/as niños/as que contrajeron la infección lo hicieron mediante la transmisión materno-infantil, que puede producirse durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto o durante la lactancia materna. La lactancia materna aumenta el riesgo de la transmisión de un 5 a un 45%. En general, las niñas y niños alimentados del pecho materno, incrementan el riesgo de adquirir la infección en un 4% durante la lactancia en los primeros 4 meses de vida, y entre el 15-20% cuando esta dura más de 6 meses.

---

### **Momento para el envío de la Prueba de VIH:**

- ✓ Efectuar la primera prueba al momento de la captación (antes de las 12 semanas)
- ✓ Segunda prueba a las 26 semanas de gestación
- ✓ Siempre que no exista evidencia de habérsela realizado (verificarlo en la HCP).

### **Zika**

El virus Zika es un flavivirus primariamente transmitido por el mosquito *Aedes aegypti*, el cual también es responsable de transmitir el dengue y la fiebre chikungunya. Aparentemente no existe mayor susceptibilidad para la infección por el virus Zika en embarazadas en comparación con las mujeres no embarazadas o con la población general. Existen casos reportados de presunta transmisión sexual durante relaciones sexuales sin protección con una pareja masculina con una historia compatible con síntomas de infección por el virus Zika. La persistencia del virus en el semen no ha sido bien investigada aún.

**Evaluación de posibles complicaciones fetales:** las anomalías fetales asociadas a la infección por el virus Zika incluyen microcefalia, calcificaciones intracraneales, lesiones oculares o calcificaciones. Otras incluyen ventrículo megalia, desarrollo anormal de la corteza cerebral, atrofia cerebral, disgenesia del cuerpo calloso, anomalías cerebelosas como la atrofia, hipoplasia del tronco encefálico, microoftalmia, y artrogriposis. Se han reportado también restricción del crecimiento intrauterino, evidencia de insuficiencia placentaria y muerte fetal intrauterina.

### **Sífilis**

La sífilis es una infección de transmisión sexual (ITS) provocada por una espiroqueta, el *Treponema pallidum*. Debido a que la primera infección puede ser asintomática, o presentar su signo más precoz (chancro) en un lugar oculto que lo haga pasar desapercibido, se deberán realizar pruebas para el tamizaje de sífilis durante el embarazo a todas las embarazadas.

Pruebas diagnósticas: el diagnóstico serológico de la sífilis se basa en la realización de pruebas treponémicas y pruebas no treponémicas, se orienta realizar la primera al momento

---

de la captación (antes de las 12 semanas), una segunda prueba a las 26 semanas de gestación.

**Repercusión feto-neonatal:** la infección del Rn se produce a través de la placenta y suele ocurrir entre las semanas 16 y 28 del embarazo, pero se han descrito casos con 9 semanas de gestación. Aunque la transmisión suele ocurrir en los dos últimos trimestres del embarazo, la espiroqueta puede atravesar la placenta en cualquier momento. Además de muerte en la etapa fetal o neonatal, los/as niños/as que nacen con sífilis congénita podrán presentar múltiples manifestaciones mucocutáneas las que se observan en el 70% de los/as recién nacidos/as y pueden ser evidentes en las primeras semanas de vida.

Los síntomas cutáneos incluyen:

- Pénfigo palmo plantar (vesículas ampollosas en palmas y plantas, de contenido turbio y verdoso, que se rompen rápidamente dejando la dermis descubierta).
- Sifíldes maculo papulosas: en extremidades y zonas periorificiales. Inicialmente tienen un color sonrosado y luego se pigmentan (manchas color café con leche);
- Edema difuso de la piel con afectación palmo plantar;
- Alopecia anterior;
- Rágades peribucales y en el margen perianal;
- Ulceración de la cicatriz umbilical (chancro).
- Los síntomas mucosos incluyen:
  - rinitis o coriza sifilítica. Es el signo más precoz de la sífilis congénita (secreción mucohemorrágica y ulceraciones naso labiales).
- También pueden presentar síntomas viscerales, entre los que se incluyen:
  - hepato-esplenomegalia. Otras visceromegalias suelen aparecer tardíamente.
- síntomas óseos como:
  - nariz en silla de montar;
  - tibias en sable;
  - dientes de Hutchinson

## Chaga

La enfermedad de Chagas es causada por el *Tripanosoma cruzi*. La prevalencia de infección por *T. cruzi* en gestantes varía entre 5 y 40%, según área geográfica. Debido al aumento de

Momento	Intervención
<b>Embarazo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tamizaje de la Enfermedad de Chagas de rutina en todas las embarazadas.</li><li>• Atención y seguimiento de las mujeres embarazadas seropositivas.</li></ul>
<b>Parto</b>	Pruebas parasitológicas para la detección del <i>T. Cruzi</i> en los recién nacidos de madres infectadas.
<b>Atención Materno Infantil</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tratamiento de <i>T. Cruzi</i> en las madres seropositivas después del embarazo y lactancia materna.</li><li>• Prueba serológica a los niños &gt; de 12 meses con madres infectadas.</li><li>• Tratamiento de los niños positivos antes del año de edad, seguimiento clínico y serológico hasta la cura.</li></ul>
<b>Transversal</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Diagnóstico y tratamiento de la infección por el <i>T. cruzi</i> en las niñas y mujeres en edad reproductiva.</li><li>• Acelerar las acciones para interrumpir la transmisión domiciliar por el vector.</li><li>• Tamizaje serológico a los hermanos de un RN con Chagas</li></ul>

las migraciones, las infecciones congénitas por *T. cruzi* han aumentado su frecuencia en zonas urbanas y en países no endémicos.

### Intervenciones para eliminación de la transmisión materno infantil de la enfermedad de Chagas

#### Malaria/Paludismo

La malaria es una infección causada por protozoarios del género plasmodio, los cuales son inoculados al ser humano por la picadura de la hembra del mosquito *Anopheles*. En nuestra región el responsable de los casos de paludismo es *Plasmodium falciparum*.

Las embarazadas y los/as niños/as son especialmente susceptibles. Los aspectos clínicos de la malaria dependen en gran medida del patrón e intensidad de la transmisión de la enfermedad en el área de residencia, lo cual determina el grado de inmunidad adquirida.

Las embarazadas con paludismo son un grupo de alto riesgo y deben ser objeto de atención médica y seguimiento durante todo el embarazo. La malaria en el embarazo puede provocar

anemia en la madre, lo que puede resultar en complicaciones en el embarazo, parto prematuro o con bajo peso al nacer y mayor riesgo de malaria complicada. La infección por *P. vivax* durante el embarazo, al igual que con *P. falciparum*, reduce el peso al nacer. La reducción en el peso al nacer (menos de 2.500 g), incrementa el riesgo de muerte neonatal

### Brindar contenidos educativo-informativos para el parto y la crianza.

Existen modificaciones en el comportamiento de la embarazada que se acompañan generalmente de requerimientos especiales de compañía y apoyo psico-afectivo. La institucionalización del parto (partos asistidos en hospitales, centros de salud con camas de internación, etc., que dependen del sistema formal de atención), respondía inicialmente al objetivo de reducir la elevada mortalidad materna que ocurría en los partos domiciliarios, principalmente en áreas rurales.

En la actualidad, el concepto de “parto institucional” no solo implica la vigilancia estrictamente profesional de la mujer en el momento del parto, sino que considera a igual nivel los aspectos psicoafectivos, culturales y sociales relacionados con la maternidad.

Las principales actividades que completan la atención médica son:

- ✓ La participación del compañero y demás miembros de la familia que la gestante elija durante la asistencia prenatal, el trabajo de parto y el parto.
- ✓ La educación y preparación psicofísica de la mujer para el parto y la lactancia.
- ✓ El contacto precoz inmediato al nacer de la madre y el padre con su hija o hijo.
- ✓ El alojamiento conjunto de la madre y su hija o hijo durante el puerperio institucional, junto con la educación participativa para el cuidado del recién nacido y el autocuidado de la madre durante el puerperio y la lactancia.

### 4 Segmento Atenciones Prenatal

ATENCIÓNES PRENATALES	Fecha			gest.	parto	PA	altura materna	presión arterial	FCF (bpm)	temperatura	peso fetales	prueba de parto	parto normal (R.G.)	US que realiza APN	signos de alarma: edemas, trastornos, USG	trastornos que atiende	primer día	
	día	mes	año															

---

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:

**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.

### **Pesquisar alteraciones de la presión arterial.**

La hipertensión en el embarazo es una complicación común y potencialmente peligrosa para la madre, el feto y el recién nacido. En muchos países suele ser la primera causa de mortalidad materna. Puede presentarse sola o asociada con edemas y proteinuria, aunque la presencia de edema es algo habitual en las embarazadas. **La proteinuria es un indicador de severidad y puede aparecer tardíamente.** En el otro extremo, la hipotensión arterial materna también se puede asociar con mayor mortalidad fetal, neonatal y con neonatos pequeños para la edad gestacional (PEG).

## Presión arterial y complicaciones perinatales

Complicaciones	Maternas	Fetal – ovular	Neonatal
Hipertensión	Alteraciones del sistema de coagulación	Aborto	Pequeño para la edad gestacional (PEG)
Diastólica $\geq 90$ mm Hg		Desprendimiento normo placentario	Pre término
Sistólica $\geq 140$ mm HG	Hemolisis	Restricción del crecimiento fetal (RCF)	Síndrome de dificultad respiratoria
	Hemorragia cerebral		
	Insuficiencia hepática		
	Insuficiencia renal Mortalidad aumentada	Perdida del bienestar fetal agudo intraparto Oligoamnios Mortalidad aumentada	Depresión neonatal Mortalidad aumentada
Hipotensión	Lipotimias y desmayos	Restricción del crecimiento fetal (RCF) Mortalidad aumentada	Pequeño para la edad gestacional (PEG) Mortalidad aumentada
Diastólica $< 55$ mm Hg			
Sistólica $< 90$ mm HG			

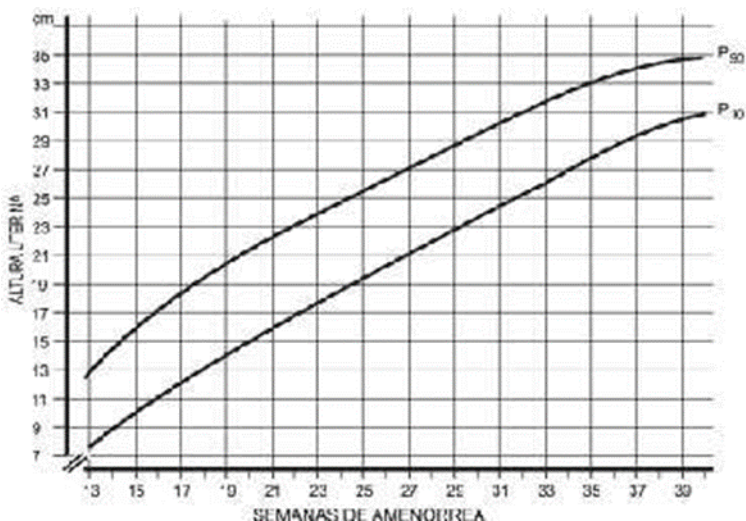
## Descartar alteraciones en el crecimiento fetal

Las alteraciones en el crecimiento fetal pueden ser por déficit (restricción del crecimiento fetal – RCF–) o por exceso (macrosomía fetal). Restricción del crecimiento intrauterino: un feto tiene una RCF cuando su crecimiento es menor que el esperado para la edad gestacional. Si naciese en ese momento, se estima que su peso sería menor que el valor del percentil 10 de los patrones normales de peso neonatal en función de la edad gestacional.

La gestacional y ese crecimiento se mide clínicamente mediante la medición de la altura uterina con una cinta métrica flexible e inextensible, desde el pubis hasta el fondo uterino (determinado por palpación). En el CLAP/SMR se han desarrollado curvas de altura uterina en función de la edad gestacional en las que los percentiles 10 y 90 marcan los límites de la normalidad.



## . Gráfico de altura uterina en función de la edad gestacional



El aumento insuficiente de la altura uterina (cuando se tienen datos confiables de amenorrea y se ha descartado el feto muerto y/o el oligoamnios) permite diagnosticar RCF con una sensibilidad de 56% y una especificidad de 91%. La sensibilidad de la altura uterina para el diagnóstico de la macrosomía fetal es del 92% y la especificidad de 72%, una vez excluido el embarazo gemelar, el poli hidramnios y la mioma tosisuterina.

**Evaluación de la ganancia de peso materno:** la sospecha de RCF se reafirma además de una altura uterina menor que el p 10 existe una ganancia de peso materna menor que el p 25 o un peso materno para la talla menor que el p 10. La asociación de altura uterina en paralelo con la ganancia de peso de la madre durante la gestación tiene una alta sensibilidad (75%) para predecir PEG, solo superada por el perímetro abdominal fetal medido por ecografía (94%).

Conducta: los casos con sospecha clínica de RCF, excluido el oligoamnios, el error de amenorrea, etc., deberán ser confirmados por ecografía para descartar los falsos positivos, y una vez confirmado el diagnóstico se deberá referir a estas gestantes consulta de alto riesgo.

### **Diagnóstico de presentación fetal**

Se define como presentación la parte del feto que se encuentra en contacto con la pelvis materna, capaz de cumplir con un mecanismo de parto. Puede ser la cabeza fetal, (presentación cefálica) o pueden ser los miembros inferiores o las nalgas (presentación

---

pelviana o podálica). Si el que se ofrece a la pelvis es el hombro fetal, se denomina situación transversa y no será capaz de terminar espontáneamente en parto por vía vaginal.

Presentación pelviana o podálica: la frecuencia de la presentación pelviana en embarazadas de término, con feto único, de peso igual o mayor que 2500 g varía entre 2,5 y 3% de los partos. El parto en pelviana se asocia con mayor morbimortalidad perinatal. Circunstancias que aumentan la frecuencia de presentación podálica: parto de pretérmino, embarazo múltiple, poli hidramnios, placenta previa, anomalías fetales (anencefalia, hidrocefalia, etc.), malformaciones uterinas.

Situación transversa: su frecuencia es menor que 1 cada 200 partos. Se asocia con las mismas circunstancias que favorecen a la presentación pelviana. Dejada a su evolución espontánea, termina en rotura uterina, muerte materna y fetal.

### **Confirmar la existencia de vida fetal**

**Movimientos fetales:** además de ser un elemento que indica vitalidad, los movimientos fetales se asocian con salud embriofetal. Los movimientos pueden ser observados muy precozmente por ultrasonografía, más tarde (segundo trimestre) son percibidos por la madre y luego palpados por un observador externo. Las maneras de verificar los movimientos fetales son:

- Percepción materna,
- Palpación abdominal por un observador,
- Ecografía u ultrasonido (USG).

Percepción materna: las gestantes perciben los movimientos fetales a edades gestacionales variables según la agudeza y umbral individual para apreciarlos. Las primíparas lo hacen entre las 18 y 20 semanas y las multíparas algunas semanas antes. Primero son identificados como un ligero cosquilleo y luego, se hacen paulatinamente más intensos. La ubicación de la placenta en la cara anterior del útero puede provocar un retraso en la percepción de los movimientos por parte de la madre. A partir de las 20 semanas, el prestador de salud deberá interrogar en la consulta prenatal sobre la percepción de movimientos fetales en las últimas 24 h

**Actividad cardíaca fetal:** la auscultación de latidos fetales es tal vez el signo más confiable de vitalidad fetal. La edad gestacional ideal para detectar latidos es variable y depende de manera principal del método que se emplee. En el Cuadro 22 se esquematizan las semanas de detección de los latidos fetales de acuerdo a la técnica empleada.

**Cuadro. Detección de latidos cardíacos embriofetales**

<b>Edad gestacional (semanas)Método</b>	
<b>desde las 6-8</b>	Ecografía de tiempo real (vía vaginal-abdominal)
<b>desde las 12</b>	Detector Doppler
<b>desde las 20</b>	Estetoscopio obstétrico

La frecuencia de los latidos fetales oscila, en condiciones normales, entre 120 y 160 latidos por minuto durante los espacios libres de contracciones (frecuencia basal).

**Clasificación del Riesgo - Criterios para Clasificar el Riesgo en laAtención Prenatal**

1. Muerte fetal o Muerte neonatal previa.

Marcar SI en caso que la Muerte fetal haya ocurrido en el periodo perinatal comprendido entre las 28 semanas de gestación y 7 días de vida neonatal. En el abordaje obstétrico se deben de definir posibles causas, eventos obstétricos e infecciosos asociados, si se identificó causa, lugar y personal responsable de la atención u otras patologías asociadas. Algunas variables que más se asocian a muerte fetal son: anoxia intrauterina (por patologías como Pre eclampsia, diabetes e hipertensión), las anomalías congénitas y la prematurez.

El antecedente de una muerte fetal o neonatal previa incrementa el riesgo hasta 8 veces de un nuevo desenlace perinatal adverso. La muerte fetal es más frecuente en las madres que no reciben atención prenatal adecuada, por lo que debe haber un mayor énfasis en la atención prenatal.

2. Antecedentes de 3 o más abortos consecutivos

Es factor de riesgo para clasificarse como ALTO RIESGO la pérdida gestacional recurrente (PGR) que se define como la pérdida de 3 o más embarazos consecutivos antes de

---

las 22 semanas. Los embarazos previos (3 o más) deben de tener algún método de referencia que permita confirmar la pérdida del mismo con anterioridad, uno de los métodos sería ultrasonido, subunidad beta o reporte de patología, de no ser posible al menos realizar una adecuada historia clínica bien exhaustiva y dirigida que permita confirmar la existencia de una pérdida previa. No se incluyen embarazo ectópico ni la enfermedad trofoblástica gestacional. No deben de incluirse como ARO a la mujer con uno o 2 abortos previos. La probabilidad de una recurrencia después tres pérdidas es de 35%.

3. Peso al nacer del último recién nacido (a) menor a 2,500 gramos.

Los neonatos que pesan menos de 2,500 gramos al nacer son aproximadamente 20 veces más propensos a morir y tienen mayor morbilidad que los de mayor peso, así mismo se incrementa 4 veces el riesgo de que se presente en una nueva gestación el bajo peso cuando es secundario a procesos placentarios. El bajo peso al nacer es el mayor determinante de la mortalidad neonatal. Según la OMS, el índice global a nivel mundial de incidencia de bajo peso es de 17%. Se debe de interrogar a la paciente para definir peso anterior.

4. Peso al nacer del último recién nacido mayor a 4,500 gramos.

Es necesario poder establecer claramente el peso previo, condiciones metabólicas de la madre y que dichos factores pueden estar presentes en gestación actual con el fin de poder detectar y prevenir de forma oportuna el excesivo crecimiento fetal. Se debe de interrogar a la paciente para definir peso anterior. Se debe estudiar para diabetes desde el momento del ingreso. Las complicaciones maternas que debieran hacernos pensar en macrosomía fetal son ganancia ponderal excesiva, anemia, amenaza de aborto, placenta previa, poli hidramnios, hipertensión arterial asociada con ruptura prematura de membranas, diabetes mellitus.

5. Tuvo una hospitalización por hipertensión o Pre eclampsia/eclampsia en el último embarazo?

Existe una alta susceptibilidad a los trastornos hipertensivos en el embarazo actual en aquellas mujeres nacidas de madres o con hermanas con estos mismos antecedentes; se incrementa severamente el riesgo hasta 3 veces cuando la embarazada sufrió en gestaciones previas dicho problema.

---

## 6. Cirugías previas en el tracto reproductivo

La cirugía en el tracto reproductivo o cualquier procedimiento quirúrgico como diagnóstico y/o tratamiento (miomectomía, resección de tabique, conización, cesárea clásica) no constituye un riesgo incrementado para el desarrollo de complicaciones en el embarazo actual y su importancia está relacionada con el momento de la finalización de la gestación para decidir cuál es la vía ideal para la resolución del embarazo, por tanto se debe de clasificar como paciente ARO y continuará su vigilancia en el I nivel de atención y referir al II nivel al final del III trimestre.

En el caso de cesáreas previas sin otro factor de riesgo se debe de referir al segundo nivel de atención a las 36 semanas para determinar vía de nacimiento a partir de las 39 semanas (Esta es la edad óptima para programar cesárea sino hay otra morbilidad asociada).

## 7. Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple

La mortalidad perinatal en gemelos es aproximadamente cinco veces mayor que en embarazos únicos. Este aumento de la mortalidad, debido principalmente a complicaciones derivadas de la prematuridad, es mayor en los embarazos gemelares monocoriales (5%) que en los bicoriales, de igual manera se incrementa el riesgo de diabetes, síndrome hipertensivo gestacional y las complicaciones derivadas del tipo de gemelos (mono coriónico) síndrome de transfusión feto-feto, restricción selectiva del crecimiento y secuencia TRAP. Toda sospecha o confirmación de embarazo múltiple debe ser referida a valoración especializada.

## 8. Menos de 20 años y más de 35 años

El embarazo en los extremos de la edad fértil (adolescente y embarazo mayor a 35 años) es un factor de riesgo de morbimortalidad materna, perinatal e infantil; estudios internacionales han comprobado esta asociación. Las investigaciones que evalúan el pronóstico reproductivo en mujeres de 40 o más años, señalan el mayor riesgo de muerte materna, perinatal e infantil y de bajo peso al nacer y en el grupo de adolescentes menores de 15 años el incremento está a expensas de la morbilidad asociada al estado gestacional. Lo importante a resaltar que lo que el incremento del riesgo reproductivo está asociado a la morbilidad de la paciente y factores externos asociados (hábitos tóxicos, estado nutricional

---

pre gestacional, condiciones socioeconómicas y de salubridad, patologías, historia médica familiar y personal). Para fines de manejo de población de riesgo se deberá de establecer la connotación que estas pacientes son de riesgo para el desarrollo de patologías y que deben de establecerse todas las estrategias y medidas para detectar de forma temprana y oportuna todas aquellos datos que puedan hacernos sospechar la aparición de complicaciones de forma temprana.

#### 9. Isoinmunización Rh Negativa en embarazo actual o embarazos anteriores

Si una embarazada se detecta que es Rh negativo debe realizarse una búsqueda de anticuerpos anti D (Coombs Indirecto) y si esta prueba resulta positiva clasificar como ARO. El Coombs se deberá de realizar en II y III trimestre y remitirse con titulación de anticuerpos (Se envía después de las 18 semanas de gestación, antes NO tiene utilidad clínica). En la primera APN se deberá conocer el grupo sanguíneo ABO y Rh de la gestante. Se recomienda difundir entre todo el personal de salud la importancia de la tipificación del grupo sanguíneo ABO y Rh tanto de la embarazada como de su pareja desde la primer consulta prenatal que se lleve a cabo, incluyendo el primer nivel de atención.

Esta acción permitirá definir el riesgo de aloinmunización. Dicho fenómeno se deberá considerar de riesgo en pacientes no tratadas con Anti D, tener antecedente de un evento obstétrico sin vacuna o desconocer estado de sensibilización.

No aplica como factor de riesgo a aquellas pacientes que se les haya administrado previamente la Inmunoglobulina Anti D en evento obstétrico previo (inmediato anterior) o con prueba de Coombs negativa.

#### 10. Sangrado vaginal

Todo fenómeno de sangrado de cualquier trimestre del embarazo (de acuerdo a características clínicas ya establecidas y edad gestacional) se debe de manejar de acuerdo a protocolo para la atención de Complicaciones Obstétricas y ser referido para valoración especializada.

---

## 11. Masa pélvica

Toda masa pélvica ginecológica o no, con sospecha o no de malignidad debe de ser enviada a evaluación especializada. Uno de cada 600 embarazos es complicado con la presencia de masas anexiales (1:442 hasta 1:1,300). Siendo en un 2% a un 5% de estas malignas, resultando en un riesgo de malignidad de 1 por 5,000 a 1 por 18,000 nacimientos.

## 12. Presión arterial diastólica de 90 mmHg o más durante el registro de datos.

Toda embarazada captada antes de las 20 semanas con presión arterial diastólica > o igual a 90 mmhg debe ser referida para su estudio y valoración y si es mayor a 20 semanas de gestación manejar de acuerdo a Protocolo para la atención de Complicaciones Obstétricas.

La hipertensión gestacional sigue siendo en nuestro país la segunda causa de muerte materna y tiene diferentes síntomas y signos que nos pueden ayudar a realizar detección temprana de proceso hipertensivo.

## 13. Diabetes, Nefropatía y cardiopatía.

Cualquier patología crónica (con diagnóstico previamente confirmado) compensada o no debe de enviarse a evaluación especializada. Una vez que se ha estabilizado la paciente puede regresar al I nivel y continuar vigilancia de Alto Riesgo obstétrico y su debida referencia en el momento oportuno según lo establezca el especialista.

## 14. Uso de Drogas

Cualquier uso actual de sustancia estupefaciente requiere evaluación especializada. Si hay evento agudo de uso de cualquier droga, alcohol y/o cigarrillos referir para valoración especializada.

## 15. Cualquier otra enfermedad o condición médica severa

Cualquier otra patología que se considere de riesgo debe de consignarse aquí y especificar la razón y su debido seguimiento para poder establecer las pautas de manejo. (Aquí se incluyen hiperémesis gravídica no controlable, anemias con grados de alteración hemodinámica, enfermedades endémicas en fase aguda, psicopatologías, PVVS, adolescentes con riesgos activos).

**ANEXOS**  
**Anexo 1. Formulario de Clasificación del Riesgo - Criterios para Clasificar el Riesgo en la Atención Prenatal**

El concepto de ARO debe de quedar bien establecido, se discontinuará el termino ARO Potencial o ARO Real. De acuerdo al formulario de clasificación de riesgo para la embarazada, si no tiene ningún factor de riesgo es clasificada como Bajo Riesgo Obstétrico y la embarazada que tiene un factor de riesgo es una paciente de Alto Riesgo que requiere cuidados especiales.

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ Número de Expediente Clínico: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Responda las siguientes preguntas marcando con una X en la casilla correspondiente en cada Atención Prenatal...

No.	Antecedentes Obstétricos	1er APN		2° APN		3er APN		4° APN	
		No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
1	Muerte fetal o muerte neonatal previas (28 SG – 7 días de vida)								
2	Antecedentes de 3 o más abortos espontáneos consecutivos								
3	Peso al nacer del último bebé menor de 2500 g								
4	Peso al nacer del último bebé mayor de 4500 g								
5	¿Estuvo internada por hipertensión arterial o pre eclampsia / eclampsia en el último embarazo?								
6	Cirugías previas en el tracto reproductivo ( <del>mionectomía</del> , resección del tabique, <del>conización</del> , cesárea clásica, cerclaje cervical) / Cesárea previa referir a las 36 SG								
<b>Embarazo Actual</b>		<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>
7	Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple								
8	Menor de 20 años de edad								
9	Más de 35 años de edad								
10	<del>Isomunización</del> Rh Negativa en el embarazo actual o en embarazos anteriores (Realizar Coombs en II y III trimestre)								
11	Sangrado vaginal								
12	Masa pélvica								
13	Presión Arterial Diastólica de 90 mm Hg o más durante el registro de datos								
<b>Historia Clínica General</b>		<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>
14	Diabetes mellitus <del>insulino</del> dependiente								
15	Nefropatía								
16	Cardiopatía								
17	Consumo de drogas (incluido el consumo excesivo de alcohol), tabaquismo								
18	Cualquier enfermedad o afección médica severa / Obesidad (IMC > 30). Por favor, especifique _____								

Una respuesta **Si** en cualquiera de las preguntas anteriores (es decir una cruz en cualquier casilla amarilla/sombreada) significa que la embarazada se debe de clasificar como Atención Prenatal de Alto Riesgo.

¿Es elegible para Atención Prenatal de Alto Riesgo?	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>
---	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

Si la respuesta es NO, será atendida en atención de Bajo Riesgo.

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ (Personal responsable de APN)



---

## Marco conceptual

**Estándares:** Son declaraciones establecidas por expertos que definen los referenciales o patrones de calidad de un producto o servicios. Es utilizado en calidad principalmente en las metodologías de acreditación. Las características de los estándares son: mensurables, alcanzables, claros, explícitos, simples, reales, congruentes con los objetivos y controlados con mediciones específicas. Un estándar es un nivel de desempeño esperado y alcanzables, comparable con el nivel de desempeño actual; un nivel de calidad relevante para la actividad valorada (MINSA Nicaragua, 2004). Resaltándose en los aspectos:

- Se especifica que es importante alcanzar a los niveles que se desean lograr.
- Se aplica para cualquier actividad o servicio. Se puede aplicar a un grupo de actividades o a un grupo de aspectos necesarios en cada actividad

**ESTÁNDAR:** Nivel de desempeño deseado, previamente definido y factible de alcanzar. Tiene la finalidad de guiar prácticas operativas que concluyan en resultados óptimos relativos a la calidad de atención de salud.

**ESTÁNDAR DE ESTRUCTURA:** Nivel deseado sobre aspectos organizativos o metodológicos necesarios para desarrollar la tarea asignada: asistencial, rehabilitadora o de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Son los requerimientos específicos de personal, políticas, planes, normas, procedimientos, equipo, local, muebles, materiales e insumos que sean necesarios para la entrega de servicios.

**ESTÁNDAR DE PROCESO:** Nivel deseado sobre todos los pasos a realizar para desarrollar la labor asistencial, rehabilitadora o de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Tienen como propósito reducir las variaciones no deseadas en la entrega de servicios clínicos, técnicos, de apoyo y administrativos.

**ESTÁNDAR DE RESULTADO:** Nivel de desempeño deseado para alcanzar un determinado resultado en salud. Son aquellos que representan los niveles óptimos de salud que se esperan como resultados de los servicios que el sistema proporciona.

---

**INDICADOR:** Variable medible para indicar directa o indirectamente, cambios en el estado, eficacia, eficiencia o avances del trabajo en salud.

### **Marco Legal**

La Ley General de salud de 2002 (2002, 17 de Mayo) Asamblea Nacional de la República de Nicaragua. La Gaceta, Diario oficial no. 91. Describen lo siguiente:

Título III: De las acciones en salud, en el capítulo I: Disposiciones comunes:

**Artículo 12.** Para los efectos de esta Ley se entiende por acciones de salud, las intervenciones dirigidas a interrumpir la cadena epidemiológica de las enfermedades en beneficio de las personas y de la sociedad en general, a promover, proteger, recuperar y rehabilitar la salud de las personas y la comunidad.

### **Capítulo II de la promoción**

**Artículo 13.** La promoción de la salud tiene por objeto las acciones que deben realizar las personas, comunidades y el Estado a fin de crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes y prácticas adecuadas para la adopción de estilos de vida saludables y motivar a su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.

**Artículo 15:** la investigación constituye una acción básica y fundamental del ministerio de salud. Para la promoción y conservación de la salud, el estado promoverá la investigación, así como el desarrollo y la creación de instituciones de investigación en apoyo a la salud.

### **Sección I del Capítulo II de la investigación:**

**Artículo 16:** En el Ministerio de Salud existirá un Programa y un Comité Nacional de Investigaciones encargado de la promoción y priorización, de temas que contribuyan al mejoramiento de la salud de la población. Las Investigaciones deberán referirse a los principios científicos y éticos internacionalmente aprobados. Para la aplicación de las acciones señaladas se elaborará un reglamento.

---

## Capítulo VI del Sistema de Garantía de calidad, Sección I: Sistema de Garantía

**Artículo 54. Funciones.** Son funciones del Sistema de Garantía de calidad dentro del Sector Salud:

**1. Función Preventiva:** El sistema implementará acciones para evitar, desviaciones de recursos; contratación de personal no acreditado; utilización de infraestructura no autorizada conforme las disposiciones legales; incumplimiento de las normas que se expidan en materia de tecnología e infraestructura; adquisición de tecnología que no corresponda a las necesidades sanitarias del país; incumplimiento de las especificaciones técnicas y funcionales de la tecnología biomédica; inadecuada utilización de infraestructura; inadecuado registro de la información mínima que demanda el seguimiento y evaluación del sistema; exceso de utilización en los recursos disponibles; fraude; atención inadecuada del usuario. Así como todas aquellas conductas o hechos que sean una amenaza potencial para el desarrollo pleno del modelo de salud adoptado y el cumplimiento de los deberes a cargo de las instituciones conforme las obligaciones que surjan del proceso de habilitación.

**Función Correctiva:** El Sistema dirigirá acciones para lograr un mejoramiento continuo en la utilización del modelo adoptado de los servicios de salud.

El Sistema se atribuye facultades de inspeccionar con el objeto de corregir y simultáneamente prevenir la ocurrencia de hechos que atenten en forma grave contra las reglas básicas de operación que lo rigen y cuya violación ponga en peligro la vida del paciente, a la salud pública o represente una desviación de recursos. (Asamblea Nacional de la República De Nicaragua, 2002)

---

## **PREGUNTAS DIRECTRICES**

¿Cuál es el nivel de cumplimiento del llenado de la historia clínica perinatal por el personal de salud?

---

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

### **Tipo de estudio**

#### **Descriptivo**

Se realizó un estudio descriptivo ya que buscamos evaluar el cumplimiento en el llenado completo de la Historia Clínica Perinatal en el Centro de Salud, José Román González, de la Libertad Chontales, en el I trimestre del 2022, es tipo de investigaciones se caracterizan porque su propósito principal es “obtener información sobre el estado actual de los fenómenos” (Piura, 2008, pág. 346)

#### **Retrospectivo**

Esta investigación es retrospectiva ya que se abordará la cantidad total disponible de pacientes atendidos por control prenatal estos estudios se basan en que la población de partida es generalmente indefinida por lo que los casos tienen que ser seleccionados directamente por el investigador, generalmente a partir de un grupo de pacientes que están disponibles. (Piura, 2008, pág. 346)

#### **Corte transversal**

Es corte transversal porque nos permite estudiar evaluar el cumplimiento de los estándares de calidad en el llenado completo de la Historia Clínica Perinatal en el Centro de Salud, José Román González, de la Libertad Chontales, en el periodo comprendido Enero a marzo, que equivale al primer trimestre del 2022

En los estudios transversales “se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único”. (Ibidem, p.270). Se hace un corte con el tiempo y se estudian las variables, simultáneamente, en un momento dado. El tiempo no es importante ni cómo se dan los hechos. (Visbal y otros, 2008, pág. 172)

## ÁREA DE ESTUDIO:

Cumplimiento en el llenado completo de la Historia Clínica Perinatal en el Centro de Salud, José Román González, de la Libertad Chontales, en el I trimestre del 2022. Programas de control prenatal en los puestos de salud de Centro de Salud, José Roma González, de la Libertad Chontales en el Departamento de Chontales

## Universo

Universo 150 mujeres embarazadas activas que asisten a puestos de salud del Centro de Salud, José Román González, de la Libertad Chontales en el Departamento de Chontales, en I trimestre del 2022 que se realizan sus CPN. Para Sampieri, Fernández, & Baptista. “Es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones”. (2014, p174)

## Muestra

Muestra Es probabilística, calculada mediante la utilización de la fórmula para una población finita de donde se tomarán 49 expedientes de mujeres con sus respectivos controles prenatales.

**CALCULO TAMAÑO DE MUESTRA FINITA**

Parametro	Insertar Valor
N	150
Z	1,960
P	95,00%
Q	5,00%
e	5,00%

Tamaño de muestra  
"n" = **49,32**

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

n = Tamaño de muestra buscado  
N = Tamaño de la Población o Universo  
Z = Parámetro estadístico que depende el Nivel de Confianza (NC)  
e = Erro de estimación máximo aceptado  
p = Probabilidad de que ocurra el evento estudiado (éxito)  
q = Probabilidad de que no ocurra el evento estudiado

Nivel de confianza	Z <sub>alfa</sub>
99.7%	3
99%	2,58
98%	2,33
96%	2,05
95%	1,96
90%	1,645
80%	1,28
50%	0,674

**Elaborado:** Por los investigadores

## Tipo de muestro

El tipo muestro utilizado en esta investigación muestro probabilístico, donde todo el individuo de la población tiene la misma oportunidad de ser seleccionado. Para la selección de participantes en la investigación se realizó mediante el muestro aleatorio Sistemático, se el número cada expediente del 1 al 150, se procedió a calcular el valor de K que es un intervalo que va a estar determinado por el tamaño de la población y el tamaño de la muestra.

---

De manera que  $K = N/n$  en donde  $K$  es un intervalo de selección sistemática,  $N$  es el universo y  $n$  es la muestra.  $K = 150/49 = 3.06$  Por lo tanto  $K = 3$ , el intervalo  $1/K = 3$  indica que cada tres expediente  $1/K$  fue seleccionado hasta completar  $n = 49$

### **Criterios de inclusión**

- Paciente que pertenezcan al sector de atención de Centro de salud
- Paciente embarazada que se realizan sus controles prenatales en I trimestre del 2022.
- Paciente que tenga de tres a más controles prenatales

### **Criterios de exclusión.**

- Paciente embarazada que no pertenezcan al sector del Centro de salud José Román González, de la Libertad Chontales.
- Expediente clínico que no estén completo

### **UNIDAD DE ANÁLISIS**

Se analizaron los expedientes clínicos que tengan Historia Clínica Perinatal de pacientes asisten a control prenatal a Centros de salud de Centro de Salud, José Román González, de la Libertad Chontales en el Departamento de Chontales, en I trimestre del 2022.

### **Fuente de información.**

La fuente es secundaria, mediante la revisión de Historia clínica perinatal, registrada en censo gerencial.

### **Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Se elaboró una lista de chequeo para recolección de la información, la cual incluía 4 acápite: datos de identificación, antecedentes de la embarazada, datos de la gestación actual y cumplimiento de las trece actividades programadas. Este consta de cuatro apartados:

La **lista de chequeo**, también llamada hoja de verificación, check list, planilla de inspección y hoja de control, es un formato generalmente impreso utilizado para recolectar datos por medio de la observación de una situación o proceso específico. (Betancourt, 2016)

---

Se procedió a la búsqueda de los expedientes incluidos en el estudio y se realizó la revisión de la HCP incluida en los mismos, la cual es una copia de la información de la tarjeta de control prenatal que porta la gestante. Se seleccionó información de interés para el estudio, la cual se registró en la ficha previamente diseñada. La recolección de la información fue realizada por los investigadores, en el expediente se cuenta con una copia exacta de la HCP que porta la madre, se fue a buscar la información en archivo de Admisión del centro de salud y contando previamente con la autorización de la unidad de salud para la recolección de la información.

### **Lista de variables: Objetivo**

#### **1: Identificar el llenado de los datos de Identificación del Paciente:**

Nombre y Apellidos, Domicilio, Localidad, Teléfono, Fecha de Nacimiento, Edad, Etnia, Alfabeto, Estudios, Estado Civil, Lugar de la Atención Prenatal, Lugar del Parto/Aborto y No. De Identidad.

#### **Objetivo #2: Determinar el llenado de los antecedentes de la embarazada. Antecedentes Familiares Antecedentes Personales Antecedentes Obstétricos**

Antecedentes Familiares Antecedentes Personales Antecedentes Obstétricos

#### **Objetivo #3: Describir el llenado de los datos de la Gestación Actual**

Peso Anterior, Talla, Índice de Masa corporal, Fecha de última menstruación, Fecha Probable de Parto, Confiabilidad de la Edad, Gestacional Estilos de Vida, Antirubeola, Antitetánica, Examen Físico Normal, Cervix, Grupo Toxoplasmosis, Fe/Folatos indicados (Fe), Prueba de Hemoglobina (Hb), VIH – Diagnostico, – Tratamiento Sífilis – Diagnostico, y Tratamiento Chagas, Paludismo / Malaria, Bacteriuria, Glicemia en ayunas, Estreptococo B 35 – 37, semanas.

Preparación para el parto, Consejería Lactancia Materna, Atenciones Prenatales, Fecha, Edad Gestacional, Peso, Presión Arterial, Altura Uterina, Presentación, Frecuencia Cardíaca Fetal, Movimientos Fetales, Proteinuria, ganancia de peso, Signos de Alarma, exámenes, tratamientos, Iniciales del Personal de Salud, Fecha de Próxima Cita, Curva de Incremento de Peso Materno y curva de incremento de altura uterina



---

**Objetivo #4: Determinar la calidad de atención prenatal a través del cumplimiento de las 13 actividades normadas de la atención prenatal.**

Cumplimiento de las trece actividades normadas

Calidad del llenado de la HCP.

**Operacionalización de variables**

La Operación alización de conceptos o variables es un proceso lógico de desagregación de los elementos más abstractos los conceptos teóricos, hasta llegar al nivel más concreto, los hechos producidos en la realidad y que representan indicios del concepto, pero que podemos observar, recoger, valorar, es decir, sus indicadores. Reguant & Martínez, (2014).

## Operacionalización de las variables

Objetivo	Variable	Sub variables	Descripción de la variable	Indicador	Valor
Identificar el llenado de los datos de Identificación y demográficos de la embarazada.	Datos de identificación	Nombre y apellidos	Palabra que sirve para designar un ser, una cosa o un conjunto de seres o de cosas	Registrado de Nombre y apellido completo	Si No
	Aspectos de demográficos	Domicilio	Casa, morada, vivienda fija y permanente donde uno habita o se hospeda	Registrado el domicilio	Si No
		Localidad y dirección	Lugar o Pueblo de Ubicación	Registrado el domicilio y dirección	Si No
		Número de teléfono	Numero designado para establecer comunicación	Registrado del Número de teléfono	Si No
		Fecha de nacimiento	Día, mes y año del nacimiento de la persona.	Registrado de la fecha de nacimiento	Si No
		Edad	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento	Registrado de la edad	Si No
		Etnia	Comunidad Natural de personas que presentan ciertas afinidades raciales, lingüísticas,	Registrado de la Etnia	Si No

			religiosas o culturales.		
		Alfabeta	Conocimiento de las letras	Registrado o de escolaridad.	Si No
		Estudios	Nivel de educación alcanzado	Registrado o de ultimo nivel de estudio	Si No
		Estados Civil	Condición social de cada uno de los individuos.	Registrado o de estado civil	Si No
		Lugar de atención prenatal	Lugar donde se realizan los Controles Prenatales	Registrado o del código de la unidad de salud CPN	Si No
		Lugar del parto/ Aborto	Lugar donde se realiza el nacimiento.	Registrado o del código de la unidad de salud del parto	Si No
		No de identidad	Numero de cada uno de los entes abstractos que corresponden al de la cedula o partida de nacimiento	Registrado o el No de identidad	Si No
Determinar calidad del llenado de los antecedentes de la embarazada.	ANTECEDENTES PERSONALES	Diabetes, TB pulmonar, hipertensión, preclampsia/eclampsia, otros	Patologías que ha presentado la embarazada	Registrado en HCP los antecedentes personales descritas	Si No N/A
	ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS.	Gestaciones	Período de tiempo comprendido entre la	Registrado los antecedentes	Si No N/A

			concepción y el nacimiento.	obstétricos: Numero de embarazo anterior	
		Abortos	Interrupción voluntaria o involuntaria del embarazo antes de que el embrión o el feto estén en condiciones de vivir fuera del vientre materno	Registrado o los antecedentes obstétricos: Número de Abortos anterior	Si No N/A
		Partos	Proceso por el que la mujer o la hembra de una especie vivípara expulsa el feto y la placenta al final de la gestación; consta de tres fases: la fase de dilatación, la de expulsión y la placentaria o de alumbramiento	Registrado o los antecedentes obstétricos: Número de Parto anterior	Si No N/A
		partos vaginales cesáreas,	Nacimiento por cesárea y un parto vaginal es que el primero requiere de intervención quirúrgica, mientras que el segundo	Registrado o los antecedentes obstétricos: Número de vía del nacimiento vaginal o cesarí anterior	Si No N/A
		Peso del bebé anterior	Un recién nacido promedio suele pesar alrededor	Registrado o los antecedentes	Si No N/A

			de 3.4 kg (8 onzas). Un bebé con bajo peso de nacimiento puede estar sano aunque sea pequeño. Pero un bebé con bajo peso de nacimiento también puede tener muchos problemas de salud graves.	obstétrico s: Peso de producto anterior	
		Nacidos vivos	Es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre prescindiendo de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de tal separación, respire o manifieste cualquier otro signo de vida, tal como el latido del corazón, pulsaciones del cordón umbilical, o movimiento efectivo de músculos voluntarios, haya o no haya sido cortado el cordón umbilical y esté o no unida la placenta; cada	Registrad o número de bebe Nacidos vivos	Si No N/A

			producto de tal alumbramiento se considera nacido vivo.		
	nacidos muertos	Es la desaparición permanente de todo signo de vida, cualquiera que sea el tiempo transcurrido desde el nacimiento con vida (cesación post-natal de las funciones vitales sin posibilidad de resucitar). Por tanto, esta definición excluye las defunciones fetales.	Registrado o número de bebe Nacidos muertos	Si No N/A	
	Viven actualmente	Mantener la vida o ser alimentados	Registrado o número de bebe que viven actualmente	Si No N/A	
	fin de anterior embarazo	Fecha que has a concluido en un embarazo pasado de término anterior	Registrado o la fecha del fin de anterior embarazo	Si No N/A	
	Intervalo intergenésico	Período de tiempo comprendido entre dos nacidos vivos consecutivos.	Registro en intervalo intergenésico	Si No N/A	
	embarazo planeado, fracaso	La planificación	Registrado o si el	Si No	

		método anticonceptivo	del embarazo consiste en una serie de medidas preventivas que ambos miembros de la pareja, deben adoptar unos tres meses antes de comenzar la búsqueda del bebé.	embarazo planeado	N/A
		fracaso método anticonceptivo	Disminuye su efectividad de protección	Registrado o si fracaso el método y con cuál usaba	Si No N/A
	Antecedentes Familiares	Diabetes, TB pulmonar, hipertensión, preclampsia/eclampsia, otros	Historial de enfermedades o condiciones médicas padecidas en la familia de la paciente.	Registrado o en la HCP los antecedentes familiares	Si No N/A
Describir el llenado de los datos de la Gestación Actual	Peso	Peso pregravídico	Peso previo al estado de gravidez Registro en la HCP	Registro del peso en la HCP	Si No N/A
	Altura	Talla	Medida utilizada para calcular la altura.	Registro de la talla en la HCP	Si No N/A
	Índice de Masa Corporal	IMC	Medida de asociación entre la masa y la talla de un individuo.	Registro del IMC en la HCP	Si No N/A
	Fecha de Última Menstruación	FUR	Primer día de inicio del último sangrado menstrual.	Registro de la FUR en la HCP	Si No N/A

	Fecha Probable de Parto	FPP	Fecha donde se cumple las 40 semanas de gestación.	Registro de la FPP en la HCP	Si No N/A
	Confiabilidad de la Edad Gestacional	Si confiable por FUR o EC	Veracidad del cálculo de la edad gestacional	Registro en la HCP	Si No N/A
	Estilos de Vida	Hábitos	Hábitos tóxicos realizados por el paciente	Registro en la HCP en cada trimestre	Si No N/A
	Vacuna	Antirubeola	Vacuna para la prevención de la Rubeola	Registro en la HCP	Si No N/A
		Antitetánica	Vacuna para la prevención del tétano neonatal	Registro en la HCP	Si No N/A
	Examen Normal	Boca	Examen físico completo del paciente.	Registro en la HCP	Si No N/A
	EXAMEN DE MAMAS.	Mama	El examen de mamas mejora las probabilidades de detectar el cáncer de seno temprano. Y cuanto antes se detecta	Registro en la HCP	Si No N/A
		Cérvix	Revisión ginecológica de la paciente.	Registro en la HCP	Si No N/A
		Papanicolaou	Es una prueba de <b>Papanicolaou</b> es un examen para ayudar a prevenir y detectar temprano el cáncer de cuello uterino	Registro en la HCP	Si No N/A
	DETERMINACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL	Presión arterial	Cifras de presión arterial en cada control prenatal	Registro en la HCP	Si No N/A



	MEDICIÓN DE LA ALTURA UTERINA.	AFU	Medida en centímetros de la altura uterina utilizando la cinta de CLAP	Registro en la HCP	Si No N/A
	AUSCULTACIÓN DEL FCF DESPUÉS DE LAS 20 SEMANAS.	FCF	Auscultación de la frecuencia cardiaca fetal en cada control prenatal.	Registro en la HCP	Si No N/A
	MOVIMIENTOS FETALES DESPUÉS DE LAS 18 SEMANAS	Movimientos fetal	Movimientos fetales percibidos por la embarazada después de las 18 semanas	Registro en la HCP	Si No N/A
	Examen de laboratorio	SOLICITUD DE EXÁMENES Grupo y RH, PAP, VDRL, EGO, Hemoglobina, chaga, malaria, toxoplasmosis, Estreptococo B 35 – 37 Semanas	Llenado de los resultados de exámenes de laboratorio	Registrado en la HCP	Si No N/A
	FE/Folatos Indicados	Sulfato ferroso y ácido fólico	Indicación de Hierro		Si No N/A
	Antiparasitarios	Albendazol			Si No N/A
	Preparación para el parto	<b>Psicoprofilaxis</b> obstétrica	Es la preparación integral, teórica, física y psicoafectiva, que se brinda durante la gestación, <b>parto</b> y/o postparto para alcanzar una jornada obstétrica en las mejores condiciones saludables y		Si No N/A

			positiva en la madre y bebé(s), forjándoles una experiencia satisfactoria y feliz		
	Consejería Lactancia Materna	Lactancia	Preparación para dar una lactancia materna.		Si No N/A
	Atenciones Prenatales	Número de atención prenatal	Revisión periódica de la paciente embarazada, vigilando su evolución progreso y complicaciones		Si No N/A
Valorar el nivel cumplimiento de los estándares de calidad del llenado de HCP del Programa de Atención Prenatal	Cumplimiento de las trece Actividades normadas	13 actividades normadas para registrar en la HCP e interpretar: 1. Antecedentes Personales y Obstétricos y Estilos de vida de riesgo 2. Cálculo de amenorrea y FPP 3. Medición de talla, peso y cálculo e interpretación del IMC 4. Aplicación de vacuna antitetánica 5. Exámenes de laboratorio (Grupo y Rh, PAP - Colposcopia, VDRL/RPR, EGO -Cintas Uroanálisis - Urocultivo, Hb,	Es el cumplimiento del registro en la HCP de las embarazadas, de trece actividades normadas por el MINSA y que reflejan la calidad del llenado de la HCP.	Registro en HCP	Cumple No cumple

		<p>Glicemia - PTOG  consejería y  prueba voluntaria  de VIH) Si aplica:  toxoplasmosis,  Chagas y Malaria  6. Examen  odontológico (uso  del formato) 7.  Examen de  mamas 8.  Evaluación fetal:  Auscultación de  FCF (A partir de  las 20SG) y  Movimientos  Fetales (Después  de 18 SG) 9.  Determinación e  Interpretación de  PA e  identificación de  factores de riesgo  10. Medición de  Altura Uterina,  grafica e  interpretación 11.  Realización de  USG: valorar  registró en  formato adjunto a  la HCP 12.  Evaluación del  Estado  Nutricional en  base a Índice de  Masa  Corporapregestaci  onal o de las  primeras 12  semanas de  gestación 13.  Consejería en LM,  Plan de Parto,  Planificación  Familiar, APN,  Alimentación y</p>			
--	--	---	--	--	--

		Nutrición durante el embarazo, Uso de la Casa Materna, Parto Institucional e Identificación de Señales de Peligro durante el Embarazo, Parto, Puerperio y del/la RN, Prevención de ITS y VIH y Prevención de VBG.			
	Calidad del llenado de la HCP		Es el cumplimiento del registro de las 13 actividades normadas por el MINSA. Se considera de buena calidad cuando se registran las trece actividades	Registro de 13 actividades  Registro incompleto de las actividades	Buen a  Mala

## 2.8 Validación de Instrumento

El instrumento se realizó una adaptación al instrumento de estándares de calidad del ministerio de salud que contiene las 13 actividades por que valoro el nivel de fiabilidad.

### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
.999	.999	47

**Fuente:** Base de dato de SPSS

## 2.9 Obtención de la información

Se realizará revisión de los expedientes clínicos archivados en el área de estadística de pacientes que se realizaron control prenatal durante el período de estudio, se utilizará ficha elaborada y validada para los datos de interés.

### Procesamiento y análisis de datos

Para la recolección de datos, basados en los objetivos y variables, se utilizaron 49 expedientes médicos

Una vez obtenidos los datos se ingresarán a la base de datos en el programa SPSS versión 23 SPSS (del inglés Statistical Package for Social Sciences) que significa Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales la Universidad de Chicago lo consideraron al SPSS como una importante propiedad intelectual se describe como “el software estadístico líder mundial para empresas, gobierno, organizaciones de investigación y académicas”. Así como “un conjunto de datos y herramientas de análisis predictivo fácil de utilizar para usuarios empresariales, analistas y programadores estadísticos” Mendez & Cuevas , (2014)

Para el análisis de la información se utilizaron medidas de frecuencia en porcentaje y correlaciones, luego mediante el programa Excel 2013 se elaborarán tablas, gráficas de pastel o barra para realizar el análisis de los resultados.

---

### **Consideraciones éticas**

Reglamento de la Ley No. 423, Ley General de Salud

Decreto No. 001-2003, Reglamento de la Ley No. 423, Ley General de Salud. Capítulo I, de los Principios y de la Aplicación de los Derechos de los Usuarios.

En el Artículo 7. Para la aplicación de los derechos de los usuarios, establecidos en la Ley, los establecimientos proveedores de servicios de salud.

Numeral 6. Establecer que se de garantizar la confidencialidad de la información, a través del manejo del expediente clínico, al cual sólo el personal autorizado debe tener acceso.

Numeral 7. Garantizar las condiciones para preservar la intimidad de los usuarios y que no sean expuestos a la vista u oídos de personas que no estén involucradas en su atención.

En el Artículo 8. Derechos de los usuarios establece:

Numeral 5. Establece que los usuarios del sector público y privado gozaran del derecho a la confidencialidad y sigilo de toda la información de su expediente y su estancia en instituciones de salud pública o privado salvo las excepciones legales.

Por tal razón la información de los pacientes y resultados del estudio se mantendrán en total y completa confidencialidad MINSA, (2013) p10-11

---

## Resultados

### Discusión de resultados

#### 1. Segmento de identificación y datos sociodemográficos

En esta investigación se evalúa la calidad del llenado de la HCP en el centro de salud, José Román, en el estudio se reconocen grandes debilidades en el llenado de la HCP, mostrando la realidad de la calidad de atención que se está brindando a las pacientes embarazadas de las comunidades tan alejada y con difícil acceso geográfico del territorio de la libertad.

En el llenado de los datos de identificación y sociodemográficos de las pacientes se encuentran que 1, 2, 5,6,7,8,9,13 son acápite cumplen con un registro superior al 95% los cuales son: Nombre y Apellidos, Domicilio, Localidad, fecha de nacimiento, edad, etnia, alfabeto y los capitales de 3,4,10,11,12 tiene un registro inferior al 75% estudios, entre ellos están, nivel de estudio, estado civil. Estas son un gran aporte para la historia clínica del paciente, su correcta identificación nos permite identificar factores de riesgo como son la lejanía, el estado social, los niveles de estudio, el tipo de raza, todos estos importantes factores de riesgo asociados a complicaciones obstétricas, obteniendo un 82.7% de registro en identificación de datos sociodemográficos.

Los acápite que casi no son registrados en la sección de identificación son el número de teléfono, el lugar de atención prenatal, lugar de parto/aborto y el número de identidad. Esto habla de un mal seguimiento de la paciente ya que no se lleva desde un inicio el registro de la unidad de salud donde se realizó el control prenatal, por lo tanto, también hay un mal control del registro de embarazadas activas en la región. El número de identidad y el número de teléfono son acápite muy difíciles de llenar, por la zona geográfica y de poco desarrollo la señal de teléfono todavía no es algo común, y la falta de número de identidad se remarca a falta de cultura de llevar la cedula de identidad y aunque se puede colocar el número de expediente asignado por el establecimiento de salud, este no es registrado por el personal de salud al momento del control. (MINSAL, 2022)

---

## 2. Segmento de antecedentes

Al momento de evaluar los antecedentes plasmados en la HCP se encuentran que los antecedentes obstétricos se cumplen en su totalidad en 100%, pero el antecedente tiene solo 96% familiares y personales un 98 del nivel de cumplimiento para un 98% de cumplimiento del segmento antecedentes.

Se puede resaltar que el personal de salud está haciendo un correcto interrogatorio en los antecedentes a los pacientes, se está indagando sobre antecedentes obstétricos lo que importante para la detección oportuna de factores de riesgo de los factores de riesgo, aunque el porcentaje es mínimo del incumplimientos de los antecedentes personales y familiar, es importante hacer el interrogatorio de los antecedentes para detectar factores de riesgo que pongan en peligro la vida materna, estos como diabetes, hipertensión, Pre eclampsia y otras condiciones médicas graves y antecedentes de recién nacidos de bajo peso, macrosómicos o gemelar y también la identificación del periodo intergenésico ya sea corto, largo o adecuado. (MINSa, 2022)

## 3. Segmento de embarazo actual

La sección que más debilidades se tiene es la de la gestación actual, esta cuenta con un gran número de acápite, todos importantes, aquí se toma en cuenta desde el estado nutricional, los exámenes de laboratorio, los controles subsecuentes que la paciente se realiza entre otros. Por ser la más extensa es también la que tiene más debilidades.

El análisis de la gestación actual encontramos que los acápite que más se cumplen y por encima del 80% son el peso anterior, la talla, la fecha de la última menstruación, la fecha probable de parto, el examen físico. Según el MINSa la valoración del estado nutricional de la mujer antes del embarazo es importante, para poder hacer la orientación adecuada de la alimentación durante la gestación, el cálculo de la fecha de parto se encontró que es el adecuado en relación a la fecha de la última menstruación, dato el cual es muy importante para ir evaluando la edad gestacional.

Recordemos que las complicaciones obstétricas tienen que relacionar también con la edad gestacional del paciente. Además este registro nos indica que el control prenatal se está aprovechando correctamente para evaluar el estado de salud en general de la mujer. (2022)



---

Siguiendo la misma línea, sección de gestación actual hay acápites con menor registro que están en un 96% estos son la confiabilidad de la edad gestacional, los estilos de vida y la consejería de la lactancia materna. Determinar la edad gestacional es tan importante como saber si esta es segura y confiable, la confiabilidad es algo que no se registra en su totalidad, esto habla de una investigación superficial por parte del recurso de salud, además de no hacer una investigación tan frecuente de los estilos de vida del paciente, recordemos que aquí se incluye lo que es hábito de fumado, alcohol, uso de drogas y violencia., El parto es considerado un momento de stress de la vida, la orientación sobre los riesgos, las complicaciones, los cambios sentimentales, todo esto es responsabilidad del personal de salud (MINSA, 2022)

El que se encuentra extremadamente bajo en registros es la preparación del parto y el esquema de vacuna antitetánica, ya que está por debajo del 94%, no hay una correcta evaluación de la paciente, además de esto no se lleva un buen control del esquema de vacunación, tener un mal registro de la vacuna antitetánica en mujeres adultas es no darle la importancia adecuada La aplicación de la vacuna antitetánica a una mujer no protegida con toxoide tetánico además, de protegerla a ella constituye una medida preventiva pre concepcional para un futuro embarazo y evita el tétano neonatal (MINSA, 2022).

Los registros de los exámenes de laboratorio descubrimos que solamente hay un examen que está por encima del 80% de registro el cual es la prueba de VIH, aunque es de un valor alto no es del todo satisfactorio, toda paciente embarazada debe de tener su prueba de VIH en dos momentos diferentes, para hacer una identificación precoz y abordaje oportuno para el binomio materno infantil. Considerando la importancia de esta prueba es más un mal registro que una realidad de esta unidad de salud.

Las demás pruebas de laboratorio son de más bajo registro en 80%, dentro de estas encontramos la revisión del Cervix (Papanicolau), el grupo sanguíneo, la toxoplasmosis, el estreptococo B, Sífilis, glicemia en ayunas. La realización de estos exámenes de laboratorio están a cargo de solamente una unidad de salud en todo el municipio y si a esto se le agrega la lejanía geográfica de la mayoría de pacientes; por lo tanto no todas las embarazadas pueden realizar sus pruebas aunque estas se encuentren indicadas en el expediente clínico.

---

El examen de orina (EGO) tienen un muy bajo registro, por debajo del 50%, lo cual sin duda es preocupante ya que no se están identificando procesos infecciosos tales como las Infecciones de Vías Urinarias (IVU), que son predisponentes para complicaciones del embarazo tales como amenaza de parto prematuro (APP). La misma lejanía y el contar con solamente un laboratorio para realizar exámenes de laboratorio impiden el cumplimiento de este acápite.

Con la atención prenatal subsecuente, aquí encontramos que hay 8 de 13 acápite que se encuentre llenados en su totalidad estos son: fecha de atención prenatal, frecuencia cardíaca fetal, movimientos fetales, iniciales de personal de salud y fecha de próxima cita. Esto habla de un buen seguimiento por parte del personal de salud con la mujer embarazada, tener un registro de cuando se realizan el control y de cuando tienen próxima cita. Además de hacer un registro adecuado de la frecuencia cardíaca fetal y los movimientos fetales de acuerdo a la norma y la edad gestacional adecuada, el acápite de signos de alarma es uno que menor porcentaje obtuvo, lo que es importante darle a conocer los signos de alarma a la paciente para contribuir a la disminución de la mortalidad materno e infantil.

En cuanto a la curva de incremento de peso materno es menos de la mitad con un 69%, esta curva es importante para ver el avance del embarazo en la paciente recordemos que la ganancia de peso en el embarazo es un signo de bienestar para el binomio y tanto la ganancia excesiva como la poca ganancia de peso son signos de alarma que nos permiten clasificar a una paciente como Alto Riesgo Obstétrico Real, es por esto que en cada visita se debe vigilar de forma estricta la ganancia de peso. De igual forma la curva de altura uterina se encuentra registrada en un 69%, La falta de registro puede deberse a una mala interpretación del gráfico y falta de conocimiento para darle seguimiento a esta curva. (MINSA, 2022) Teniendo como resultado en datos de gestación actual un 82.2%

La evaluación de las 13 actividades normadas es bastante pobre hay que recordar que el ministerio es bastante específico ya que se tiene que registrar con todos los acápite para que el expediente cumpla con el estándar de calidad, solamente 20% (16) de las HCP cumplen con todas las actividades normadas. La falta de conocimiento de las mismas, la falta de recursos de laboratorio y la falta de interés de los recursos son factores que influyen en el cumplimiento de los estándares de calidad.

---

## Conclusiones

En el estudio se reconocen grandes debilidades en el llenado de la HCP, mostrando la realidad de la calidad de atención de embarazadas atendidas en el área Rural y Urbana del centro de salud de la Libertad chontales.

En el segmento de identificación y datos sociodemográficos, se registró un 82,7% en el estudio, hay aspectos que hay que darle seguimiento para su cumplimiento como en nivel académico, localidad, lugar de atención, número de teléfono, estos aspectos son importante porque permiten darles seguimiento a las pacientes insistentes.

En el registro de los antecedentes personales, familiares y obstétricos se cumplió en un 98%, es importante resaltar que, en aspectos familiares y personales, hay que hacer un interrogatorio muy minucioso, para identificar alguna enfermedad previa en la familia o la misma, y poder reconocer factores de riesgo en la gestante.

El registro de datos de la gestación actual es la sección que más debilidades tiene y cuenta con un gran número de acápites. En cuanto a la solicitud de examen se puede resaltar los exámenes generales como EGO, glicemia, VIH, entre otros hay un déficit de indicación, con un porcentaje de 70.8% de cumplimiento, es importante hacer conciencia al personal de salud y paciente, para la indicación y la realización de exámenes.

En el registro de los datos de la consulta actual de las embarazadas atendidas se encontró un 69% de registro del incremento de peso materno y la curva de altura uterina, datos de gran importancia en cada control prenatal, La mitad de los datos del embarazo actual se encuentran registrados siendo los más comunes el peso anterior, talla, fecha de la última menstruación, fecha probable de parto y examen físico normal. Obteniendo como porcentaje general en los datos de gestación actual un 82.2% de cumplimiento.

La calidad del llenado de la HCP en un 80% es buena a nivel general sin tomar en cuenta que con un acápite no cumple con los estándares de calidad y en un 20% mala.

---

En cuanto al cumplimiento de las 13 actividades normadas la calidad del llenado es bajo ya que el ministerio de salud es específico y tienen que registrarse todos los acápite para que el expediente cumpla con el estándar de calidad, en este estudio solamente un 20% de las HCP cumplen con todas las actividades normadas.

En la mayoría de los casos la calidad del llenado de la HCP es mala ya que no se cumple con el registro completo de las trece actividades normadas por el Ministerio de Salud.

---

## Recomendaciones

Mejorar la calidad de atención integral a la mujer.

Coordinar en conjunto con dirección municipal acercar los servicios de salud a nuestra población del área urbana y en las comunidades que cuenten con energía, llevar el equipo de laboratorio para la realización de exámenes a gestantes que por lejanía geográfica se les dificulta acudir a la cede para realización de exámenes.

Brindar charlas a nuestras embarazadas sobre la importancia de realización de exámenes de laboratorio para una correcta valoración y seguimiento de su gestación.

Que el centro de salud disponga de mayor número de personal de salud para que este pueda disponer del tiempo requerido en cada atención prenatal y poder brindar una mejor calidad de atención ya que en ocasiones hay un solo médico para atender el área de consulta externa incluyendo las embarazadas.

Brindar capacitaciones al personal para que contribuya a mejorar el llenado correcto y completo de la Historia clínica perinatal haciendo énfasis en que cada acápite es importante para una atención de calidad y de esta manera los expedientes puedan cumplir con las 13 actividades normadas.

El personal de salud debe tener en cuenta que la curva de incremento de peso materno y altura uterina se deben graficar en cada control prenatal y de esta manea dar un correcto seguimiento a cada gestante.

Por parte de salud materna y dirección del centro de salud realizar un monitoreo continuo de los expedientes de embarazadas para identificar la calidad del llenado de la HCP del recurso que realizo cada control prenatal y de esta manera mejorar la atención a nuestra población.

---

## Bibliografía

- Veiga de Cabo, J., de la Fuente Díez, E., & Zimmermann Verdejo, M. (Marzo de 2008). *Scielo*. Obtenido de Scielo : [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465-546X2008000100011](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000100011)
- Anariba , R. V., Martínez , R., & Rodríguez , G. (2010). No uso de sondas orogastricas preoperatorias y regimen de alimentacion post operatoria en niños con estenosis hipertrofica del piloro. *revista de los postgrados de medicina UNAH*, 13(3), 10. Recuperado el 2021
- Anariba, R. V., Martínez Quiroz, R., & Rodríguez, G. (Agosto-Octubre de 2010). No uso de sonda orogástrica preoperatoria y régimen de alimentación postoperatorio en niños con estenosis hipertrófica de píloro. *Revista de los Postgrados de Medicina UNAH*, 13(3), 1-10. Recuperado el 13 de 11 de 2021, de <https://www.camjol.info/index.php/RMPM/article/view/627/451>
- Anónimo. (16 de septiembre de 2009). *Explorable*. Obtenido de <https://explorable.com/es/muestreo-por-conveniencia>
- Araya, J. T., & Gil Yee, M. (2015). Estenosis Hipertrófica Del Píloro. *Revista Médica de Costa Rica Y Centroamérica*, 83-86. Recuperado el 13 de 11 de 2021, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc151p.pdf>
- Asamblea Nacional de la República De Nicaragua. (17 de 05 de 2002). *Organización de la Naciones Unidas Para La Alimentación Y La Agricultura*. Recuperado el 11 de 2021, de Organización de la Naciones Unidas Para La Alimentación Y La Agricultura: <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/nic175675.pdf>
- Ayala Mendivil, R. E., Israel Ballena, C. A., & De la Cruz Puente, J. L. (2019). Calidad de las historias clínicas de consulta externa de obstetricia de un establecimiento de salud nivel I-4 del Callao. *REVISTA DE INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD NORBERT WIENER*, 8(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.37768/unw.rinv.08.01.002>
- Aymerich Bolaños, O. (10 de Enero de 2014). *Estenosis hipertrófica pilórica infantil*. Recuperado el 13 de 11 de 2021, de Scielo: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttextpid=S1409-00152014000100007](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttextpid=S1409-00152014000100007)
- Banco Mundial. (2021). *Indicadores del Banco Mundial*. Recuperado el 10 de 02 de 2022, de <https://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.NAHC>.
- Betancourt. (02 de agosto de 2016). *La lista de chequeo en calidad: Qué es y cómo se hace*. (I. Empresa, Productor) Obtenido de <https://www.ingenioempresa.com/lista-de-chequeo/>

- 
- Clínica Universidad de Navarra. (2020). *Diccionario Médico*. Recuperado el 11 de 2021, de Diccionario Médico: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/estenosis>
- Clínica Universidad de Navarra. (2020). *Diccionario Médico*. Recuperado el 11 de 2021, de Diccionario Médico: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/piloro>
- Cochran, W. J. (Marzo de 2020). *Manual MSD*. Recuperado el 13 de 11 de 2021, de Manual MSD: <https://www.msmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-gastrointestinales-en-reci%C3%A9n-nacidos-y-lactantes/estenosis-hipertr%C3%B3fica-de-p%C3%ADloro>
- Cochran, W. J. (Marzo de 2020). *Manual MSD*. Recuperado el 13 de 11 de 2021, de Manual MSD: <https://www.msmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-gastrointestinales-en-reci%C3%A9n-nacidos-y-lactantes/estenosis-hipertr%C3%B3fica-de-p%C3%ADloro>
- Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. (2022). *Plan Nacional de Lucha Contra la Pobreza y para el Desarrollo Humano 2022-2026*. Managua: GRU.
- Gutiérrez Fernández, R. D. (Agosto de 2016). *repositorio.urp.edu.pe*. Recuperado el 20 de 02 de 2022, de repositorio.urp.edu.pe: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/524>
- Gutiérrez, S. G. (SF de SF de SF). Evolución de pacientes pediátricos menores de 2 meses, atendidos por estenosis hipertrófica del píloro en el Hospital “Victoria Motta” Jinotega de. Managua, Nicaragua. Recuperado el 21 de 11 de 2021
- Lauriti, G., Cascini, V., Chiesa, P., Pierro, A., & Zani, A. (28 de octubre de 2018). *pubmed.*, Electronica. (Epub, Editor) <https://doi.org/10.1055/s-0037-1604116>
- López Ávila, J. (18 de 09 de 2014). *SEPEAP*. Recuperado el 12 de 11 de 2021, de SEPEAP: <https://sepeap.org/riesgo-de-estenosis-pilorica-en-lactantes-con-azitromicina-en-edades-tempranas/>
- Martínez Chamorro, M. (10 de 2019). *Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap)*. Recuperado el 12 de 11 de 2021, de Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap): [https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/antibioticos\\_topicos\\_doc\\_gpi\\_16-10-19\\_final\\_1.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/antibioticos_topicos_doc_gpi_16-10-19_final_1.pdf)
- Mayo Clinic. (03 de 11 de 2020). *Mayo Clinic*. Recuperado el 30 de 11 de 2021, de Mayo Clinic: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/pyloric-stenosis/symptoms-causes/syc-20351416>
- Medline Plus. (15 de 12 de 2020). *Medline Plus*. Recuperado el 11 de 2020, de Medline Plus: <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/ecografia/>

- 
- MedlinePlus. (08 de 07 de 2019). *MedlinePlus*. Recuperado el 26 de 11 de 2021, de MedlinePlus:  
[https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp\\_presentations/100095\\_5.htm](https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_presentations/100095_5.htm)
- Meléndez Álvarez, M. J., & Reyes Alemán, D. O. (Julio -Septiembre de 2024). *repositorio.unan.edu.ni*. Recuperado el 15 de 02 de 2022, de repositorio.unan.edu.ni:  
<https://repositorio.unan.edu.ni/1359/1/56948.pdf>
- Méndez Sánchez, R. (2018). Estenosis Hpertrófica del Píloro. *Revista Médica Sinergia*, 3(11), 10-13. <https://doi.org/https://doi.org/10.31434/rms.v3i11.151>
- Merriam-Webster. (24 de 03 de 2021). *Merriam-Webster*. Recuperado el 11 de 2021, de Merriam-Webster: <http://meaning88.com/medical/pyloromyotomy>
- MINistario de Salud de Nicaragua . (2020). Normativa 011-Norma para la atención prenatal, parto, recién nacido/a, puerperio de bajo riesgo. En MINSa, *Normativa 011-Norma para la atención prenatal, parto, recién nacido/a, puerperio de bajo riesgo*. (págs. 50-62). MInsa.
- Ministerio de Salud de Perú. (S.F). *redsalud*. Recuperado el 10 de 02 de 2022 , de redsalud:  
<https://www.redsaludcce.gob.pe>
- MINSa Nicaragua. (Febrero de 2004). *minsa.gob.ni*. Recuperado el 10 de Junio de 2022, de minsa.gob.ni: <https://www.minsa.gob.ni/>
- MINSa, Ni. (2013). *Norma No. 106 Manual para el llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP)*. Managua: MINSa.
- MINSa, Ni. (2016). *minsa.gob.ni*. Obtenido de minsa.gob.ni:  
<http://www.minsa.gob.ni/index.php/repository/Descargas-MINSa/Direcci%C3%B3n->
- MINSa, Ni. (2016). *Normativa 137 Manual estándares de Enfermería*. Managua, Nicaragua: MINSa. Recuperado el 10 de 03 de 2022
- MINSa, Ni. (2020). *Normativa 011. Norma para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo*. (Tercera Edición ed.). (N. MINSa, Ed.) MINSa, Ni. Recuperado el 19 de 05 de 2022
- MINSa, NI. (2021). *minsa.gob.ni*, Electronica. Recuperado el 15 de 02 de 2022, de minsa.gob.ni: <https://minsa.gob.ni/index.php/108-noticias-2018/4015-minsa-presenta-mapa-de-mortalidad-materna>
- Mojena Medina, D. J., Sabín, M. A., Álvarez , M. A., Sánchez, L. A., & Mojena Mojena, O. (25 de 06 de 2021). Características clínico-epidemiológicas em pacientes com estenose hipertrófica do piloro. Estudo de 15 anos em um centro terciário. *Revista Médica Multi Med*, 25(3), 1-19. Recuperado el 21 de 11 de 26, de <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/2058/2173>



- 
- Montoya Galea, B. C. (2014). CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESTENOSIS HIPERTRÓFICA DEL PÍLORO. SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE. PERIODO ENERO 2011 - DICIEMBRE 2013. *DocPlayer*, 18-22. Recuperado el 21 de 11 de 2021, de <https://docplayer.es/83400429-Autora-betty-carolina-montoya-galea-c-i-v.html>
- Ocampo del Prado, L. C., Menéndez Sandoval, F., Cervantes Bustamantes, R., Zárate Mondragón, F., Mata Rivera, N., Mason Cordero, T. J., . . . Mora Tiscareño, M. A. (Marzo-Abril de 2003). Estenosis hipertrófica pilórica. Una presentación poco común. *Acta Pediatr Méx*, 24(2), 86-90. Recuperado el 13 de 11 de 2021
- OPS y OMS. (2011). *Sistema informático Perinatal y formularios complementarios*. OMS.
- Padovani Cantón, A. M., Brito LLano, L., Crespo Selleir, M., & Padovine Clemente , S. (2012). Calidad en salud pública. *Scielo*, 16(4), 3. <https://doi.org/ISSN 1561-3194>
- Pérez, E. S., & Ríos, C. (30 de 06 de 2012). Estenosis hipertrófica del píloro: mitos y verdades. *BVSsalud*, 41(2), 16-21. Recuperado el 12 de 11 de 2021, de BVSsalud: <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/8vj7w>
- Pinto, N. P. (2016). Características Epidemiológicas, Clínicas y Quirúrgicas de la Estenosis Hipertrófica Pilórica Infantil en lactantes menores de 4 meses. Hospital Honorio Delgado Espinoza 2005- 2015. *DocPlayer*, 8-34. Recuperado el 21 de 11 de 2021, de <https://docplayer.es/206317717-Facultad-de-medicina-humana.html>
- Piura, J. (2008). *Metodología de la investigación científica*. Managua, Nicaragua , Nicaragua : Xerox.
- Quintero Delgado, Z., Cabrera Montoya, V., Sánchez Martínez, L., Cabrera Machado, C. A., Cortiza Orbe, G., & Ponce Rodríguez, Y. (2021). Guía de Práctica Clínica de estenosis hipertrófica del píloro. *SCIELO Revista Cubana De Pediatría*, 93(2), 6. Recuperado el 21 de 11 de 2021, de SCIELI: <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v93n2/1561-3119-ped-93-02-e1102.pdf>
- Real Academia Española. (2021). *RAE*. Recuperado el 11 de 2021, de RAE: <https://dle.rae.es/primog%C3%A9nito>
- Real Academia Española. (2022). *RAE*. Recuperado el 06 de 01 de 2022, de RAE: <https://dle.rae.es/bilis>
- Rojó Rodilla, E. (24 de 01 de 2020). *SEPEAP*. Recuperado el 29 de 11 de 2021, de SEPEAP: [epeap.org/la-estenosis-hipertrofica-de-piloro-se-relaciona-con-el-tipo-de-lactancia-y-con-el-nivel-socioeconomico/](http://epeap.org/la-estenosis-hipertrofica-de-piloro-se-relaciona-con-el-tipo-de-lactancia-y-con-el-nivel-socioeconomico/)
- Romero, G., Rodríguez, Á., & Casals, R. (03 de 10 de 2016). Revisión de Estenosis Hipertrófica del Píloro. *Revista Pediátrica Electrónica*, 13(3), 18-23. Recuperado el 13 de 11 de 2021, de

---

[http://www.revistapediatria.cl/volumenes/2016/vol13num3/pdf/ESTENOSIS\\_PILORO.pdf](http://www.revistapediatria.cl/volumenes/2016/vol13num3/pdf/ESTENOSIS_PILORO.pdf)

- Salguero Hernández, C. M., & Sánchez Segovia, L. B. (2017). *ri.ues.edu.sv*. Recuperado el 22 de 02 de 2022, de *ri.ues.edu.sv*: <https://ri.ues.edu.sv/id/eprint/19078/>
- SaludSavia. (26 de 11 de 2018). *SaludSavia*. Recuperado el 20 de 11 de 2021, de SaludSavia: <https://www.saludsavia.com/contenidos-salud/enfermedades/hipertrofia>
- Sampieri, D. R., Collado, D. C., & Lucio, D. M. (2014). Metodología de la investigación, Sexta edición. En D. R. Sampieri, D. C. Collado, & D. M. Lucio, *Metodología de la investigación , Sexta Edición* (pág. 92). México, México: McGrawHill. Recuperado el 6 de Septiembre de 2020
- Somarribas López, D. O., Valverde Torres, H. E., & Villegas Palma, G. (2019). *repositorio.unan.edu.ni*, Electrónica. Recuperado el 23 de 02 de 2022, de *repositorio.unan.edu.ni*: <https://repositorio.unan.edu.ni/15161/>
- Tamayo Meneses , L., Galindo Gómez, J., & Carvallo Almanza, F. (Julio de 2006). Estenosis Hipertrofica de Píloro: Presentación de un caso y actualización. *Revista Cuadernos*, 51(2), 52-58. Recuperado el 12 de 11 de 2021, de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=s1652-67762006000200006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=s1652-67762006000200006&script=sci_arttext)
- Torres Guinand, C. (2021). *USMP Repositorio Académico*. Recuperado el 2021, de USMP Repositorio Académico: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/7471>
- Toruño., D. M. (agosto de 2017). Estenosis hipertrofica del piloro. *REPOSITORIO UNAN MANAGUA*, 30. Recuperado el 21 de 11 de 2021, de <https://repositorio.unan.edu.ni/8064/1/97398.pdf>
- Universidad Clínica de Navarra. (2020). *Diccionario Médico*. Recuperado el 11 de 2021, de Diccionario Médico: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/vomito>
- Visbal, L. A., Iglesias, J. O., & Osuna, I. B. (2008). Metodología de la investigación para la ciencias de la salud. En L. A. Visbal, J. O. Iglesias, & I. B. Osuna, *Metodología de la investigación para la ciencias de la salud* (pág. 172). La Habana, Cuba: Ciencias Médicas. Recuperado el 6 de Septiembre de 2020
- Zeron Parrales, C. M., & Sánchez Sandoval, J. R. (Enero-junio de 2015). *repositorio.unan.edu.ni*. Recuperado el 16 de 02 de 2022, de *repositorio.unan.edu.ni*: <https://repositorio.unan.edu.ni/1359/1/56948.pdf>
- Zhu, J., Zhu, T., Lin, Z., Qu, Y., & Mu, D. (19 de 03 de 2017). Factores de riesgo perinatal para la estenosis pilórica hipertrofica infantil: un metaanálisis. *SEPEAP: Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria*, 52(9), 1389-1397. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2017.02.017>

---

Zhu, Jianghu ; Zhu , Tingting; Lin, Zhenlang; Qu, Yi; Mu, Dezhi;. (2017). Factores de riesgo perinatal para la estenosis pilórica hipertrófica infantil: un metaanálisis. *Pediatr Surg*, 52(9), 1389-1397. <https://doi.org/doi: 10.1016/j.jpedsurg.2017.02>

---

## Anexos

### **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA UNAN FAREM-CHONTALES “CORNELIO SILVA ARGUELLO FICHA RECOLECTORA DE DATOS**

**TEMA:** Cumplimiento del llenado de la Historia Clínica Perinatal, de mujeres atendidas en el Centro de Salud, José Román González, de la Libertad Chontales, I trimestre del 2022.

#### **OBJETIVO:**

##### **Objetivo general**

Evaluar el cumplimiento del llenado completo de control prenatal de la historia clínica perinatal en el Centro de Salud José Román González, de la Libertad Chontales, en el Primer trimestre del 2022

	<b>CUMPLIMIENTO</b>	
<b>Segmento Identificación</b>	<b>Si</b>	<b>NO</b>
Nombre y apellidos	si	
Domicilio	si	
Localidad y dirección	si	
Número de teléfono	si	
Fecha de nacimiento	si	
Edad: 15-45 años	si	
Etnia	si	
Alfabeta	si	
Estudios	si	
Estados Civil	si	
Lugar de atención prenatal	si	
Lugar del parto/ Aborto	si	
No de identidad	si	

<b>Segmento de antecedente</b>		
Antecedentes Personales	<b>si</b>	
Antecedentes Familiares	<b>si</b>	
<b>Antecedentes obstétricos</b>		
Gestaciones	<b>si</b>	
Aborto	<b>si</b>	
Parto	<b>si</b>	
Parto vaginales o cesáreas	<b>si</b>	
Peso del bebé anterior	<b>si</b>	
Número de nacidos vivos	<b>si</b>	
Número de nacidos muerto	<b>si</b>	
Cuantos viven actualmente	<b>si</b>	
Fecha del fin de anterior embarazo	<b>si</b>	
Intervalo intergenésico	<b>si</b>	
Embarazo planeado, fracaso método anticonceptivo	<b>si</b>	
Fracaso método anticonceptivo	<b>si</b>	

<b>SEGMENTO GESTACION ACTUAL</b>	<b>si</b>	
Peso pre gravídico	<b>si</b>	
Talla	<b>si</b>	
Evaluación del Estado Nutricional en base a Índice de Masa Corporal pre gestacional o de las primeras 12 semanas de gestación	<b>si</b>	
Fecha de Ultima Menstruación	<b>si</b>	
Cálculo de amenorrea y FPP	<b>si</b>	
Confiabilidad de la Edad Gestacional	<b>si</b>	
Estilos de Vida	<b>si</b>	
Aplicación de vacuna antitetánica		<b>no</b>
EXAMEN DE odontológico.	<b>si</b>	
EXAMEN DE MAMAS.	<b>si</b>	

FE/Folatos Indicados y albendazol	<b>si</b>	
Inspección visual del cérvix	<b>si</b>	
Papanicolaou	<b>si</b>	
DETERMINACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL	<b>si</b>	
MEDICIÓN DE LA ALTURA UTERINA	<b>si</b>	
AUSCULTACIÓN DEL FCF DESPUÉS DE LAS 20 SEMANAS.	<b>si</b>	
MOVIMIENTOS FETALES DESPUÉS DE LAS 18 SEMANAS	<b>si</b>	
Exámenes de laboratorio (Grupo y Rh, PAP - Colposcopia, VDRL/RPR, EGO -Cintas Uroanálisis - Urocultivo, Hb, Glicemia - PTOG consejería y prueba voluntaria de VIH) Si aplica: toxoplasmosis, Chagas y Malaria		<b>no</b>
Medición de Altura Uterina, grafica e interpretación	<b>si</b>	
valorar registró en formato adjunto a la HCP	<b>si</b>	
Consejería en LM, Plan de Parto, Planificación Familiar, APN, Alimentación y Nutrición durante el embarazo, Uso de la Casa Materna, Parto Institucional e Identificación de Señales de Peligro durante el Embarazo, Parto, Puerperio y del/la RN, Prevención de ITS y VIH y Prevención de VBG.	<b>si</b>	

---

**Registro de los datos de identificación sociodemográficos en la HCP de las embarazadas atendidas en Centro de Salud, José Román González, de la Libertad Chontales, en el I trimestre del 2022**

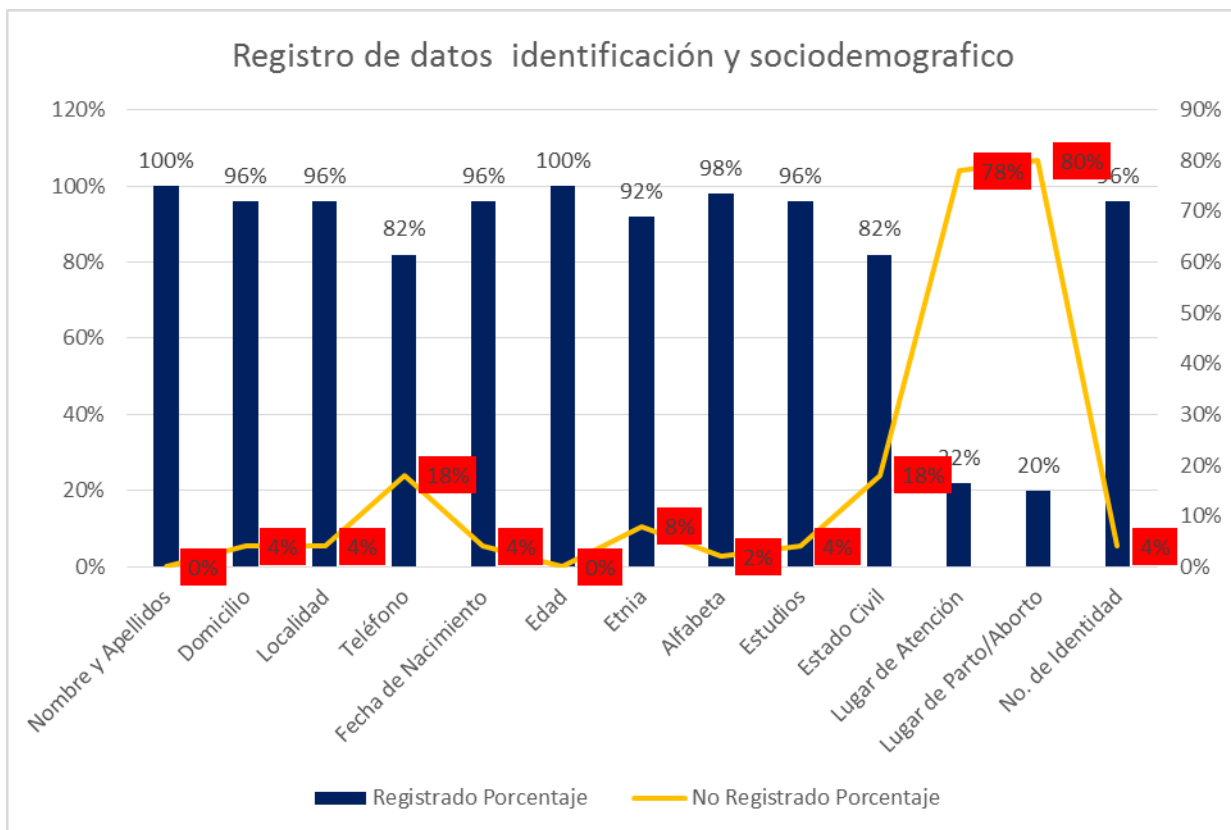
**N=49**

**CUADRO 1**

Datos de identificación	Registrado	
	Numero	Porcentaje
Nombre y Apellidos	49	100%
Domicilio	49	96%
Localidad	42	96%
Teléfono	40	82%
Fecha de Nacimiento	47	96%
Edad	49	100%
Etnia	45	92%
Alfabeta	48	98%
Estudios	47	96%
Estado Civil	40	82%
Lugar de Atención	11	22%
Lugar de Parto/Aborto	10	20%
No. de Identidad	42	96%

**FUENTE: Expediente de embarazadas atendidas en el centro de salud José Román González la libertad chontales, I Trimestre 2022**

## GRAFICA CUADRO 1



Con un 82.7% de cumplimiento.



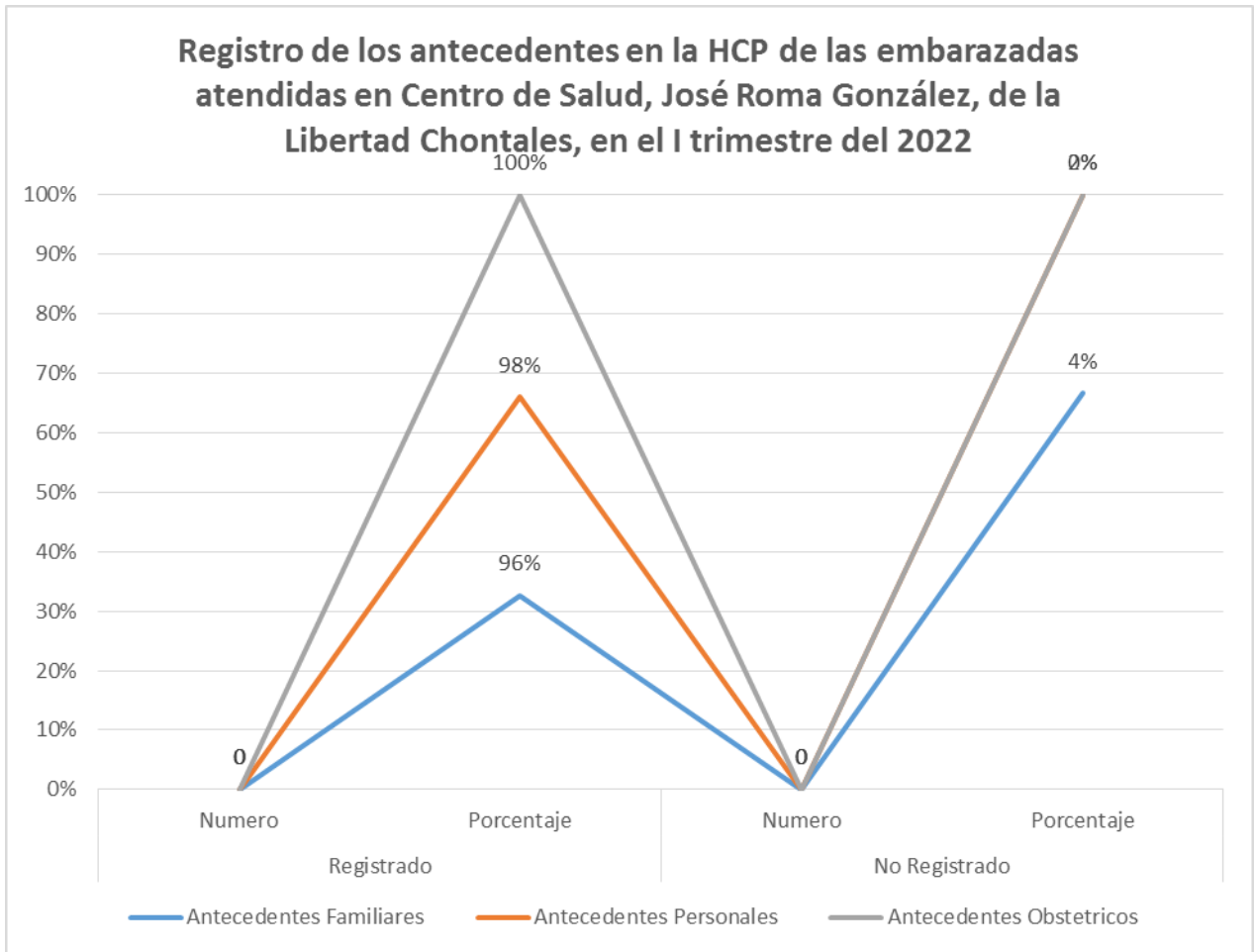
---

**Registros de los antecedentes en la HCP de las embarazadas atendidas en Centro de Salud, José Román González, de la Libertad Chontales, en el I trimestre del 2022**

**CUADRO 2**

**Con un 98% de cumplimiento**

Antecedentes	Registrado	
	Numero	Porcentaje
Antecedentes Familiares	47	96%
Antecedentes Personales	48	98%
Antecedentes Obstétricos	49	100%

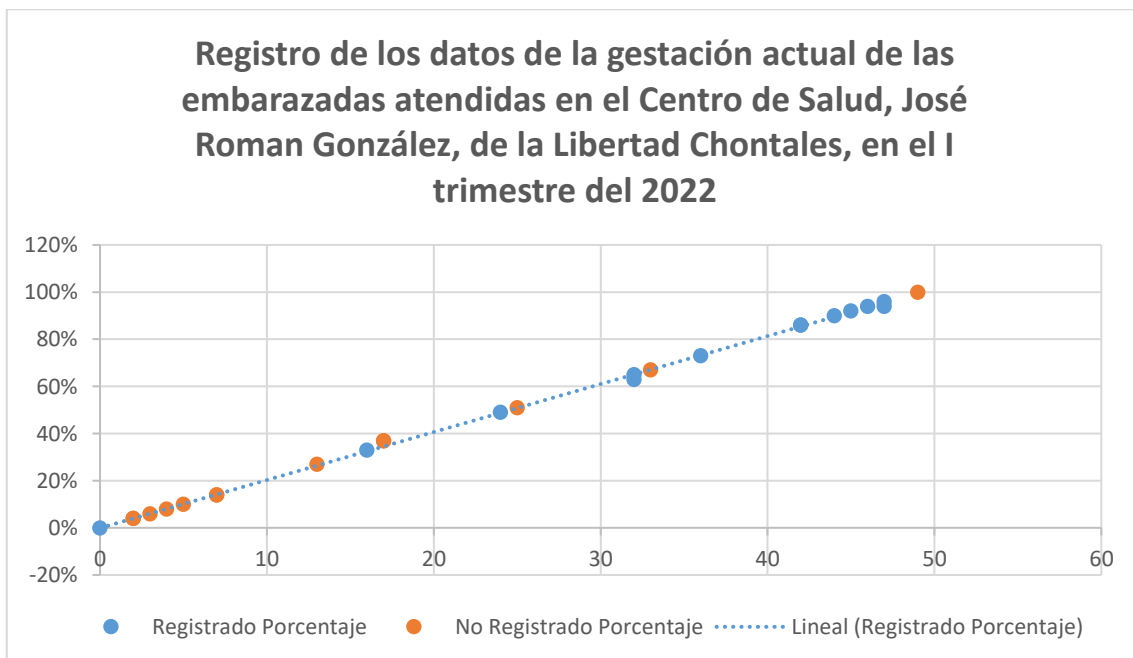
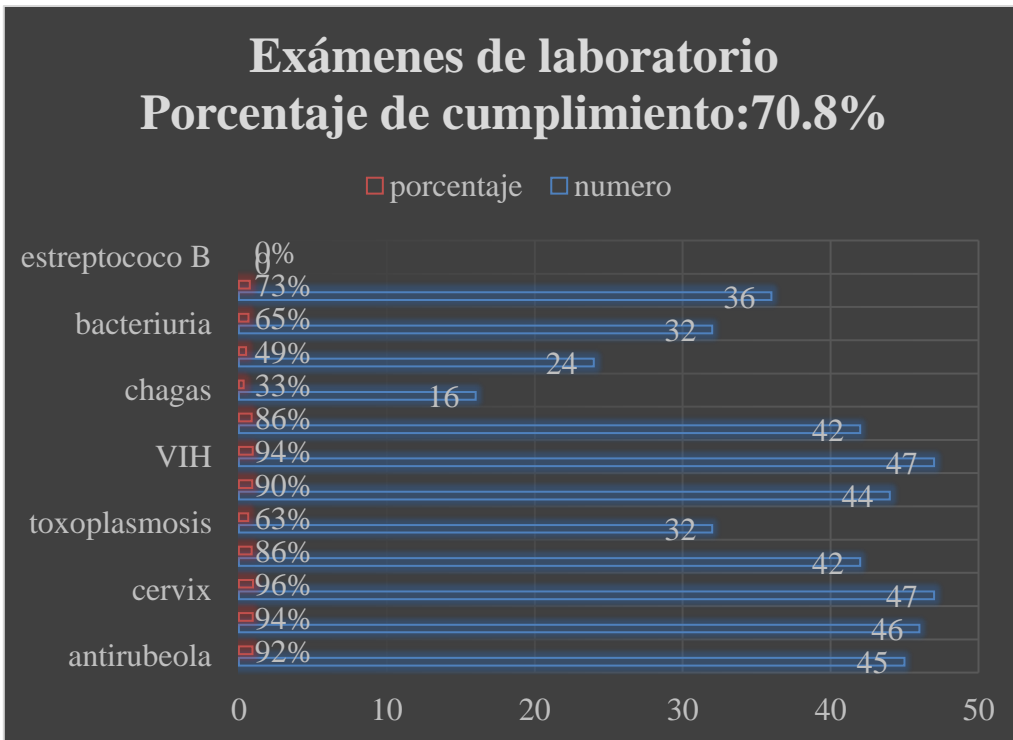


**Registro de los datos de la gestación actual de las pacientes atendidas en Centro de Salud, José Román González, de la Libertad Chontales, en el I trimestre del 2022**

**CUADRO 3**

<b>Datos de la gestación actual</b>	<b>Registrado</b>	
	<b>Numero</b>	<b>Porcentaje</b>
Anti rubeola	45	92%
Antitetánica	46	94%
Cérvix	47	96%
Grupo Sanguíneo	42	86%
Toxoplasmosis	32	63%
Prueba de Hemoglobina	44	90%
VIH	47	94%
Sifilis	42	86%
Chagas	16	33%
Paludismo / Malaria	24	49%
Bacteriuria	32	65%
Glicemia en Ayunas	36	73%
Estreptococo B	0	0%

**GRAFICO CUADRO 3**



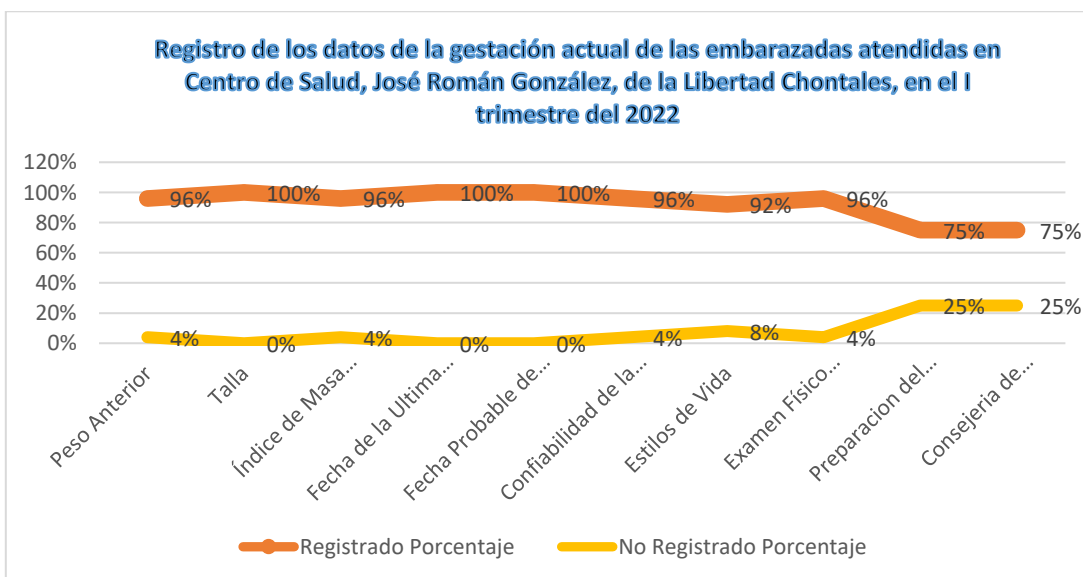
**Porcentaje de cumplimiento: 70.8%**

**Registro de los datos de la gestación actual de las pacientes atendidas en Centro de Salud, José Román González, de la Libertad Chontales, en el I trimestre del 2022**

**N=49**

**CUADRO 4**

Gestación Actual	Registrado	
	Numero	Porcentaje
Peso Anterior	47	96%
Talla	49	100%
Índice de Masa Corporal	47	96%
Fecha de la Ultima Menstruación	49	100%
Fecha Probable de Parto	49	100%
Confiabilidad de la Edad Gestacional	47	96%
Estilos de Vida	45	92%
Examen Físico Normal	47	96%
Preparación del Parto	37	75%
Consejería de Lactancia Materna	37	75%



## GRAFICO CUADRO 4

**Porcentaje de cumplimiento: 92.6%**

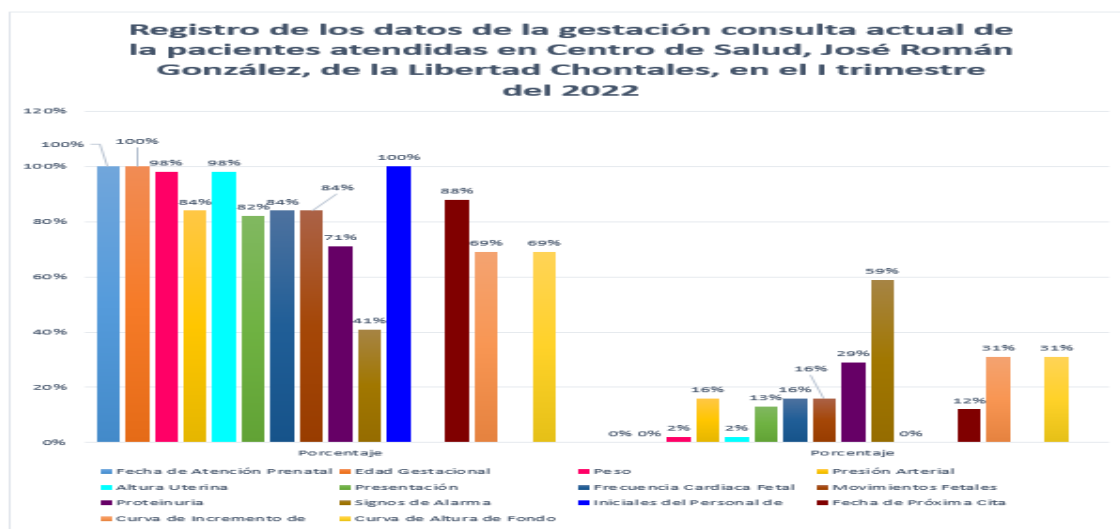
**Registro de los datos de la gestación consulta actual de las pacientes atendidas en Centro de Salud, José Román González, de la Libertad Chontales, en el I trimestre del 2022**

**N=49**

## CUADRO 5

**83.4% de cumplimiento**

Gestación Actual	Registrado	
	Numero	Porcentaje
Fecha de Atención Prenatal	49	100%
Edad Gestacional	49	100%
Peso	48	98%
Presión Arterial	41	84%
Altura Uterina	48	98%
Presentación	40	82%
Frecuencia Cardiaca Fetal	41	84%
Movimientos Fetales	41	84%
Proteinuria	35	71%
Signos de Alarma	20	41%
Iniciales del Personal de	49	100%
Fecha de Próxima Cita	43	88%
Curva de Incremento de	34	69%
Curva de Altura de Fondo	34	69%

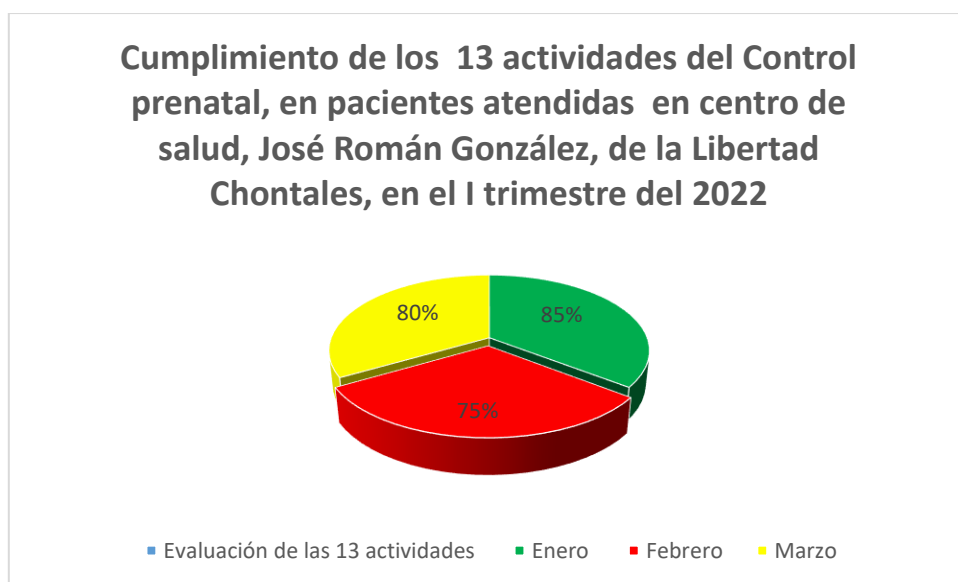


**Registro de los datos de gestación actual: 82.2% de cumplimiento en HCP**

**Cumplimiento de las 13 actividades del control prenatal, en pacientes atendidas en centro de salud, José Román González, de la Libertad Chontales, en I trimestre del 2022**

**CUADRO 6**

Evaluación de las 13 actividades	Nivel de cumplimiento
Enero	85%
Febrero	75%
Marzo	80%



**GRAFICA CUADRO 6 FUENTE: Expediente de embarazadas atendidas en el centro de salud Jose Roman Gonzalez la libertad chontales, I Trimestre 2022**

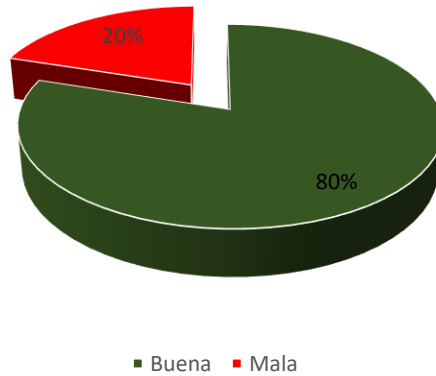
**Porcentaje de cumplimiento: 80%**

**Calidad del llenado de la HCP, según estándares de calidad en centro de salud, José Román González, de la Libertad Chontales, en I trimestre del 2022.**

**Cuadro 7**

Calidad del llenado de la HCP	Número	Porcentaje
Buena	39	80%
Mala	10	20%
Total	49	100

Calidad del llenado de la HCP, según estándares de calidad en centro de salud, José Román González, de la Libertad Chontales, en I trimestre del 2022



Anexo 3. Listas de chequeo

Lista de chequeo para la Atención Prenatal de Bajo Riesgo

**Indicador 1.1 Porcentaje de embarazadas a las que se les registró e interpretó las actividades del Formulario de Clasificación del Riesgo en cada APN y ha sido referida en el periodo de tiempo y al nivel de resolución que corresponde.**

**EMBARAZADAS A QUIENES SE LES LLENÓ EL FORMULARIO DE CLASIFICACION DEL RIESGO DE ACUERDO A PROTOCOLOS: Basado en el Protocolo de Atención Prenatal. MINSA**  
Cada número corresponde a un expediente de APN monitoreado. Registre el número del expediente. Anotar **1** en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (**Se Cumple**). Si el criterio no es satisfactorio (**No Se Cumple**), anotar **0**. Registrar **NA (No Aplica)**, en caso de que el criterio a monitorear no sea válido en el presente caso o que no pueda aplicarse en este nivel de atención. La casilla de **Expediente Cumple**, se marcará con **1** solamente si en el expediente monitoreado se cumplieron todos los criterios, exceptuando los NA. El **Promedio Global**, se obtiene de dividir el **Total de Expediente Cumple (1)**, entre el **Total de Expedientes Monitoreados X 100**. El promedio por criterio nos servirá para focalizarnos en los Ciclos Rápidos de Mejora Continua, de el o los criterios que no estamos cumpliendo (**Fallos de la Calidad de Atención**).

Establecimiento de salud

Mes: _____ Año: _____ No. de Expediente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	N	D	%	
<b>Criterios</b>																								
1. Muerte fetal o muerte neonatal previas (28 SG – 7 días de vida)																								
2. Antecedentes de 3 o más abortos espontáneos consecutivos																								
3. Peso al nacer del último bebé menor de 2500 gr																								
4. Peso al nacer del último bebé mayor de 4500 gr																								
5. ¿Estuvo internada por hipertensión arterial o pre eclampsia / eclampsia en el último embarazo?																								
6. Cirugías previas en el tracto reproductivo (miomectomía, resección del tabique, conización, cesárea clásica, cerciaje cervical) / Cesárea previa referir a las 36 SG																								
7. Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple																								
8. Menos de 20 años de edad																								
9. Más de 35 años de edad																								
10. Isoinmunización Rh Negativa en el embarazo actual o en embarazos anteriores (Realizar Coombs en II y III trimestre)																								
11. Sangrado vaginal																								
12. Masa pélvica																								
13. Presión Arterial Diastólica de 90 mm Hg o más durante el registro de datos																								
14. Diabetes mellitus insulino dependiente																								
15. Nefropatía																								
16. Cardiopatía																								
17. Consumo de drogas (incluido el consumo excesivo de alcohol)																								
18. Cualquier enfermedad o afección médica severa / Obesidad (IMC > 30)																								

**Cuadro 7.** Lista de chequeo para la atención prenatal de bajo riesgo, extraída de normativa 011.





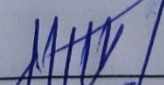
UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA

UNAN - MANAGUA

Dr. Daniel Eloy Blanco López médico en medicina y cirugía general el cual labora en la facultad de ciencias medicas UNAN FAREM chontales.

INFORMA

Que Br. Ismary Yugiel Marengo Luna, Br. Hazel Ezequiel Herrera Rubio y Br. Dayana Maria Alvarez Rosales, han realizado bajo nuestra tutoría y seguimiento de Monografía de graduación titulado: Cumplimiento del llenado de la Historia Clínica Prenatal de mujeres atendidas en el centro de salud José Román Gonzales, de la Libertad Chontales, I trimestre del 2022, presentada para optar al título de Médico General en Medicina y cirugía que a nuestra opinión cumple con los requisitos exigibles para proceder a la realización de la defensa monográfica. Lo que firmamos a petición de los involucrados para poder obtener los efectos esperados donde haya lugar

  
Dr. Daniel Eloy Blanco Lopez

Médico y Cirujano

Especialista en Ginecoobstetricia

Dr. Daniel Eloy Blanco Lopez  
Esp. Medicina Especialista  
Ultrasonografía  
Urología  
Oncología