

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO "RUBÉN DARÍO"
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



MONOGRAFÍA PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO Y CIRUJANO

**CUMPLIMIENTO EN EL REGISTRO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL DE
LAS GESTANTES DE LA EMPRESA MEDICA PREVISIONAL EN LA
CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL ESCUELA CARLOS ROBERTO
HUEMBES, PRIMER SEMESTRE DEL 2015**

Autora: Bra. Aminta Gaitán Pacheco

**Tutor Científico: Dr. Francisco Sequeira Suarez
Especialista en Ginecoobstetricia**

**Tutor Metodológico: Dr. Armando Sebastián Ulloa González
Master en Salud Pública**

AGOSTO 2016

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico a:

A Dios:

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A Mis Padres:

- ❖ **Estelvina Pacheco**
- ❖ **Héctor Gaitán**

A mi Esposo:

- ❖ **Walter Javier Tijerino**

Hoy estoy compartiendo mis logros con ustedes, y doy gracias a Dios por darme el privilegio de ser su hija y esposa; gracias por su apoyo, confianza y amor.

AGRADECIMIENTO

A Mis Padres por permitirme estudiar Medicina y darme su apoyo incondicional, gracias por tus oraciones, por preocuparte y amarme con tanta ternura y devoción. Mamá, Papa; llego el momento de la cosecha y tus peticiones han sido concedidas,

A Mi esposo por ser ayuda idónea y gracias por tu paciencia y comprensión hoy hemos alcanzado un triunfo más porque los dos somos uno y mis logros son tuyos

A mis maestros durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación que ellos fueron la principal fuente de mi enseñanza.

A las autoridades de la Empresa Medica Previsional por su ayuda, confianza y sobre todo darme todo el aporte incondicional que en su momento me brindaron

De igual manera agradecer a mis tutores de trabajo monográfico, por su visión crítica, por sus consejos, que ayudan a formarte como persona e investigadora.

“Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que les encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones”.

OPINION DEL TUTOR

El presente estudio monográfico sobre "**Cumplimiento en el registro de la historia clínica perinatal de las gestantes de la empresa medica previsional en la consulta externa del hospital escuela Carlos Roberto Huembes**", realizado por Aminta Gaitán Pacheco, es un tema de estudio de mucha importancia e interés ya que en nuestro país la mortalidad materna constituye aún un problema de salud pública. Adicionalmente, La Historia Clínica Perinatal, se ha considerado como intervención estratégica en la ampliación de la cobertura y mejora de la calidad de los servicios de atención prenatal, ya que permite efectuar intervenciones de vigilancia y control en la etapa del periodo perinatal para reducir la morbimortalidad.

El presente estudio permite evaluar la importancia que tiene el registro de la Historia Clínica Perinatal en el primer control de las gestantes usuarias de la empresa Médica previsional, en la que se evidenció que solo el 56.25% de la historias clínicas perinatales tenían datos completos.

El estudio revela que entre los indicadores que presentaban datos incompletos incluían datos tanto del niño como de la madre. En cuanto a los datos del niño la medición de la talla y el peso estaban incompleto y los indicadores como semanas de amenorrea, medición de altura uterina, frecuencia cardiaca fetal, y movimientos fetales estaban registrados inapropiadamente.

Los indicadores relativos a las características de las madres se evidenciaron que se encontraban registro inapropiado el estado nutricional, número de controles en el primer trimestre.

Los resultados alcanzado en este estudio, ha sido posible por la dedicación, interés responsabilidad, e iniciativa demostrada por la autora durante todo el proceso de la investigación, lo cual les permitió haber logrado culminar con éxito este trabajo

Por los aportes brindados en los resultados del presente estudio e interés demostrado en esta temática, no me resta más que felicitarle por los alcances logrados y alentarla a que continúen profundizando y desarrollando este campo de la investigación.

Dr. Armando Ulloa González
Vice Decano General
Facultad de Ciencias Médicas
UNAN - MANAGUA

RESUMEN

El presente estudio es descriptivo, retrospectivo, de corte transversal realizándose en la Consulta Externa de la Empresa Médica Previsional de Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes en el periodo I semestre 2015.

El objetivo propuesto es evaluar el registro de la Historia Clínica Perinatal en el primer control de las gestantes usuarias de la empresa Médica previsional. De los expedientes de las pacientes embarazadas ingresadas en el programa de atención prenatal se obtuvo una muestra de 155 historias clínicas perinatales, analizando la información con el programa estadístico Spss versión 22, obteniendo tablas y gráficos de frecuencias y porcentajes.

En los resultados: del estudio se revisaron 16 criterios de varios segmentos de la historia clínica perinatal, 9 de estos cumplieron con el llenado correcto, para un total de Historias clínicas perinatales con datos completos de un 56.25% y una ausencia de registros de un 47.75% con datos incompletos. El mayor porcentaje de calidad de registro en la Historia clínica Perinatal fue bueno debido al correcto llenado de los datos de identidad, antecedentes patológicos familiares, personales y obstétricos, en los ítems; registro de toma de presión arterial, aplicación de la vacuna antitetánica, registro de exámenes de laboratorio y evaluación del estado nutricional en las cónyuges.

Se recomienda Realizar talleres de llenado y carga de Historia Clínica Perinatal al momento de las incorporaciones de nuevos residentes en el servicio. A nivel de postgrados se debería evaluar este ítem en las residencias de ginecología y obstetricia. Evaluaciones periódicas de control de llenado de las Historias Clínica Perinatal en la consulta externa de la Empresa Médica Previsional y socializar los resultados de los análisis obtenidos, y a la empresa medica previsional: realizar Monitoreo y supervisión periódica a lo interno al personal que atiende a las usuarias como oportunidad para mejorar la aplicación de normas tanto de Atención Prenatal como de llenado de la Historia clínica Perinatal con el objetivo de reducir la Morbimortalidad materna y perinatal.

1.1. INTRODUCCION

En los últimos años, Nicaragua ha reducido considerablemente su tasa de mortalidad materna, gracias al trabajo de las Casas Maternas y a una creciente captación de embarazos para recibir atención prenatal, indican informes del Ministerio de Salud, Minsa.

Según una presentación que realizó el Minsa ante la Organización Panamericana de la Salud, OPS, la tasa de mortalidad materna en 2005 era de 86.47 por cada 100 mil nacidos vivos, pero en 2011 bajó a 63.2, y en el Informe de Gestión de la Salud del 2012 muestran que ese año pasó a 50.6 por cada 100 mil nacidos vivos.

La mejora de la salud materna es uno de los ocho Objetivos del Milenio, ODM, suscritos en el 2000 por los gobiernos del mundo, entre ellos Nicaragua. La meta específica es que para el 2015 se haya reducido la mortalidad materna en un 75% respecto a la de 1990. Esta cifra correspondería a una tasa de 68.28 por 100 mil nacidos vivos. Sin embargo, el país se ha establecido una meta más ambiciosa, ya que pretende llegar a solo 27 muertes por cada 100 mil nacidos.

Cifras del Minsa indican que los avances han sido significativos. De 1992 al 2002, la tasa de mortalidad materna se redujo de 91.04 muertes por cada 100 mil nacidos vivos, a 89.81 por cada 100 mil nacidos vivos.

En tanto, del 2007 al 2012 la tasa de mortalidad materna pasó de 78.02 a 50.6 por cada 100 mil nacidos.

A nivel mundial, la mortalidad materna es “inaceptablemente alta”, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, OMS. Esta organización afirma que solo en el 2010 murieron 287 mil mujeres durante el embarazo y el parto, o después de ellos, y que la mayoría de esas muertes ocurrieron en países en desarrollo y podrían haberse evitado. (7)

La OMS detalla que la tasa de mortalidad materna en los países en desarrollo es de 240 por 100 mil nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es de tan solo 16.

En Nicaragua la mortalidad materna constituye uno de los principales problemas de salud pública por lo que se debe tomar en cuenta los aspectos sociales, calidad y cobertura de los servicios de atención prenatal. Nicaragua fue uno de los primeros en incorporar la educación de la mortalidad materna como una de las prioridades del plan de salud desde 1998.

Las intervenciones implementadas se pueden clasificar en dos generaciones: las realizadas entre 1988 y 1998 y las que se están realizando a partir de 1999.

Desde 1987, Nicaragua ha realizado importantes esfuerzos para lograr disminuir la mortalidad materna, pero aún mantiene cifras elevadas que la clasifican entre los países de América Latina con altas tasas de mortalidad

Muchos de los problemas de salud que presentan las embarazadas son evitables, detectables o tratables a través de consultas con personal médico calificado antes del parto.

Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbimortalidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna. (7)

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomiendan un mínimo de cuatro consultas durante el embarazo. Las consultas permiten a las mujeres recibir importantes servicios, como vacunas antitetánicas, detección y tratamiento de infecciones, e información que podría ayudar a salvar vidas acerca de síntomas de riesgos durante el embarazo.

La calidad de la atención es el eje fundamental del derecho a la salud de las personas, sin este criterio, es difícil definir si realmente las acciones que se brindan en los servicios, promueven su protección. La calidad de los servicios de salud, es un elemento complejo, que debe abordarse en forma multifactorial. La calidad debe reorientar la cultura organizacional, estableciendo la gestión de la calidad como una meta institucional.

Por lo tanto para que un hospital funcione con un alto nivel de rendimiento, no es suficiente que tenga servicios de alta complejidad, sino el desarrollo de un sistema de información ágil, íntegra y confiable que suministre datos sobre morbilidad, fortaleciendo de esta forma del perfil epidemiológico de la población asistente a ese hospital (8)

ANTECEDENTES

En el año 1993 la mortalidad perinatal fue de 12,8 por 1.000 nacidos vivos y la mortalidad materna de 3,62 por 10.000 nacidos vivos, cifras excelentes para el medio Latinoamericano, pero lejos aún de los países denominados desarrollados, constituyéndose aún en un importante problema de salud pública para el país.

Desde los años noventa, el porcentaje de embarazadas que recibieron atención prenatal al menos una vez aumentó desde un 70.4% (MINSA 1993) a un 91.0% (ENDESA 2006-2007). Sin embargo, la proporción de embarazadas que reciben las cuatro consultas recomendadas por la OMS y UNICEF es sustancialmente menor. A nivel nacional el Ministerio de salud, menciona que las embarazadas en el 2005 que recibieron 4 controles prenatales, las cifras oscilaron entre el 55.9% y al 2008 61.0% .

Un aspecto importante es el avance en la cobertura de la captación precoz (primer trimestre del embarazo), el cual se incrementó del 34.7% en el 2005 al 46.4% en el 2008.⁵ El control prenatal debe ser eficaz y eficiente, esto significa que la cobertura deber ser máxima (sobre el 90% de la población obstétrica). (7).

Nicaragua adoptó la **Historia Clínica Perinatal Base (HCPB)** desde hace más de 20 años, realizando su primera actualización en el año 2004 y la última en el año 2011 denominándole a partir de este año **Historia Clínica Perinatal (HCP)**, la cual está vigente; y en ella se incluyeron las variables necesarias para garantizar un abordaje integral con las mejores intervenciones basadas en evidencia para la reducción de la morbi-mortalidad materna y perinatal. (10)

En relación a estudios anteriores que se han realizado se toma como referencia mencionar al estudio sobre “**Evaluación de la calidad del registro del control prenatal que se presta a las mujeres embarazadas que acuden a una IPS de primer nivel, por medio**

De un instrumento creado a partir de la norma (Resolución 0412 de 2000) en una provincia en Colombia. ² Donde se creó una variable correspondiente al promedio de calificación de todas las historias de los evaluadores, la cual fue categorizada como Excelente entre el 95% y el 100%, Buena entre el 90% y el 94.9%, Aceptable entre el 85% y el 89.9% e Insuficiente menor del 84.9%, se obtuvo que el 63% de la Historias clínicas evaluadas tuvieron calificaciones entre bueno y excelente. (1)

Otro estudio realizado en Argentina **sobre “Análisis de Registros, Calidad de los Datos y Propuesta de Mejoramiento de la Historia Clínica Perinatal en la Maternidad del Hospital Ramón Carrillo. Santiago del Estero Año 2005”**. La investigación consistió en que existe un elevado porcentaje de falta de datos en el llenado de la Historia Clínica Perinatal, sobre todo en los Análisis de Registros, Calidad de los Datos y Propuesta de Mejoramiento de la Historia Clínica Perinatal en la Maternidad del Hospital Ramón Carrillo. Santiago del Estero Año 2005, referentes al área neonatal, lo que podría explicarse por una falta de coordinación de trabajo en equipo entre médicos obstetras y neonatólogos. Persiste la cultura de que lo único importante es el accionar del profesional médico realizando la actividad exclusivamente asistencial, pero no se percibe la importancia del registro de la misma, y en caso de registrarla, se lo hace mínimamente y en forma “apurada” para desocuparse de lo tedioso.(14)

En Nicaragua se realizó un estudio el que **“evalúa la calidad del llenado de la hoja de Control Prenatal de pacientes remitidas de atención primaria ingresadas en la sala de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) del Hospital Regional Asunción Juigalpa desde el 01 de abril hasta el 31 de julio del 2007.**

Los resultados más relevantes del estudio demuestran que en los datos socio demográficos y biológicos completos presentan un comportamiento similar entre el área rural y urbana siendo las cifras menores en el código de la unidad de salud con un 4% de datos completos.

En el área de antecedentes patológicos personales, familiares y gineco-obstetricos, estaban completos en un 98.5%. En el embarazo actual la fecha de ultima menstruación y fecha probable de parto estaba completa en un 99.3%.

Otro resultado que llama mucho la atención fue que en la curva de ganancia de peso un 8.3% se encontraban graficadas, de estas un 4.3% estaban bien graficadas en el área rural y un 4% en el área urbana. En la curva de crecimiento uterino el 14.3% estaban bien graficadas, de estas 10.3% estaban bien graficadas en el área rural y un 4% en el área urbana.

Se encontró que del total de las Historias Clínicas Perinatales Básicas Simplificadas analizadas 57% pertenecían a pacientes del área rural y 43% al área urbana, presentando el área rural un 47.5% de buen llenado de datos, y en el área urbana existe un 37.5% de un buen llenado de datos.(9)

En 1992 se realizó un estudio acerca del cumplimiento de normas en control prenatal de embarazo con alto riesgo obstétrico en el Hospital Milton Rocha, Cukra Hill. RAAS. El cual se encontró lo siguiente: En los embarazos de bajo riesgo, los datos generales fueron llenado correctamente en el 88% de los casos los antecedentes familiares y personales no se registraron en el 100% de los casos, los datos del embarazo actual no se anotaron correctamente en un 95%, los antecedentes familiares y personales en 100%. Los antecedentes obstétricos en 69%, no se elaboró la curva del incremento de peso y altura uterina en un 99% (2)

Otro estudio que se realizó acerca de la evaluación de la calidad de llenado de las hojas de control prenatal en el Hospital Regional Asunción, Juigalpa. En el cual demostraron que en los datos sociodemográficos y biológicos completos presentaron un comportamiento similar entre el área rural y urbana siendo las cifras menores en el código de la unidad de salud con un 4% de datos completos. En el área de antecedentes patológicos personales, familiares y gineco-obstétricos, estaban completos en un 98.5%. En el embarazo actual la fecha de última menstruación y fecha probable de parto estaba completa en un 99.3%. Otro resultado que llama mucho la atención fue que en la curva de ganancia de peso un 8.3% se encontraban graficadas, de estas un 4.3% estaban bien graficadas en el área rural y un 4% en el área urbana.

En la curva de crecimiento uterino el 14.3% estaban bien graficadas, de estas 10.3% estaban bien graficadas en el área rural y un 4% en el área urbana. Se encontró que del total de las Historias Clínicas Perinatales Básicas Simplificadas analizadas 57% pertenecían a pacientes del área rural y 43% al área urbana, presentando el área rural un 47.5% de buen llenado de datos, y en el área urbana existe un 37.5% de un buen llenado de datos. Se concluyó que el 47 % de las HCPBS fueron llenadas correctamente, estuvieron mejor calidad de llenado las del área urbana, los datos socio demográficos se completaron en su totalidad, excepto el número de identidad y número del expediente y en muy poco porcentaje se realizó la curva de ganancia de peso y crecimiento uterino. (9)

1.2. JUSTIFICACION

En Nicaragua, con el fin de lograr la meta de reducir la mortalidad materna, se hizo necesario establecer parámetros que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante el control prenatal. Se estableció La normativa-106 Manual para el llenado de la historia clínica perinatal (HCP) del 2013; y tiene como objetivo servir como documento orientador al personal de salud para el correcto llenado e interpretación de la HCP, así como garantizar la estandarización del llenado adecuado de la HCP, con el fin de mejorar la calidad de vida y realizar procesos de humanización de la atención del parto, puerperio y el retorno exitoso a la familia y la comunidad en el marco del Modelo de Atención Familiar y Comunitaria (MOS AFC).

La salud perinatal guarda una relación íntima con múltiples factores sociales, culturales, genéticos, económicos y ambientales, pero quizás sea la salud integral de la madre aun desde la etapa preconcepcional y la utilización oportuna y adecuada de servicios médicos prenatales y neonatales de alta calidad, los factores más susceptibles de modificar y de mayor incidencia en las tasas de mortalidad materna. Por tal razón los indicadores específicos para evaluar los programas orientados a su reducción apuntan hacia el mejoramiento de los programas de control prenatal y su proceso educativo prenatal, particularmente en lo referente a reconocer a tiempo los signos y síntomas de alarma u otros signos y síntomas, la consejería en planificación familiar, la educación en lactancia materna, cuidado del posparto, del recién nacido y prevención del cáncer de cérvix y de seno el cuidados del carné y de los exámenes de laboratorio y ultrasonidos realizados durante todo el control prenatal. De acuerdo a lo anteriormente expuesto se hace necesario evaluar la historia clínica prenatal con el objeto de determinar si se está registrando correctamente el cumplimiento de la norma y la calidad de la atención prenatal a fin de mejorar la atención en salud particularmente en lo que representa a las mujeres embarazadas y que los resultados obtenidos de este estudio sirvan para corregir deficiencias en el llenado de la hoja perinatal.

1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Algunos registros de mortalidad perinatal y materna de las mujeres nicaragüenses ocurren en los últimos tres años en las unidades de salud atendidas por personal capacitado pudiendo prevenirse si el programa de control prenatal funcionara adecuadamente reflejando en gran medida la calidad de la atención a la mujer embarazada, brindando además un llenado de datos adecuados de la Historia Clínica Perinatal y si se cumpliera en cantidad y calidad se poseería una valiosa información para implementar acciones de promoción y prevención, autoevaluar a los servicios de atención prenatal e innumerables beneficios como es reducir el índice morbimortalidad materna y perinatal principalmente y es un elemento indispensable para su evaluación ulterior, por consiguiente las intervenciones futuras deben enfocarse en asegurar la calidad de los servicios existentes, sobre todo en la identificación y prevención de posibles complicaciones a nivel hospitalario por lo que nos hemos planteado las siguientes interrogantes:

1. ¿Cuál es la situación del registro de la Historia Clínica Perinatal en la Empresa Medica Previsional del Hospital Carlos Roberto Huembes en el primer semestre del 2015?
2. ¿Cómo se cumple el llenado al realizar el registro de la historia clínica perinatal en las gestantes de la Empresa Medica Previsional usuarias del servicio de Obstetricia en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes en el primer semestre del 2015?

1.4. OBJETIVOS

GENERAL

Evaluar el registro de la Historia Clínica Perinatal en el primer control de las gestantes usuarias de la Empresa Medica previsional del servicio de Consulta externa de Obstetricia del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes en el primer semestre del 2015

ESPECÍFICOS

1. Identificar el grado de cumplimiento del segmento identificación de la embarazada en la historia clínica perinatal.
2. Identificar el grado de cumplimiento del registro del segmento antecedentes familiares, personales y obstétricos en la Historia Clínica Perinatal.
3. Señalar el registro del segmento embarazo actual en la historia clínica perinatal.
4. Revisar el registro del segmento atención prenatal en la historia clínica perinatal.

1.5. MARCO TEORICO

El registro médico comenzó a desarrollarse en 1918, con la estandarización de los hospitales en los EE.UU. y como un medio para evaluar la calidad de la atención. Sin embargo, el origen de los registros médicos puede remontarse a Hipócrates² y otros estudios de civilizaciones más antiguas, cabe señalar que 1600 años antes de Cristo, se produjeron anotaciones sobre casos quirúrgicos en Egipto.

La calidad de la atención es el eje fundamental del derecho a la salud de las personas, sin este criterio, es difícil definir si realmente las acciones que se brindan en los servicios, promueven su protección.

La calidad de los servicios de salud, es un elemento complejo, que debe abordarse en forma multifactorial. La calidad debe reorientar la cultura organizacional, estableciendo la gestión de la calidad como una meta institucional. Por lo tanto para que un hospital funcione con un alto nivel de rendimiento, no es suficiente que tenga servicios de alta complejidad, sino el desarrollo de un sistema de información ágil, íntegra y confiable que suministre datos sobre morbilidad, fortaleciendo de esta forma del perfil epidemiológico de la población, asistente a ese hospital.

Calidad: Calidad de atención médica es un atributo que esta debe tener a un grado mayor o menor, implica que el objetivo primario de estudio es una serie de actividades que se llevan a cabo por y entre profesionales y pacientes. La base para el juicio de la calidad es la relación entre las características del proceso de atención médica y sus consecuencias para la salud y el bienestar de los individuos. (5,12)

Significado de los Datos en Salud: La información para el sistema de salud depende de los datos que generan los servicios de salud y de otros registros de tipo intersectorial. De ahí la importancia que tiene tanto para los establecimientos de salud, como para el sistema de atención médica, la validez de la información obtenida en los registros. Los datos en el sector salud son importantes porque reflejan la realidad de la población asistida, es decir se puede realizar un diagnóstico de la situación de salud, además de detectar los sectores más vulnerables o en situación de riesgo, e implementar medidas y acciones correctivas. Para este trabajo consideraremos dato³, a una representación simbólica - numérica, alfabética, etc.-

de una entidad. No tiene valor semántico –sentido en sí mismo, pero convenientemente tratado -procesado- se puede utilizar en la realización de cálculos o toma de decisiones. Representan un conjunto discreto de factores objetivos sobre un hecho real, no dice nada sobre el porqué de las cosas y por sí mismo tiene poca o ninguna relevancia o propósito. Todas las organizaciones necesitan datos y algunos sectores son totalmente dependientes de ellos. Los encontramos en los registros de los hechos y en el caso particular del sector salud, estos registros se realizan en las Historias Clínicas.

Identificación del profesional Todo facultativo o personal sanitario que intervenga en la asistencia del paciente, debe constar su identificación, con nombres y apellidos, rúbrica y número de colegiado, de forma legible.” En cuanto a la Historia Clínica que nos compete, la cual es la Perinatal, corresponde a un área relativamente nueva de las especialidades médicas, ya que es recién en 1875 que se crea la especialidad de Obstetricia en Europa, luego con los años alrededor de 1960 se desarrollan lo que hoy conocemos como salas de neonatología modernas. Un clásico de los estudios vinculados a la atención obstétrica lo constituye el caso de Ignaz Semelweis, con sus investigaciones en Suiza en el siglo pasado en torno de la asepsia en el trabajo de parto.

A partir de Tarnier ⁽⁵⁾ se institucionalizó la atención del parto, antes se lo realizaba en los domicilios particulares, y eran atendidos por una “comadrona”. En la medida que avanzan los estudios y trabajos referidos a la atención del embarazo y parto, se observa un incremento de la conciencia que asume la ciencia médica, orientando a los involucrados en una práctica de su profesión volcada hacia una “responsabilidad social” y una “responsabilidad de los Servicios de Salud”.

Actualmente, en el área perinatal, existen instrumentos de registro de datos perinatales, los cuales son: la Historia Clínica Perinatal (HCP) y el carnet perinatal (CP). Estos registros deben volcarse en un programa informático denominado Sistema Informático Perinatal (SIP), específicamente diseñado para monitorear la salud perinatal. El SIP es un estándar de registro clínico en América Latina y el Caribe. Fue elaborado por el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo

Humano (CLAP), Centro especializado de OPS/OMS en Perinatología, con sede en Montevideo, Uruguay.

El CLAP fue creado por el Profesor Caldeiro Barcia, en la década de los años 1970, quién además creó los registros de trabajo de parto y de atención. Su objetivo era mejorar la salud perinatal y para ello utiliza el SIP.

En este estudio el SIP se entiende como las siglas del “Sistema Informático Perinatal”, este sistema incluye un programa de computación para recoger y analizar la información clínica, que se integra al proceso de atención de la salud en los diferentes niveles de complejidad.

Constituye una herramienta útil para controlar el proceso de atención de la embarazada, “básicamente el SIP es una Historia Clínica (HC) y su archivo”⁶.

Resulta importante para las instituciones médicas el siguiente comentario: “registre lo observado y compare con lo esperado”⁷, esto alude a una autoevaluación del funcionamiento de una institución, porque nos brinda un acercamiento a conocer cómo nos encontraríamos respecto de los parámetros o estándares deseables o esperados.

La Historia Clínica Perinatal (HCP) es un formulario básico en una sola hoja, su contenido está basado en consensos clínicos universales. En este registro se contempla absorber más de 500 indicadores, a partir del primer contacto con la embarazada⁸. El Carnet Perinatal (CP) es una copia de todos los datos contenidos en la HCP y se encuentra en poder de la paciente. Este carnet diseñado en un papel común, se constituye como una herramienta de registro de datos económica, práctica y eficaz.

Según sus creadores “el SIP incluye un programa de computación para recoger y analizar la información clínica volcada previamente por los profesionales de salud en el Carnet Perinatal (CP), durante el control del embarazo y en la Historia Clínica Perinatal (HCP) al momento de ingresar la paciente a la institución donde se concretará el parto. De esta manera, se integra y articula el proceso de atención de la salud en los diferentes niveles de complejidad. En sus funciones se incluye:

- servir de base para planificar la atención.

- verificar y seguir la implantación de prácticas basadas en evidencias.
- unificar la recolección de datos adoptando normas.
- facilitar la comunicación entre los diferentes niveles.
- obtener localmente estadísticas confiables.
- favorecer el cumplimiento de normas.
- facilitar la capacitación del personal de salud.
- registrar datos de interés legal. -facilitar la auditoría.
- caracterizar a la población asistida.
- evaluar la asistencia.
- categorizar los problemas.
- realizar investigaciones epidemiológicas.
- instrumentar el control de calidad de la atención. "9

Si se cumplimentara el llenado de estos formularios en cantidad y calidad se poseería una valiosa información para implementar acciones de promoción y prevención, mejorar la referencia y contra referencia, autoevaluar los servicios e innumerables beneficios más.

Control Prenatal.

Definición:

Serie de contactos, 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 el desarrollo del niño. Y que este culmine en un niño o niña sanos sin deterioro de la salud de las mujeres.

El éxito de la moderna Perinatología descansa en la detección precoz de las enfermedades de la embarazada y del feto. En estudios epidemiológicos se ha demostrado que la mayoría de la morbilidad materna - perinatal incide sobre determinado grupo de mujeres que presentan un embarazo que se define como de "alto riesgo" si se localiza este grupo, se pueden evitar los resultados adversos y la embarazada puede ser tratada muy precozmente en la mayoría de los casos.

Esto es posible si se realiza un control prenatal óptimo, con exploraciones complementarias definidas a todas las gestantes a fin de detectar y tratar a aquellas que presentan algún factor o factores de riesgo.

Es imprescindible que el personal que asume la responsabilidad de la asistencia prenatal esté muy familiarizado con los cambios que entran dentro de la normalidad así como las anomalías impuestas por el embarazo. Una mala asistencia prenatal puede ser peor que no hacer nada en absoluto.

Con el control prenatal se persigue:

- Detección de enfermedades maternas sub clínicas.
- Prevención diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones maternas.
- Vigilancia del crecimiento y la vitalidad fetal.
- Disminución de las molestias y síntomas menores asociada al embarazo.
- Preparación psicofísica para el nacimiento.
- Administración de contenidos educativos para la salud de la familia y la crianza del niño.

Requisitos básicos para un control prenatal eficiente u óptimo:

- Precoz o temprano.
- Periódico o continuo.
- Completo o integral.
- Extenso o de amplia cobertura.

Los objetivos de las atenciones prenatales deben garantizar el derecho a que la madre y su hijo-a alcancen al final de la gestación un adecuado estado de salud, por lo que es necesario brindar una atención que contribuya a la detección de cualquier complicación, procurando así disminuir la morbimortalidad materna y perinatal. La Atención Prenatal precoz, se inicia desde el momento en que la madre sospecha la gestación, debiéndose garantizar cuatro atenciones prenatales.

Es muy importante también enfatizar en los aspectos de calidad, que constituye un componente importante para poder identificar e interpretar de forma óptima los hallazgos encontrados y poder realizar de forma oportuna las intervenciones necesarias tanto diagnósticas como de atención inmediata y de referencia.

En base a esto se han propuesto varios estándares de calidad e indicadores que se deben cumplir en cada visita programada del control prenatal con el fin de detectar factores de riesgos y prevenir complicaciones que conlleven a la mortalidad materna y perinatal. Y se ha elaborado un instrumento para el monitoreo de los expedientes de cada paciente embarazada para vigilar el cumplimiento de dichos indicadores.

Historia Clínica Perinatal (HCP)

El primer contacto con la mujer debe ser utilizado para realizar la historia clínica, dado que es la mejor fuente de información para evaluar los diferentes riesgos y de esta forma convertirse en un elemento de planificación para el futuro cuidado prenatal. La utilización de una metodología estructurada en la recolección de información durante la primera cita resulta fundamental.

Para hacer relevantes las acciones del control prenatal, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud han convenido en una serie de preguntas referidas a la identificación socio-educacional, antecedentes familiares, personales, obstétricos y del embarazo actual, cuya respuesta es por sí una pauta que debe seguir quien realice el control de una gestante.

La Historia clínica Perinatal integra el Sistema Informático Perinatal junto con el Carné Perinatal, los formularios complementarios diseñados para el alto riesgo y los programas de computación para el ingreso de las historias y procesamiento de los datos. (3)

La recolección de estos datos fortalece la capacidad de autoevaluación asistencial mediante el análisis de los datos perinatales de la propia Institución. Por otra parte, cobran importancia los factores de riesgo.

En la medida que avanzan los estudios y trabajos referidos a la atención del embarazo y parto, se observa un incremento de la conciencia que asume la ciencia médica, orientando a los involucrados en una práctica de su profesión volcada hacia una “responsabilidad social” y una “responsabilidad de los Servicios de Salud”.

Resulta importante para las instituciones médicas el siguiente comentario:

“registre lo observado y compare con lo esperado” (8)

La Historia Clínica Perinatal (HCP) es un formulario básico en una sola hoja, su contenido está basado en consensos clínicos universales. En este registro se contempla absorber más de 500 indicadores, a partir del primer contacto con la embarazada. (21)

El Carnet Perinatal (CP) es una copia de todos los datos contenidos en la HCP y se encuentra en poder de la paciente. Este carnet diseñado en un papel común, se constituye como una herramienta de registro de datos económica, práctica y eficaz. La Historia Clínica Perinatal (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 y el puerperio y del recién nacido/a hasta el alta.

Es esencial que los datos registrados en la HCP sean completos, válidos, confiables y estandarizados. El llenado de cada segmento no es responsabilidad de una persona sino de un equipo multidisciplinario y la calidad del llenado es vital, ya que la HCP forma parte del Expediente Clínico y está sujeta a las Auditorías Médicas. (16)(19)

Además el llenado correcto de este instrumento, hará que el personal de salud desarrolle las siguientes actividades. (16)(19)(4)(10)(20)

- Evaluar la calidad de la atención y el cumplimiento de las normas mediante los Estándares de Calidad.
 - Brindar seguimiento y evaluación clínica.
 - Servir de base para planificar la atención de la embarazada y el recién nacido/a.
 - Verificar y seguir la implantación de prácticas basada en evidencias.
 - Unificar la recolección de datos y obtener localmente estadísticas confiables.
 - Facilitar la comunicación entre los diferentes niveles de atención.
 - Registrar datos de interés legal.
 - Facilitar la auditoría médica.
 - Caracterizar a la mujer embarazada en la base de datos del Sistema Informático Perinatal (SIP).
 - Realizar investigaciones epidemiológicas operacionales SIP.
 - instrumentar el control de calidad de la atención.
-

La Historia Clínica Perinatal cuenta con diez segmentos: (16) (19) (14)

1. Datos generales.
2. Antecedentes personales y familiares.
3. Gestación actual.
4. Parto u Aborto.
5. Enfermedades durante la gestación, parto o puerperio.
6. Recién nacido/a.
7. Puerperio Inmediato.
8. Egreso del Recién nacido/a.
9. Egreso Materno.
10. Anticoncepción.

En lo que corresponde a nuestro estudio tomamos lo que corresponde a los datos generales hasta el segmento de gestación actual con sus respectivos controles prenatal.

En la presente Historia Clínica Perinatal, *Amarillo significa **ALERTA*** (cuadritos, triángulos, círculos o rectángulos en color amarillo) e indica que: más información, análisis y decisiones se encuentran registradas en otra/s hoja/s del Expediente Clínico. No indica necesariamente riesgo ni practicas inadecuadas.

Se hace énfasis en el llenado de las variables, de tal manera que no exista dificultad para el ingreso de la HCP al Software del Sistema Informático Perinatal.

Posteriormente antes de brindar la atención prenatal proceda a saludar cordialmente a la mujer embarazada y proceda a llenar la siguiente Historia Clínica. Los términos de la HCP serán presentados tanto en su denominación completa como en su versión abreviada o iniciales.

La Historia Clínica Perinatal constituye la fuente de datos más valiosa con la que cuenta el personal de salud, ya sea para conocer las características de la población usuaria, evaluar los resultados de la atención brindada, identificar los problemas prioritarios y realizar un sinnúmero de investigaciones operativas.

Es esencial que los datos registrados en la HCP sean completos, válidos, confiables y estandarizados. Este instrumento es de fácil y simplificado manejo para el personal de salud cuyo registro incluye la Hoja y el Carné de la HCP

Se procederá a llenar correctamente cada variable de la Historia Clínica Perinatal por segmento; de la siguiente manera:

Segmentos de la Historia Clínica Perinatal

1. Segmento – Identificación

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 inasistentes.

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

Teléfono: El teléfono del domicilio o celular. Si no tuviera, anotar un número de teléfono cercano, en donde el personal de salud pueda comunicarse con ella o la familia, en caso de requerirse.

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.

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?*

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“.

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

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

Lugar de la atención prenatal: Colocar nombre o código del Establecimiento de Salud donde se realiza la captación. 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 está 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, 6 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.

2. Segmento – Antecedentes Familiares, Personales y Obstétricos

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.

2.1 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 genito-urinaria 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.

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 anotara 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 (7 días o más) hasta 11 meses 29 días, lo que se registrará en el rectángulo correspondiente de color amarillo. Si los antecedentes de estos fuesen negativos, marcar **0**.

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

Embarazo Planeado: Se refiere al embarazo deseado o que sucede en un momento oportuno cuando se cumplan ambas condiciones se marcara “**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.

3. Segmento – Gestación Actual

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 (m²) (**IMC = Kg/Talla en m²**). Por ejemplo, si la gestante pesa 60 Kg y tiene una talla de 1.60 m, el cálculo será: $60 / 1.60^2 = 23.44 \text{ Kg/m}^2$.

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

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

El dato obtenido se registrará en centímetros. Se medirá en la primera visita de control.

Fecha de Última Menstruación (FUM): Este dato es esencial para calcular la edad gestacional y la fecha probable de parto. Muchas decisiones clínicas están basadas en la edad gestacional y por ello es crítico obtener un dato confiable. Anotar en la HCP el dato proporcionado en formato día-mes-año

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

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

IMC antes de las 12 S/G		Ganancia de peso recomendado en embarazadas (kilogramos)
Clasificación	IMC (kg/m ²)	
Peso Normal	< 18.5	12.5 -18
Peso Bajo	18.5 - < 25	11.5 - 16
Sobrepeso	25 - < 30	7 – 11.5
Obesa (toda clase)	> 30	6

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

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

Confiabilidad de la Edad Gestacional (EG confiable por FUM o Eco < 20 s): Aquí se solicita al personal de salud una evaluación subjetiva acerca de la confiabilidad del cálculo de la edad gestacional, ya sea por FUM o por ECO (USG) (SI/NO). Registrar si la edad gestacional es considerado dato confiable a partir del

dato de FUM y/o la Ecografía (SI/NO), según corresponda. En caso de no efectuarse ecografía dejar en blanco.

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

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

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

Fumadora pasiva (Fuma Pas): Se refiere a la exposición actual al humo del tabaco debido a que otra persona fuma en el domicilio o en el lugar de trabajo y se anotará la respuesta según corresponda (NO/SI). También se sugiere indagar sobre este dato en cada trimestre y anotar la respuesta según corresponda (NO/SI). En caso de aborto no se interrogará en el 2° y 3er trimestre.

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

Alcohol: en su contenido, por ejemplo: vino, cerveza, tequila, pisco, whisky, etc. Preguntar: *¿Ha tomado alguna bebida alcohólica en este embarazo?* Anotar en la

HCP si la mujer ha ingerido alcohol en este embarazo (NO/SI). En caso de aborto no se interrogará en el 2° y 3er trimestre.

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

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

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

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

2. *En el último año ¿Ha sido Ud. golpeada, o lastimada físicamente por alguien? Si la respuesta es positiva, continuar:*

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

3. *En el último año, ¿Ha sido Ud. forzada a tener actividades sexuales? Si la respuesta es positiva, continuar:*

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

4. *En el último año, ¿Se ha sentido preocupada por la seguridad de sus hijos? Si la respuesta es positiva, continuar:*

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

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

33

Si la respuesta es positiva, continuar:

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

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

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

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

Marcar el círculo correspondiente, "previo" cuando la paciente haya recibido la vacunación en cualquier momento antes del presente embarazo. Marcar el círculo "embarazo" si la vacuna fue inadvertidamente colocada durante esta gestación; "no sabe" cuando no recuerda si recibió la vacuna; "no" si nunca fue inmunizada. Si la mujer no ha sido vacunada, la inmunización debe diferirse hasta el puerperio inmediato (antes del alta), o en el postaborto inmediato. Recordar que toda mujer que se embaraza previamente debe contar con su vacuna y no se recomienda aplicarla durante el embarazo.

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

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

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

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

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

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

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

1ra dosis en la primera atención prenatal.

2da dosis 4 semanas después de la primera o por lo menos 3 semanas antes de la fecha de parto.

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

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

Registrar Vigente (Anotar —Sill con tinta azul o negra) en los siguientes casos:

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

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

Recibió 5 dosis

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

□ **Examen Normal (Ex. Normal):** El control prenatal ofrece la oportunidad de evaluar el estado de salud en general. Por esta razón la HCP incluye variables como el examen odontológico y de mamas que refuerzan este concepto. Aun en aquellas mujeres que consulten para ser asistidas por un aborto se deberán incluir estos exámenes como forma de dar una atención integral a la mujer en cada contacto de ésta con el equipo de salud.

□ **Examen Odontológico (Odont.):** La atención odontológica en el embarazo es una oportunidad para promover la salud oral de la mujer y su familia. La infección periodontal incluye diagnósticos como gingivitis (inflamación de los tejidos blandos alrededor del diente) y periodontitis (destrucción de las estructuras de soporte del diente – hueso, ligamentos, cemento, etc.). La transmisión del *streptococo mutans* de la madre hacia el niño tiene efecto en la incidencia de caries dental en niños pequeños.

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

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

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

- Cérvix:** Se recomienda la realización del examen vaginal con espéculo como parte de la evaluación de la atención prenatal con la finalidad de detectar anomalías o infecciones cervicales. La selección del momento más adecuado para este examen es una decisión que hará el personal de salud tomando en cuenta la situación individual de cada mujer. El examen con espéculo también integrará el examen de las mujeres en caso de aborto.
 - Inspección visual (Insp. visual):** Si una anomalía cervical es observada durante el examen con espéculo, se anotará “**anormal**” en inspección visual, si el cuello está sano se registrará “**normal**” y en caso de no haberse efectuado el examen, se registrará “**no se hizo**”.
 - Papanicolaou (PAP):** Si se encuentra alguna anomalía cervical o se duda que la mujer pueda regresar después del parto, considerar tomar un PAP durante la atención prenatal. Se puede tomar como dato actual, el PAP realizado en el último año. La interpretación de los resultados puede ser difícil cuando el PAP es tomado durante la gestación. Registrar el resultado del PAP según corresponda: “**Normal/Anormal**” y si el PAP no se realizó, registrar “**no se hizo**”.
 - Colposcopia (COLP):** Registrar como “**Normal**” si la Colposcopia es negativa para lesiones malignas o precursoras de cáncer cervical. De lo contrario marcar “**Anormal**” o “**no se hizo**”, según corresponda.
 - Grupo:** Registrar en la casilla el grupo sanguíneo que corresponda (A, B, AB, O).
 - Rh:** Marcar (+) si la mujer es Rh positivo y (-) si es Rh negativo. Se entiende que la mujer esta **inmunizada** cuando tiene anticuerpos anti D. Si la mujer esta inmunizada (tendrá positivo el test de Coombs indirecto y en ese caso se marcará “**Si**”, en caso contrario se marcará “**No**”.
 - Gammaglobulina Anti D (Y Globulina anti D):** Esta variable está destinada para la aplicación de gammaglobulina anti D durante el embarazo (Todas las gestantes Rh negativas no inmunizadas se aplicara a las 28 semanas de gestación y la siguiente dosis, a las 72 horas postparto). Se marcará “**Si**”, si siendo Rh negativo no inmunizada recibió gammaglobulina anti D en el embarazo y si no la recibió se marcará “**No**”. En caso de mujer Rh positivo o Rh negativo inmunizada
-

se deberá registrar “n/c” (no corresponde). En caso de abortos ninguna de estas dos situaciones aplica.

□ **Toxoplasmosis:** La Infección por Toxoplasma Gondii durante el embarazo es relativamente frecuente y puede afectar gravemente el feto. Esta infección deja una inmunidad permanente y no se repite en embarazos siguientes. La medición de la IgG permite detectar pacientes susceptibles al Toxoplasma Gondii, es decir que tengan títulos positivos de IgG y por lo tanto hayan sufrido una infección antes del embarazo. Debe realizarse el estudio de la IgG específico desde la primera atención prenatal. Y la IgM implica una infección aguda actual por Toxoplasma Gondii y en la que se debe tratar inmediatamente.

Según los resultados que se obtengan del toxotest (IgG o IgM), se deberá marcar una x el círculo que corresponda. Especificando si el toxotest fue realizado antes de las 20 semanas o después de las 20 semanas de gestación. En caso de aborto y aunque en su servicio se realice serología para toxoplasmosis, no se deberá registrar la variable > 20 semanas. **“Siempre es aconsejable impartir mensajes educativo-preventivos para disminuir el riesgo de toxoplasmosis congénita”.**

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

□ **Prueba de Hemoglobina (Hb):** La anemia es un problema de salud pública por su alta prevalencia y por las consecuencias que tiene sobre la salud humana, especialmente en el embarazo donde se asocia con aumento del riesgo de mortalidad materna y perinatal (en especial en casos de anemia severa); prematuridad y bajo peso al nacer.

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

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

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

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

Infección por Virus de Inmuno Deficiencia Adquirida (VIH-Diag-tratamiento):

Se anotará en solicitado la consejería brindada por el personal de salud, a fin de que la usuaria tome una decisión informada para aceptar le sea tomada la prueba de VIH, antes de las 20 semanas, siendo la evidencia la hoja de consentimiento informado. También está indicada después de las 20 semanas.

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

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

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

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

En caso de una mujer que controlaba el embarazo y sufre un aborto sólo anotar si el test fue solicitado/realizado antes de las 20 semanas. Si la mujer ingresa para

atención de un aborto y sin control previo se llenará la variable VIH en el formulario complementario de aborto.

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

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

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

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

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

Chagas: La enfermedad de chagas (infección por tripanosoma cruzi). Marcar el resultado de la prueba de Chagas (PCR), en el círculo asignado; Negativo (-) o Positivo (+), así como si no se realizó dicha prueba. Según la normativa vigente del país, se le indicará a las mujeres embarazadas sintomáticas o que vivan en áreas endémicas de la región de acuerdo a comportamiento epidemiológico.

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

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

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

Marcar “**Anormal**” cuando:

Con Cintas de Esterasa Leucocitaria y Nitritos: cuando se encuentren **Leucocitos Positivo más Nitritos Positivos**.

Con Cintas Reactiva de Uroanálisis: cuando se encuentren **Leucocitos Trazas o más y Nitritos Positivos**.

Examen de urocultivo positivo.

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

En caso de no realizar urocultivo o la cinta reactiva a lo largo de la atención prenatal, se registrará en el círculo amarillo que “**no se hizo**”.

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

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

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

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

Consejería Lactancia Materna: Se entiende por consejería la entrega reglada y oportuna de la siguiente información:

- Beneficios de la leche materna y los riesgos de la alimentación con leche artificial.
- Formas de amamantar.
- Los cambios en la leche materna después del parto. Y
- Discutir las dudas y preguntas de la gestante.
- También es apropiado informar en este momento sobre los derechos del niño/a y derechos inherentes a la lactancia materna.

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

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

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

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

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

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

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

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

□ **Presión Arterial (PA):** La tensión máxima y mínima expresada en mm Hg, valorada con la técnica adecuada, reposo por 20 minutos antes de la toma, en el brazo hábil, con manguito a la altura del corazón.

Altura Uterina: La medida seriada de la altura uterina durante el control prenatal permite verificar el crecimiento fetal normal y detectar posibles desviaciones. Para ello, se diseñó una curva de altura uterina en función de la edad gestacional

Medir la altura uterina en centímetros desde el borde superior de la sínfisis pubiana al fondo del útero. Utilizar la técnica del pinzamiento entre los dedos índice y medio. Grafique de inmediato en el reverso de la HCP y del Carné Perinatal, el incremento de la altura uterina con un punto. Una con línea continua los puntos entre las APN realizadas. Los valores de incremento de peso normal están entre los percentiles 10 y 90. Las mismas curvas nos dicen cuánto es el incremento normal de altura uterina de la embarazada. Por ejemplo, a las 16 SG, el rango de incremento de altura uterina es de entre 12 y 17 cms, a las 20 SG es de entre 15 y 21 cm, a las 28 SG entre 22 y 27 cms, a las 36 SG entre 28 y 33 cms. Analice y tome decisiones diagnósticas, de tratamiento y/o de referencia cuando haya un incremento exagerado de altura uterina, cuando haya disminución o la línea se haga plana.

Correlacionar los valores de incremento de peso materno con los de incremento de altura uterina.

Presentación: Para la presentación, escribir “cef” (cefálica), “pelv” (pelviana) o “transv” (transversa). Cuando no sea factible recabar el dato, marcar con una raya horizontal en el espacio correspondiente.

Frecuencia Cardíaca Fetal en latidos por minuto (FCF lpm): Anotar la frecuencia cardíaca fetal en latidos por minuto a partir de las 20 semanas de gestación.

Movimientos Fetales: Anotar los movimientos fetales a partir de las 18 semanas de gestación. Positivos o negativos, la falta de datos se interpretará como prestación no hecha

Proteinuria: Marcar Negativo (-) o Positivo (+), la presencia o no de proteínas en las cintas de uro análisis efectuado a la embarazada.

Signos de alarma, exámenes, tratamientos: Describir los hallazgos más relevantes encontrados en la atención prenatal.

Iniciales del personal de salud: Anotar las iniciales del personal de salud que lo efectúa.

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

En aquellas situaciones que por la edad gestacional no aplique efectuar alguna de estas prestaciones (por ejemplo, presentación fetal antes de las 28 semanas), se anotará NC (no corresponde). (10)

ALTURA UTERINA

EDAD GESTACIONAL (semanas)

INCREMENTO DE PESO MATERNO

EDAD GESTACIONAL (semanas)

Protéja su Embarazo

Cumpla con sus citas y siga las recomendaciones dadas por el personal de salud.

Tome las vitaminas que entregaron en su unidad de salud.

Aplíquese la vacuna antitetánica.

CUIDE DE SU HIGIENE PERSONAL.

Usted debe recibir atención inmediata si presenta:

- Salida de sangre o líquido por sus genitales.
- Hinchazón (edema) en sus tobillos, las piernas, las manos y la cara.
- Fiebre o escalofríos.
- Dolores de cabeza continuo, si ve lucecitas o siente zumbido de oídos permanente.
- Disminución o falta de movimientos del niño/a.
- Si presenta dolores de vientre o rabadilla antes de los 9 meses.

Carné Perinatal

Nombres: _____

Domicilio: _____

Unidad de Salud: _____

Este carné contiene información indispensable para su salud y la de su hijo/a. Llévelo siempre con usted y entregue al equipo de salud cada vez que requiera una atención, ya sea en el embarazo, parto, puerperio o control de crecimiento y desarrollo de su hijo/a.

Si este cuadro aparece pintado de color rojo indica que su parto no puede ser atendido en su casa.

II. DISEÑO METODOLOGICO

2.1. Tipo de estudio:

El presente estudio es descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

2.2. Área y periodo de estudio:

Se realizó en el servicio de la consulta externa de Obstetricia, de la Empresa Medica Previsional del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes en el primer semestre del 2015

2.3. Población de estudio:

Lo conformó todas las pacientes embarazadas que ingresaron al programa de control prenatal en la consulta externa de la Empresa Medica Previsional del Hospital Carlos Roberto Huembes, durante el periodo de estudio, las cuales fueron 655 pacientes embarazadas ingresadas en el periodo de estudio.

2. 4. Muestra:

Estuvo comprendida por un total de 155 pacientes embarazadas que ingresaron al programa de control prenatal de la Empresa Medica Previsional en el I semestre 2015 y estuvo representada por el 100% de las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Donde:

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

Donde:

- N = Total de la población
- Z_{α} = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)
- d = precisión (en su investigación use un 5%).

$$N = \frac{655 * 1.96^2 * 0.05 * 0.95}{0.03^2 (655 - 1) + 1.96^2 * 0.05 * 0.95} = 155$$

2.5. Estrategia Muestral

Para calcular la muestra se utilizó la fórmula para cálculo de la muestra en poblaciones finitas y estuvo determinada mediante el método aleatorio simple, donde se escogió el número de embarazadas que correspondió en el periodo de estudio.

Criterios de inclusión y exclusión:

Inclusión:

Pacientes embarazadas en el primer control que acudieron al servicio de consulta externa de obstetricia de la empresa medica previsional durante el periodo de estudio.

Exclusión:

Pacientes que no cumplieron con los criterios de inclusión

2.5. Unidad de análisis:

Pacientes embarazadas en el primer control con bajo riesgo que ingresaron al programa de control prenatal.

2.6. Técnicas y Procedimientos

Obtención de la información:

Para la obtención de la información se obtuvo de una fuente primaria utilizando los expedientes clínicos y las historias clínicas perinatales contenidas en cada expediente que fueron facilitados por el servicio de estadísticas de la empresa Medica Previsional, también se revisó y cotejo la información en el soporte informático (SIP), la cual es la base de datos constituida por las Historias Clínicas Perinatales volcadas en soporte informático (SIP) del archivo de la Empresa Medica Previsional correspondiente al año 2015,.

Instrumento de recolección:

Se elaboró una ficha de recolección de datos tomando en cuenta los elementos de la Historia Clínica Perinatal utilizando los criterios de registro, utilizando los ítem de; Se registra, no se registra, datos incompletos, no aplica.

Procesamiento de la Información:

Se analizaron mediante el instrumento elaborado para tal fin, el cual es el Sistema Informático Perinatal, que no solo permite la recolección sino también el análisis de los registros recogidos. Se procesó toda la información recogida a través del paquete estadístico SPSS versión 22, del cual se obtuvieron, Tablas de frecuencias simples y gráficos para su debido análisis e interpretación, trasladando los datos a Word convirtiéndolos en resultados y discusión. Previamente se realizó un análisis bibliográfico y documental buscando antecedentes de investigaciones referidas al tema en cuestión.

Aspectos éticos:

Se realizó este estudio previa autorización de las personas responsables de los registros Médicos de la Empresa Medica previsional, utilizando la información de los registros de la Historia clínica perinatal respetando la confidencialidad de los datos obtenidos, para fines de investigación académica y sobre todo para dar recomendaciones o sugerencias de acuerdo a los resultados de la misma para mejorar el cumplimiento de llenado o registro de las Historias de control perinatal.

2.7. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Objetivo N°1 Identificar el registro del segmento identificación en la historia clínica perinatal de las embarazadas en estudio.

Segmento	Variables	Definición Operacional	Indicador	Escala	Valor
Identificación	Código de la unidad de salud	Numero de código de la unidad de salud sus controles prenatales donde se atiende a la embarazada	Registro del código de la unidad de salud	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Se registra • No se registra • Datos incompletos • No aplica
	Numero de Identidad	Numero de cedula o identidad o partida de nacimiento	Registro del número de identidad	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Se registra • No se registra • Datos incompletos • No aplica
	Nombre	Nombres y apellidos de la embarazada	Registro del nombre de la embarazada	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Se registra • No se registra • Datos incompletos • No aplica
	Fecha de nacimiento	Día, mes y año de nacimiento de la embarazada	Registro de la fecha de nacimiento	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Se registra • No se registra • Datos incompletos • No aplica
	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de llenado de la ficha	Registro de la edad de la embarazada en la HCP	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Se registra • No se registra • Datos incompletos • No aplica

Objetivo N°1 Identificar el registro del segmento identificación en la historia clínica perinatal de las embarazadas en estudio.

Segmento	Variables	Definición Operacional	Indicador	Escala	Valor
Identificación	Alfabeta	Si puede leer o escribir	Registro de alfabeta en la HCP	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Se registra • No se registra • Datos incompletos • No aplica
	Raza	Raza a la que se declare la embarazada	Registro de la raza en la HCP	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Se registra • No se registra • Datos incompletos • No aplica
	Escolaridad	Número de años de instrucción alcanzado hasta el momento de realizar el llenado de la ficha	Registro de la escolaridad en la HCP	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Se registra • No se registra • Datos incompletos • No aplica
	Estado civil	Condición de un individuo en lo que respecta a sus relaciones con la sociedad	Registro del estado civil en la HCP	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Se registra • No se registra • Datos incompletos • No aplica

Objetivo N° 2 Identificar el registro del segmento antecedentes familiares, personales y obstétricos en la historia clínica perinatal de las embarazadas en estudio.

Segmento	Variable	Definición Operacional	Dimensión de variables	Indicador	Escala	Valor
Antecedentes Familiares, patológicos, personales y ginecobstetricos	Antecedentes familiares patológicos	Historias previas de enfermedades de parientes cercanos de la gestante	Diferentes patologías indicadas como antecedentes familiares patológicos en la HCP	Registro de antecedentes familiares patológicos	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Se registra • No se registra • Datos incompletos • No aplica
	Antecedentes Personales patológicos	Historias previas de enfermedades de la gestante	Diferentes patologías indicadas como antecedentes personales	Registro de antecedentes personales patológicos	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Se registra • No se registra • Datos incompletos • No aplica
	Antecedentes Ginecobstetricos	Eventos ginecobstetricos previos al embarazo actual	Diferentes eventos ginecobstetricos indicados como antecedentes	Registro de antecedentes ginecobstetricos	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Se registra • No se registra • Datos incompletos • No aplica

Objetivo N° 3. Identificar el registro del segmento embarazo actual de la historia clínica perinatal de las embarazadas en estudio.

Segmento	VARIABLES	Definición Operacional	Dimensión de variables	Indicador	Escala	Valor
Embarazo actual	Exámenes de laboratorio	Pruebas de rutina prescritas en la gestación actual	-EGO -PAP -Grupo y Rh Toxoplasmosis -Hb -VIH -Sífilis	Registro de exámenes de laboratorio	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Se registra • No se registra • Datos incompletos • No aplica
	Profilaxis	Medidas que se toman para proteger o preservar de las enfermedades en la gestación actual	-Antitetánica -Antirubéola	Registro de profilaxis	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Se registra • No se registra • Datos incompletos • No aplica

Objetivo N°4. Identificar el registro del segmento atención prenatal en la historia clínica perinatal.

Segmento	VARIABLES	Definición Operacional	Indicador	Escala	Valor
Atención Prenatal	Edad Gestacional	Las semanas cumplidas desde el primer día de la última Menstruación hasta la fecha de la actual consulta.	Registro de la edad gestacional	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Se registra • No se registra • Datos incompletos • No aplica
	Peso	En kilogramos (con un decimal), de la embarazada descalza, con ropa liviana.	Registro del Peso	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Se registra • No se registra • Datos incompletos • No aplica
	Tensión Arterial máx/mín (mmHG)	La tensión máxima y mínima expresada en mm Hg, valorada con la técnica adecuada, reposo por 20 minutos antes de la toma,	Registro de Tensión arterial	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Se registra • No se registra • Datos incompletos • No aplica
	Altura Uterina	Medir la altura uterina en centímetros desde el borde superior de la sínfisis pubiana al fondo del útero.	Registro de la altura uterina	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Se registra • No se registra • Datos incompletos • No aplica

Objetivo N° 4. Identificar el registro del segmento atención prenatal en la historia clínica perinatal.-

Segmento	VARIABLES	Definición Operacional	Indicador	Escala	Valor
Atención Prenatal	Presentación	Para la presentación, escribir "cef" (cefálica), "pelv" (pelviana) o "transv" (transversa)	Registro de la presentación	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Se registra • No se registra • Datos incompletos • No aplica
	Frecuencia cardíaca fetal	Consignar la frecuencia cardíaca fetal en latidos Por minuto a partir de las 20 semanas de gestación.	Registro de la frecuencia cardíaca fetal	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Se registra • No se registra • Datos incompletos • No aplica
	Movimientos fetales	Consignar los movimientos fetales a partir de las 18 semanas de gestación.	Registro de los movimientos fetales	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Se registra • No se registra • Datos incompletos • No aplica

PLAN DE ANALISIS

- Para la evaluación de la historia clínica perinatal se elaboró un formato el cual contiene 4 segmentos; identificación, antecedentes familiares, personales y obstétricos, embarazo actual, atención prenatal, con criterios de clasificación el puntaje de cumplimiento fue categorizado de la siguiente forma: se clasificaron de acuerdo a una puntuación preestablecida y siguiendo el siguiente esquema:

5 = Cinco puntos. Se registró la casilla completamente.

4= Cuatro puntos. Datos incompletos

2-3 De dos a tres puntos. La casilla no se registró

1= Un punto. No aplica

Se realizó la sumatoria obteniéndose un total de 59 puntos y se establecieron los siguientes rangos.

Calidad del llenado de la HCP	Puntaje asignado			
	Se registra	No se registra	Datos incompletos	No aplica
Identidad	20			
Antecedentes	6			
Embarazo actual	17	12	11	2
Control Prenatal	16	12	12	2
Total	59	24	13	4

Los segmentos; identidad y antecedentes familiares, personales y obstétricos,; fueron llenados correctamente tanto en las aseguradas como en las conyugues , no así en las casillas de embarazo actual y control prenatal , siendo las aseguradas y las conyugues las que no se registraron encontrando datos de registro incompletos, 4 no aplicaron, porque estaban con enmiendas, borrones.

Sumando los puntajes obtenidos en todos los acápite, se determinó la calidad del registro de la Historia clínica Perinatal tomando el primer control, obteniéndose una sumatoria total de la calidad del llenado del control prenatal de 59 puntos, clasificándola con las siguientes escalas:

Calidad del llenado de la Historia clínica perinatal en general	Puntaje asignado
Calidad del llenado de la Historia clínica perinatal Registrado (Bueno)	59
Calidad del llenado de la Historia clínica Perinatal No registrada (Malo)	24
Calidad del llenado de la Historia clínica Perinatal incompleta (Regular)	13
Calidad del llenado de la Historia clínica Perinatal No aplica	4

CRUCES DE VARIABLES

PARA EL OBJETIVO 1:

Datos de Identificación según categoría:

Número de identidad

Nombre

Procedencia

Teléfono

Fecha de nacimiento

Edad

Alfabeta

Raza

Escolaridad

Estado civil

Vive sola

PARA EL OBJETIVO 2:

Antecedente patológico personal, familiar y gineco-obstétricos según categoría:

Antecedentes patológicos familiares

Antecedentes patológicos personales

Antecedentes gineco- obstétricos

PARA EL OBJETIVO 3:

Embarazo actual según categoría:

Peso anterior

Talla

Fecha de última regla o menstruación. (FUM)

Fecha probable de parto

Examen clínico

Examen físico

Exámenes de laboratorio y profilaxis:

Exámenes de laboratorio.

Profilaxis

PARA EL OBJETIVO 4:

Atención prenatal del embarazo actual según categoría:

Edad gestacional.

Peso

Tensión arterial.

Altura uterina

Presentación

Frecuencia cardiaca fetal

Movimiento fetal.

Proteinuria

Signos de alarmas, exámenes y tratamiento

Iniciales del personal de salud.

Fecha de próxima cita

Grafica de altura uterina y ganancia de peso materno:

Curva de altura uterina

Curva de ganancia de peso.

3.1. RESULTADOS

Se revisaron los datos de las pacientes consignados en los Controles prenatales de 155 Historias Clínicas Perinatales de mujeres embarazadas que asistieron a la consulta externa de obstetricia del Hospital Escuela “Carlos Roberto Huembes, siendo estos: Se registra, no está registrado, y si está registrado de forma inapropiada (datos incompletos), y no aplica.

Tenemos en el primer segmento de identificación, los resultados fueron:

Llenado del Numero de código de la unidad de salud, el número de identidad el Nombre; correspondió a correctamente llenados de 94(60.6%) de las aseguradas y 61(39.4%) de las conyugues. (Tabla N1)

En la categoría de las usuarias; 94 de (60.4%) son aseguradas y

En la procedencia; las aseguradas; 83(62.9 %) y conyugues; 49(34.1%) son de la zona urbana, las aseguradas; 11(47.8%) y conyugues; 12(52.2%) son de la zona rural. (Tabla N° 2)

La edad de las aseguradas; 15 a 19 años, 1(33.3%), 20 a 34 años, 81(58.3%), 35 a 49 años, 12(92.3%), la edad de las conyugues; 15 a 19 años, 2(67.7%), 20 a 34 años, 58(41.7%), 35 a 49 años, 1(7.7%). (Tabla N 3)

En relación a los antecedentes personales y obstétricos de la gestantes; correspondió a correctamente llenados de las aseguradas; 94(61%) y conyugues; 61(39%). (Tabla N°4)

En el llenado de la medición de talla; correctamente llenados en las aseguradas 93(60.4%) y las conyugues, 61(39.6%) y datos incompletos; 1(0.6%) en las aseguradas. (Tabla N°5)

En el llenado del examen de Mamas; correctamente llenados 94(60.6%) de las aseguradas y 61(39.4%) de las conyugues. (Tabla N 6)

En relación al cumplimiento del llenado de las semanas de amenorrea; se cumple el correcto llenado en las aseguradas 93(60.4%) y si no está registrado; 1 (1.1%).

En los conyugues; se cumple el correcto llenado con 61(39.4%).

En la medición del peso; se cumple el correcto llenado en las aseguradas, 93(60.4%) y si no está registrado; 1(0.64%). En las conyugues; se cumple con el correcto llenado; 61 (39.4%).

En el llenado de tomar la presión arterial; se cumplió el correcto llenado; 94(60.6%) de las aseguradas y 61(39.4%) de las conyugues.

En la medición de la altura uterina; en las aseguradas, se cumplió correctamente el llenado con 85(90.4%) y si no está registrado con 8(8.5%), en las conyugues; se cumplió correctamente en el llenado con; 60(98.4%) y si está registrado de forma inapropiada con 1(1.6%).

En el llenado de la auscultación de la frecuencia cardiaca fetal a partir de las 20 semanas de gestación; en las aseguradas se cumple correctamente el llenado con 85(90.4%), y si no está registrado con 1(1%), y si está registrado de forma inapropiada con 8(8.5%). Con las conyugues; se cumple correctamente con el llenado con 59(96.7%) y si no está registrado con 2(3.3%).

En el llenado de los movimientos fetales después de las 28 semanas de gestación con relación a las aseguradas; correctamente llenados con 85(90.4%), y si no está registrado con 1 (1.1%) y si está registrado de forma inapropiado con 8(8.5%), y los conyugues se cumple correctamente con el llenado con 59(96.7%) y si no registrado con 2(3.3%).

En la aplicación de la vacuna antitetánica, en las aseguradas se cumple correctamente en el llenado con 94(61.4%), en las conyugues se cumple correctamente con el llenado con 59(38.6%) y si no está registrado con 2(3.3%).

En el llenado de los exámenes de laboratorio se cumple correctamente el llenado en las aseguradas con 94(60.6%) y en las conyugues con 61(39.4%).

En la evaluación del estado nutricional en base al índice corporal; se cumple correctamente el llenado en las aseguradas con 87(92.6%), y si no se está registrado con 1(1.1%) y si está registrado de forma inapropiada con 6(6.4%), en las conyugues; se cumple correctamente con el llenado con 61 (100%).

En relación al número de controles en el primer trimestre; en las aseguradas se cumplió correctamente en el llenado de un control, 73(77.7%), y si no está registrado en dos controles, con 7(7.4%) y si está registrado de forma inapropiada ningún control, 14(14.9%), en las conyugues; se cumple en el llenado de un control, 42(68.9), si no está registrado correctamente con dos controles, 3(4.9%), y si está registrado de forma inapropiada en ningún control con 16(26.2%).

Se revisaron 16 criterios de varios segmentos de la historia clínica perinatal, 9 de estos cumplieron con el llenado correcto, para un total de Historias clínicas perinatales con datos completos de un 56.25% y una ausencia de registros de un 47.75% con datos incompletos

3.2. DISCUSION

El control prenatal es un elemento por excelencia dentro de la medicina preventiva, es decir, actúa en algunos casos, como protector de los principales riesgos obstétricos. Las actividades son consideradas acciones para el logro de objetivos, en este caso la culminación satisfactoria de la gestación. De acuerdo con la Norma estas se orientan a la vigilancia de la evolución del embarazo, la detección temprana de complicaciones y la educación de la pareja, con el fin de establecer un esquema propio del Médico que garantice el cumplimiento de los parámetros establecidos.

El Control de llenado es una muestra del trabajo en equipo y como, la falta de compromiso de personal Médico responsable del registro al momento de realizar la consulta, desvaloriza el esfuerzo del otro, ya que seguramente las prácticas fueron realizadas, pero no se registraron estos hechos

En la medición de la talla y el peso en la categoría de aseguradas hay un porcentaje bajo que está registrado de forma inapropiada lo que la literatura refiere que es importante la relación de peso para la talla según edad gestacional porque muchas gestantes desconocen su peso habitual previo al embarazo, siendo en estos casos que se puede controlar el aumento de peso por los incrementos semanales que vaya teniendo la embarazada, además que se relaciona con la toma de decisión para determinar la vía de culminación del embarazo porque la talla baja está relacionada con la desproporción céfalo pélvica. (11) En el segmento de embarazo actual; en la categoría de aseguradas, hay datos que están registrados inapropiadamente en la casilla de las semanas de amenorrea, lo que podemos referirnos que es importante consignar de forma correcta este dato porque si estos datos son confiable, a partir de ellos se calculará la edad del embarazo y la fecha probable de parto.

En el examen físico en la casilla de medición de altura uterina, tanto en las aseguradas y las conyugues hay datos que están registrados inapropiadamente, es importante porque este se relaciona con el crecimiento fetal, porque a valores anormales representa un alto riesgo.

En las casillas de la auscultación de la frecuencia cardiaca fetal, se registró inapropiadamente estos datos tanto en las aseguradas como en la conyugues, este dato es importante porque es el signo más confiable de vitalidad fetal, partiendo de la localización de este, al principio del embarazo localizándose en la región supra púbrica y al final del embarazo en los cuadrantes superior e inferior según sea la posición de la cabeza. Tanto en las aseguradas como en las conyugues en las casillas que corresponden a los movimientos fetales están registrados inapropiadamente, es importante este registro porque además de ser un elemento que indica vida fetal, los movimientos fetales se asocian con salud embrio-fetal, una marcada disminución o el cese de los mismos pueden indicar problemas en la salud o la muerte fetal.

En la casilla que corresponde con la aplicación de la vacuna antitetánica se cumple correctamente con el llenado en las aseguradas, no así en las conyugues que hay datos que están registrados inapropiadamente, es importante este registro ya que la vacuna antitetánica no supone ningún riesgo para el embarazo y tiene su indicación específica en ese momento y la situación puerperal (cavidad uterina sangrante en condiciones anaerobias,-no oxigenada-), y la propia naturaleza asistencial del parto que no se asiste bajo condiciones de asepsia estricta o higiene sumamente cuidadosa, podrían favorecer potencialmente una penetración del b. tetánico, si las condiciones ambientales y el propio estado inmunológico de cada mujer lo facilitaran.

En el llenado del estado nutricional en las aseguradas no se registra adecuadamente este es un dato importante ya que la evaluación del estado nutricional es esencial para identificar mujeres con riesgo de complicaciones gestacionales y de dar a luz, no así en las conyugues que si se cumple con el llenado.

Tanto en las aseguradas como en las conyugues el llenado del número de controles en el primer trimestre se registró inapropiadamente, este segmento es importante porque vigila la evolución del embarazo y prepara a la madre para el parto y la

crianza de su hijo, también controla la morbimortalidad perinatal y la mortalidad materna.

Se encontró en el estudio que: los registros del primer segmento de identificación fueron debidamente registrados, esto es importante desde el punto de vista estadístico y epidemiológico. En los demás segmentos, siete de estos están completos, en 9 indicadores del control prenatal hay una faltante de datos no registrados en un 56.25%, y lo óptimo según el centro latinoamericano de perinatología (CLAP) es llegar a un 5% de falta en general, observándose una gran cantidad de veces que aunque no falta en las casillas, está mal registrado el dato en el que se encuentra por ejemplo;

Al analizar el cumplimiento del llenado de la Historia Clínica Perinatal en general, se obtuvieron los siguientes resultados: se cumplió con el llenado de datos con un buen porcentaje, en los datos no registrados también hubo una mayor proporción con datos incompletos en varios criterios.

Se revisaron 16 criterios de varios segmentos de la historia clínica perinatal, 9 de estos cumplieron con el llenado correcto, para un total de Historias clínicas perinatales con datos completos y una ausencia de registros de un 47.75% con datos incompletos

IV. CONCLUSIONES

1. El mayor porcentaje de calidad de registro en la Historia clínica Perinatal fue bueno debido al correcto llenado de los datos de identidad, antecedentes patológicos familiares, personales y obstétricos, en los ítems; registro de toma de presión arterial, aplicación de la vacuna antitetánica, registro de exámenes de laboratorio y evaluación del estado nutricional en las cónyuges.
2. Las Historias clínicas perinatales tuvieron mala calidad en los ítems que no se registraron; la medición de talla, semanas de amenorrea, medición del peso, movimientos fetales, semanas de gestación y evaluación del estado nutricional en las aseguradas.
3. Las Historias clínicas Perinatales que tuvieron registros incompletos (regular) fueron; la medición de la altura uterina, auscultación de la frecuencia cardiaca fetal, movimientos fetales en las aseguradas, vacuna antitetánica, evaluación del estado nutricional en las aseguradas.
4. Se cumplió en general con el registro correcto, para un total de Historias clínicas perinatales y 9 indicadores con una buena proporción de datos completos, una minoría de los casos un regular llenado de datos y una ausencia de registros de un porcentaje con datos incompletos.

V. RECOMENDACIONES

Al Servicio de Ginec Obstetricia:

- Se debería revalorizar los registros de la Historia clínica Perinatal para un uso óptimo de estos, mejorando así la calidad de los servicios y la salud perinatal.
- Realizar talleres de llenado y carga de Historia Clínica Perinatal al momento de las incorporaciones de nuevos residentes en el servicio.
- A nivel de postgrados se debería evaluar este ítem en las residencias de ginecología y obstetricia.
- Evaluaciones periódicas de control de llenado de las Historias Clínica Perinatal en la consulta externa de la Empresa Médica Previsional y socializar los resultados de los análisis obtenidos.

A la Empresa Medica Previsional:

- Realizar Monitoreo y supervisión periódica a lo interno al personal que atiende a las usuarias como oportunidad para mejorar la aplicación de normas tanto de Atención Prenatal como de llenado de la Historia clínica Perinatal con el objetivo de reducir la Morbimortalidad materna y perinatal

VI. BIBLIOGRAFIA

1. Archila Abreo camilo Andrés Mariño rueda marcos Alexander Rueda grande Claudia Alexandra Trabajo monográfico Evaluación de la calidad del registro del control prenatal que se presta a las mujeres embarazadas que acuden a una IPS de primer nivel, por medio de un instrumento creado a partir de la norma (Resolución 0412 de 2000).
2. Acevedo Benítez, Daniela. Trabajo Monográfico Para optar al título de Médico y Cirujano, Cumplimiento de normas en control prenatal con alto riesgo obstétrico, Hospital Milton Rocha. Cukra Hill. RAAS: s.n., 1992.
3. A., Donabedian. La calidad en la atención médica: definición y métodos de evaluación. S.I.: Prensa Médica Mexicana, 1984.
4. Castillo Guzmán, Ivette y Canelo Pérez, Fanny. Calidad Del Control Prenatal Según llenado de la Historia Clínica Perinatal Simplificada, Centro de Salud Francisco Buitrago. Managua: UNAN, Facultad de Ciencias Médicas, 1994.6.
5. Casini, Sergio, y otros, y otros. División obstétrica, Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Guía de control Prenatal. Embarazo normal. Universidad Veracruzana. Dirección general del área académica de ciencias de la salud Facultad de nutrición-campus Xalapa. Veracruz: s.n.
6. CLAP-OPS-OMS “Sistema Informático Perinatal”. Publicación del CLAP Nro. 1524, Julio del 2003, Montevideo, Uruguay.
7. Diagnóstico sobre la salud reproductiva de las mujeres nicaragüenses, avances y limitaciones relacionados al objetivo de desarrollo del milenio.(2008).
8. Díaz Resello, J. “Curso - taller del Sistema Informático Perinatal (SIP) para Windows e Internet”. Mayo 2003. CLAP-OPS-OMS. Montevideo. Uruguay.

9. Medal Garrido, Martha, Rojas Rojas, Ricardo y Mejía Urbina, Enner. Trabajo Monográfico para optar al Título de médico y cirujano, Evaluación de la Calidad del Llenado de las Hojas de Control Prenatal, Hospital Regional Asunción, Juigalpa: s.n., 2007.
10. Normativa No. 106, Manual para el llenado de la Historia Clínica Perinatal. Managua: Ministerio de Salud, Gobierno de la República de Nicaragua, 2012.
11. Simini y otros “Manual del Sistema Informático Perinatal” Publicación del CLAP Nro. 1524, Julio 2003. OPS-OMS.
12. Schwartz, R. Alto riesgo materno-perinatal, el cuidado prenatal,. *Obstetricia*. 6ta edición. Buenos Aires, Argentina: Editorial el Ateneo, 2005.
13. Schwarcz, Ricardo, y otros, y otros. *Obstetricia*. 5a. ed. Buenos Aires: El Ateneo, 2003
14. MÓNICA LILIAN MORELLI “Análisis de Registros, Calidad de los Datos y Propuesta de Mejoramiento de la Historia Clínica Perinatal en la Maternidad del Hospital Ramón Carrillo. Santiago del Estero Año 2005”

ANEXOS

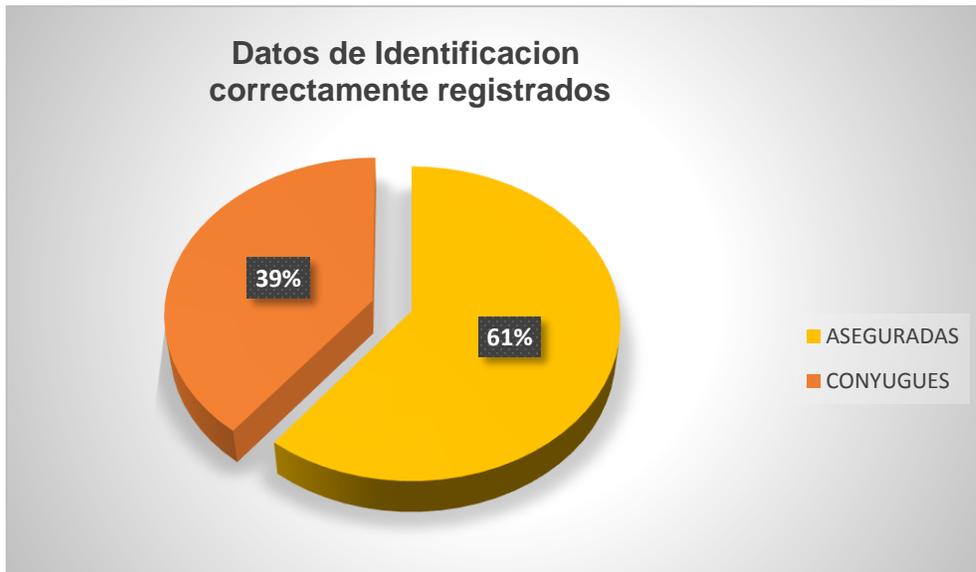
TABLA N° 1

Datos de identificación en el llenado de registro de la Historia Clínica Perinatal de las gestantes que asisten al primer control en la Consulta Externa de Obstetricia de la Empresa Medica previsional en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes ,Primer semestre del 2015

Categoría	Datos de identificación correctamente llenados	
	Frecuencia	Porcentaje
Aseguradas	94	60.6
Conyugues	61	39.4
Total	155	100

Fuente: Historia clínica perinatal

GRAFICO N° 1



Fuente: Tabla N°1

Tabla N° 2

Categoría de las Gestantes según llenado de registro de la Historia Clínica Perinatal de las gestantes que asisten al primer control en la Consulta Externa de Obstetricia de la Empresa Medica previsional en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes, Primer semestre del 2015

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Asegurada	94	60.6
Cónyuge	61	39.4
Total	155	100.0

Fuente: Expediente Clínico

Grafico N° 2



Fuente: Tabla N°2

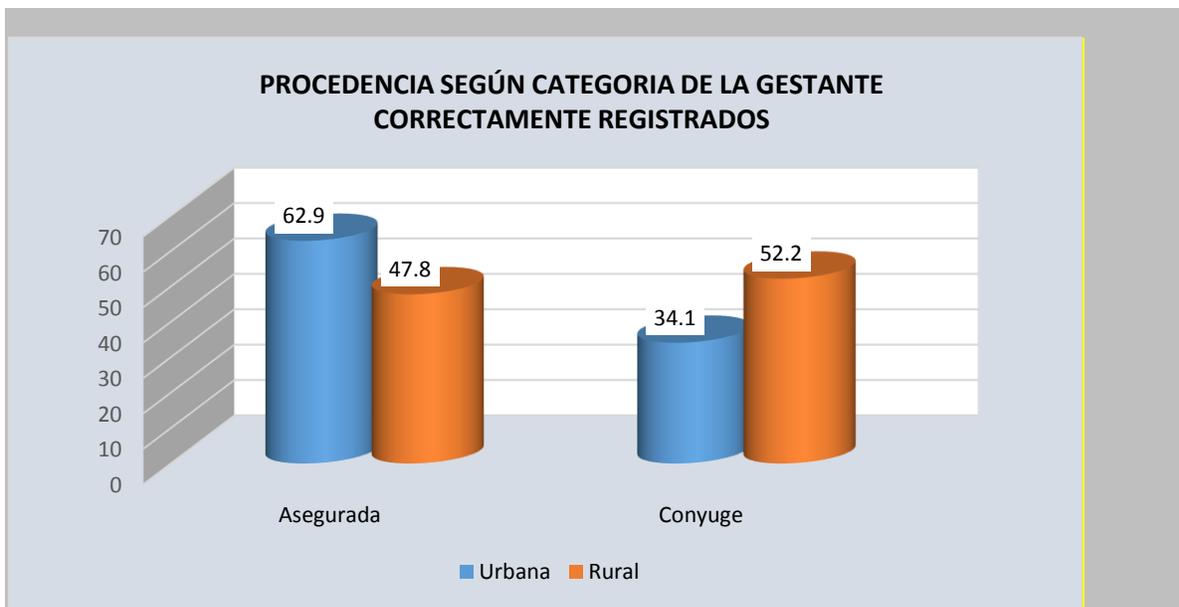
Tabla N°3

Procedencia de las Gestantes según llenado de registro de la Historia Clínica Perinatal de las gestantes que asisten al primer control en la Consulta Externa de Obstetricia de la Empresa Medica previsual en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes ,Primer semestre del 2015

Procedencia	Procedencia			
	Asegurada		Cónyuge	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	83	62.9	49	34.1
Rural	11	47.8	12	52.2
Total	94	100	61	100

Fuente: Expediente Clínico

GRAFICO N° 3



Fuente: Tabla N°3

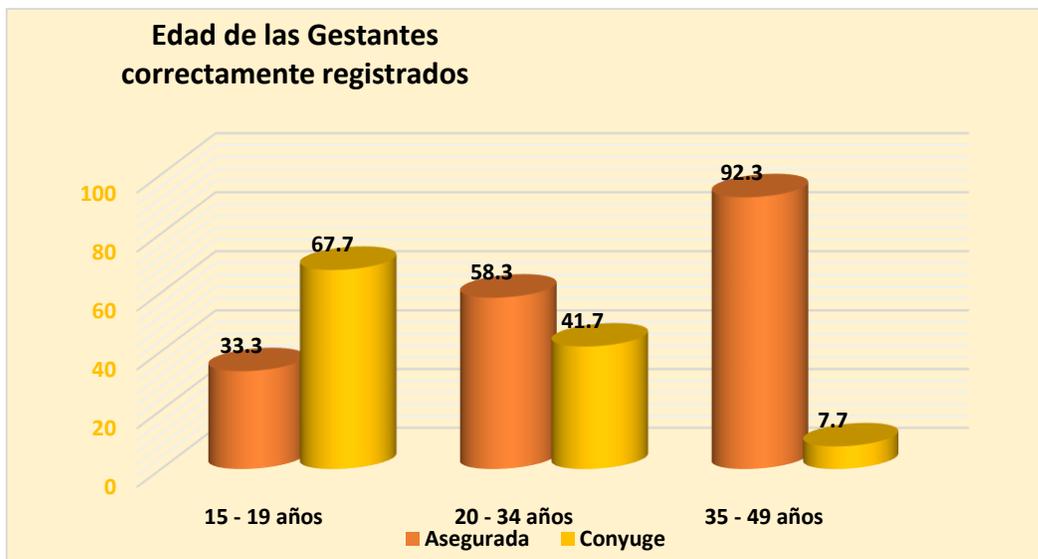
Tabla N°4

Edad de las Gestantes según llenado de registro de la Historia Clínica Perinatal de las gestantes que asisten al primer control en la Consulta Externa de Obstetricia de la Empresa Medica previsional en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes , Primer semestre del 2015

Edad	Categoría			
	Asegurada		Cónyuge	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
15 - 19	1	33.3	2	67.7
20 - 34	81	58.3	58	41.7
35 - 49	12	92.3	1	7.7
Total	94	60.6	61	39.4

Fuente: Expediente clínico

GRAFICO N° 4



Fuente: Tabla N°4

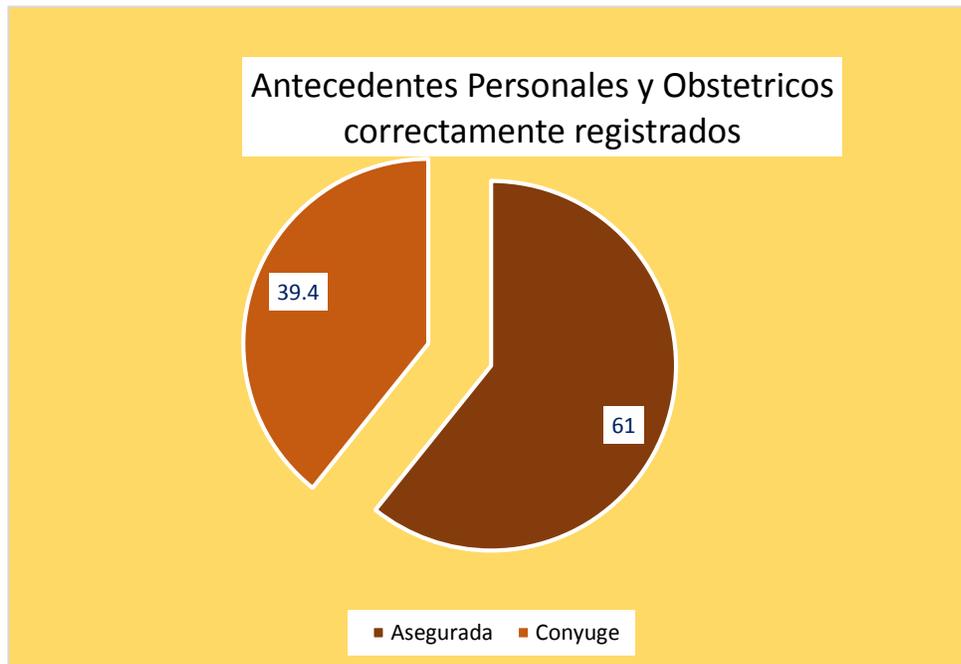
Tabla N° 5

Antecedentes Personales y Obstétricos de las Gestantes según llenado de registro de la Historia Clínica Perinatal de las gestantes que asisten al primer control en la Consulta Externa de Obstetricia de la Empresa Medica previsual en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes, Primer semestre del 2015

Antecedentes. Personal y Obstétrico		
Correctamente registrados		
Categoría	N°	%
Asegurada	94	61
Cónyuge	61	39
Total	155	100

Fuente: Expediente clínico

GRAFICO N°5



Fuente Tabla N°5

Tabla N° 6

Medición de Peso de las Gestantes según llenado de registro en la Historia Clínica Perinatal de las gestantes que asisten al primer control en la Consulta Externa de Obstetricia de la Empresa Medica previsual en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes, Primer semestre del 2015

Categoría	Medición del Peso				Total
	Se registra	%	No se registra	%	
Asegurada	93	60.4	1	0.64	94
Cónyuge	61	39.6	0	0	61

Fuente: Expediente Clínico

GRAFICO N°6



Fuente: Tabla N°6

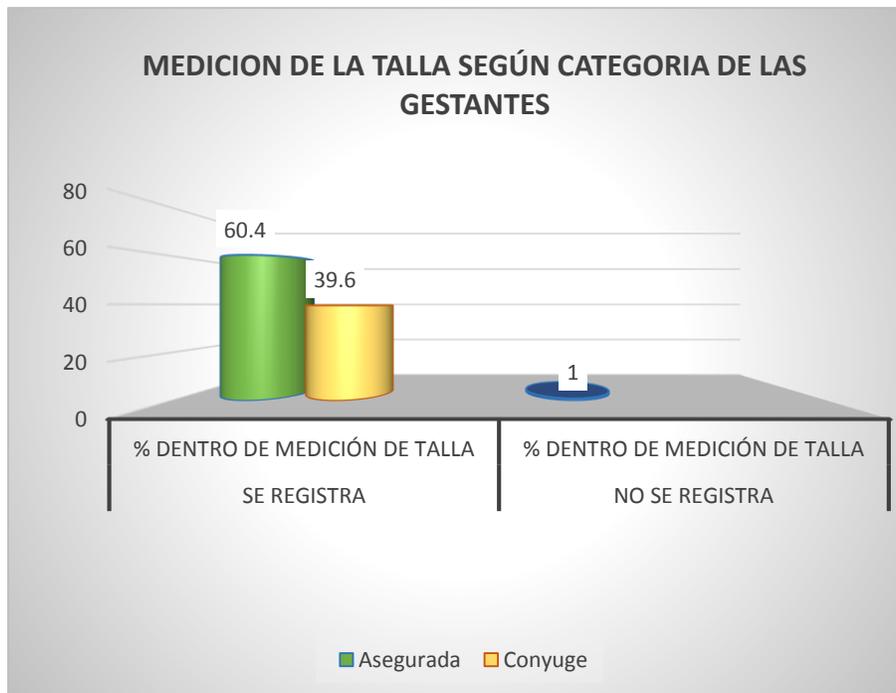
Tabla N°7

Medición de Talla de las Gestantes según llenado de registro de la Historia Clínica Perinatal de las gestantes que asisten al primer control en la Consulta Externa de Obstetricia de la Empresa Medica previsional en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes, Primer semestre del 2015

Categoría	Medición de Talla			
	Se registra		No se registra	
	N°	% dentro de Medición de Talla	N°	% dentro de Medición de Talla
Asegurada	93	60.4	1	100
Cónyuge	61	39.6	0	0
Total	154	100	1	100

Fuente: Expediente clínico

GRAFICO N°7



Fuente: Tabla N°6

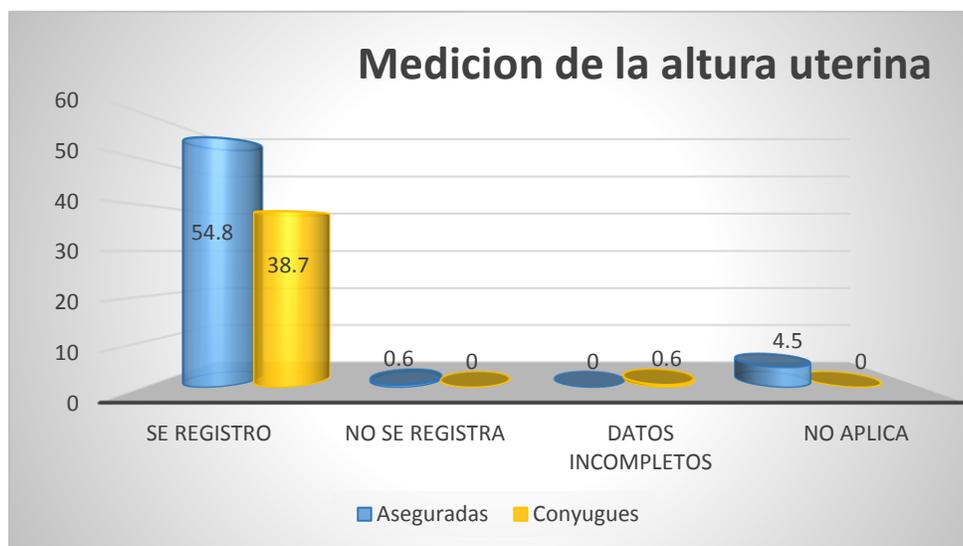
TABLA N°8

Medición de Altura Uterina de las Gestantes según llenado de registro de la Historia Clínica Perinatal de las gestantes que asisten al primer control en la Consulta Externa de Obstetricia de la Empresa Medica previsional en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes, Primer semestre del 2015

Medición de altura Uterina	Aseguradas		Conyugues	
	Frecuencia	Porcentajes	Frecuencia	Porcentajes
Se registra	85	54.8	60	38.7
No se registra	1	0.6	0	0
Datos Incompletos	0	0	1	0.6
No Aplica	7	4.5	0	0
Total	93	59.9	62	39.3

Fuente: Expediente Clínico

GRAFICO N°8



Fuente: Tabla N°8

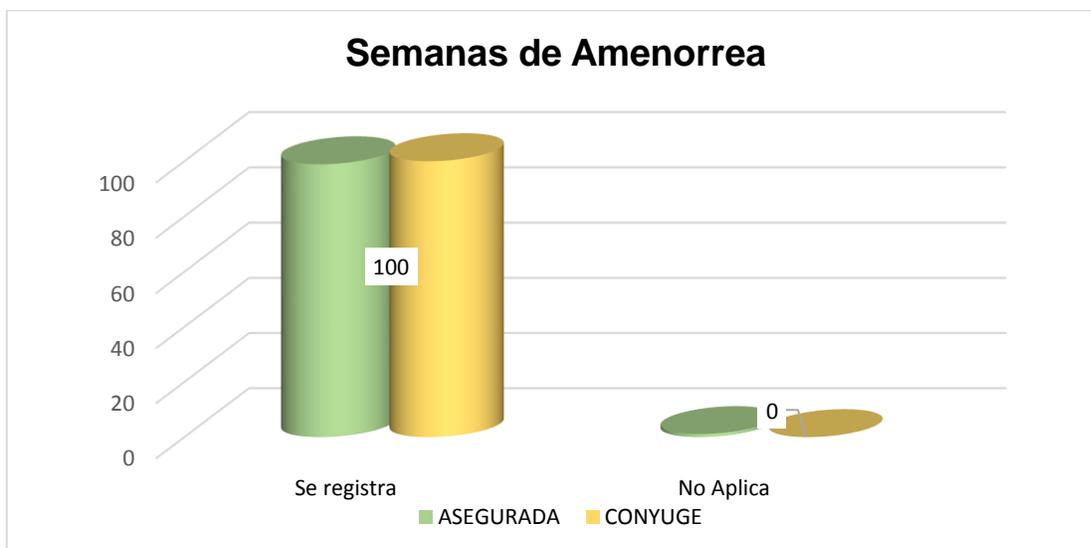
TABLA N°9

Semanas de Amenorrea de las Gestantes según cumplimiento del llenado de registro de la Historia Clínica Perinatal de las gestantes que asisten al primer control en la Consulta Externa de Obstetricia de la Empresa Medica previsional en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes, Primer semestre del 2015

Categoría	Semana de Amenorrea				Total
	Se registra	%	No Aplica	%	
Asegurada	93	98.9	1	1.1	94
Cónyuge	61	100	0	0	61
Total	154	0	1	0	155

Fuente: Expediente Clínico

GRAFICO N° 9



Fuente: Tabla N°9

TABLA N°10

Toma de Presión Arterial de las Gestantes según cumplimiento del llenado de registro de la Historia Clínica Perinatal de las gestantes que asisten al primer control en la Consulta Externa de Obstetricia de la Empresa Medica previsional en el Hospital Escuela

						Categoría				
						Asegurada	%	Cónyuge	%	
Se registra Toma de Presión Arterial						94	61	61	39	155

Fuente: Expediente Clínico

GRAFICO N° 10



Fuente: Tabla N° 9

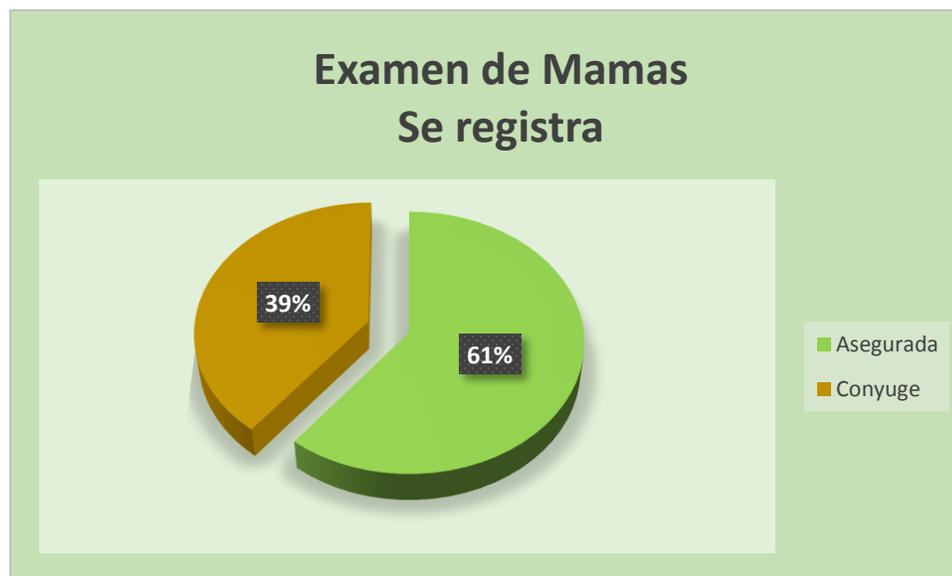
TABLA N° 11

Examen de Mamas de las Gestantes según cumplimiento del llenado de registro en la Historia Clínica Perinatal de las gestantes que asisten al primer control en la Consulta Externa de Obstetricia de la Empresa Medica Previsional en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes Primer semestre del 2015

Categoría	Se registra	
	N°	%
Asegurada	94	60.6
Cónyuge	61	39.4
Total	155	100

.....
Fuente: Expediente Clínico

GRAFICO N° 11



Fuente: Tabla N°11

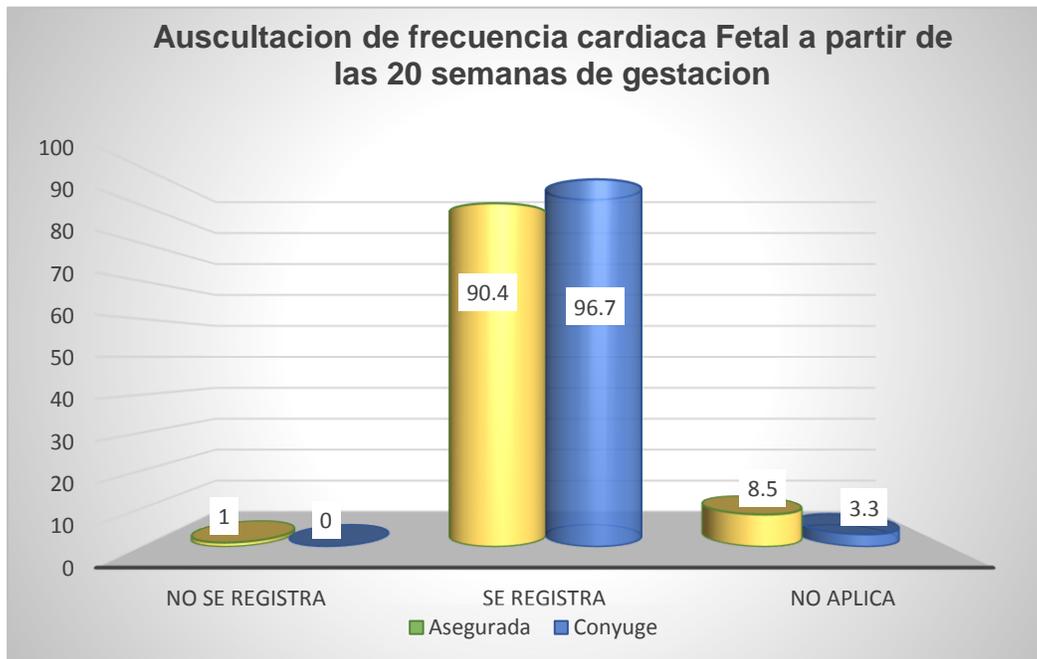
TABLA N° 12

Auscultación de la Frecuencia Cardiaca Fetal de las Gestantes según cumplimiento del llenado de registro en la Historia Clínica Perinatal de las gestantes que asisten al primer control en la Consulta Externa de Obstetricia de la Empresa Medica previsional en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes, Primer semestre del 2015

Categoría	Auscultación de FCF a partir de 20SG						Total
	No se Registra	%	Se Registra	%	No Aplica	%	
Asegurada	1	1	85	90.4	8	8.5	94
Cónyuge	0	0	59	96.7	2	3.3	61
Total	1		144		10		155

Fuente: Expediente Clínico

GRAFICO N° 12



Fuente: Tabla N°12

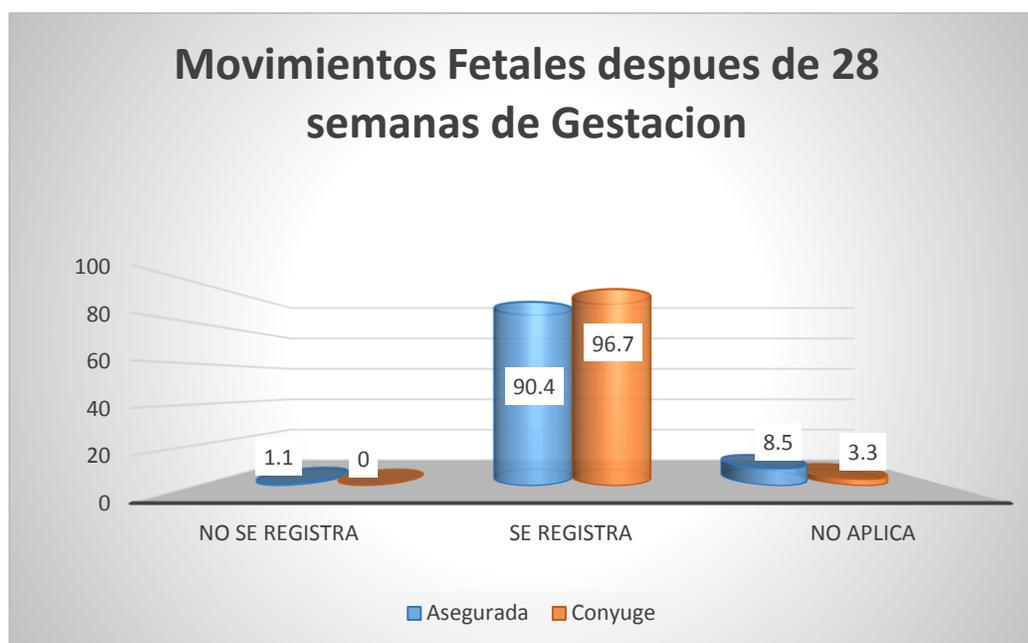
TABLA N° 13

Movimientos Fetales después de las 18 semanas de gestación según cumplimiento del llenado de registro en la Historia Clínica Perinatal de las gestantes que asisten al primer control en la Consulta Externa de Obstetricia de la Empresa Medica previsual en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes, Primer semestre del 2015

Categoría	Movimientos Fetales después de 28 SG						Total
	No se Registra		Se Registra		No Aplica		
	N°	%	N°	%	N°	%	
Asegurada	1	1.1	85	90.4	8	8.5	94
Cónyuge	0	0	59	96.7	2	3.3	61
Total	1	6	144	92.9	10	6.5	155

Fuente: Expediente Clínico

GRAFICO N°13



Fuente: Tabla N° 13

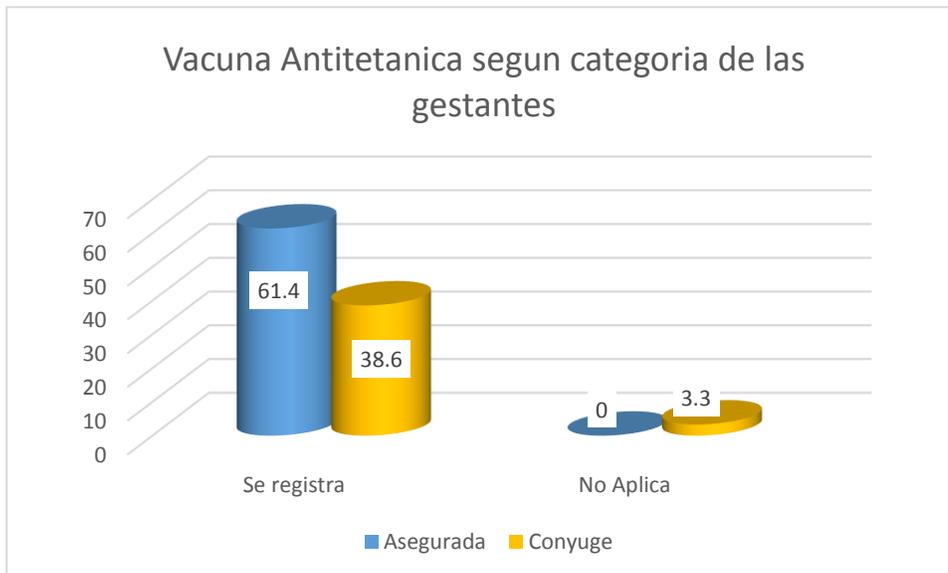
TABLA N° 13

Aplicación de vacuna antitetánica según cumplimiento del llenado de registro en la Historia Clínica Perinatal de las gestantes que asisten al primer control en la Consulta Externa de Obstetricia de la Empresa Medica previsual en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes Primer semestre del 2015

Aplicación de Vacuna Antitetánica					
Categoría	Se Registra	%	No Aplica	%	Total
Asegurada	94	61.4	0	0	94
Cónyuge	59	38.6	2	3.3	61
Total	153	100	2	3.3	155

Fuente: Expediente clínico

GRAFICO N°13



Fuente: Tabla N°13

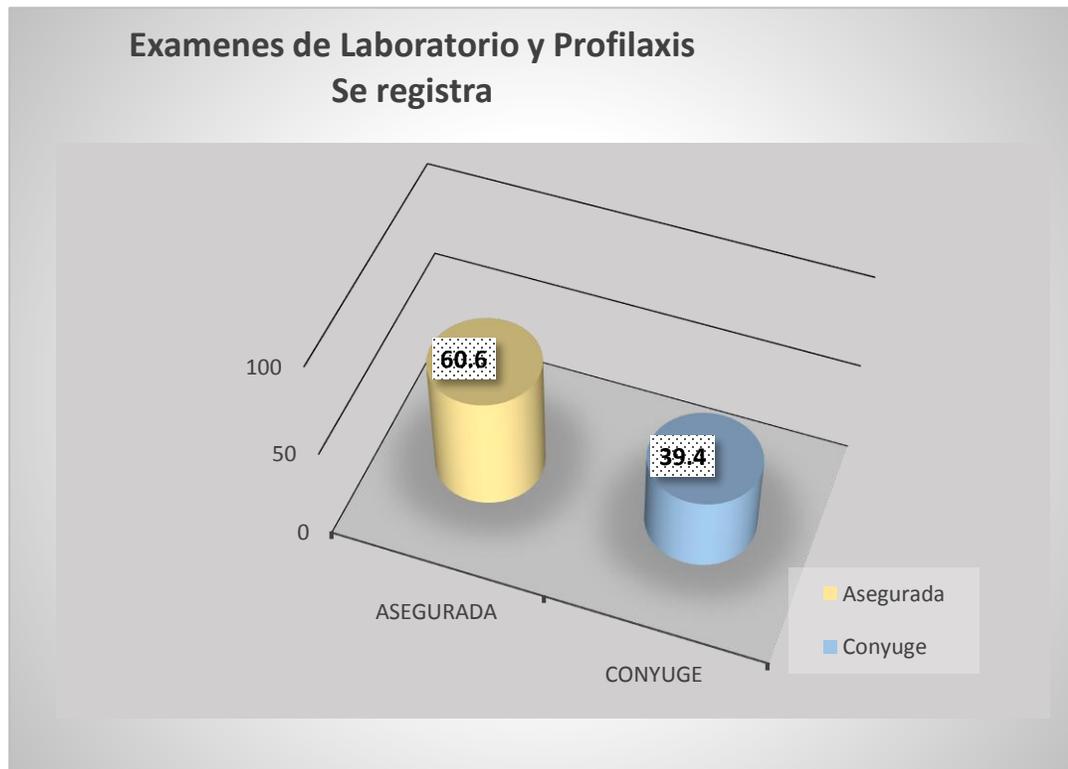
TABLA N° 14

Exámenes de Laboratorio y profilaxis según cumplimiento en el llenado de registro en la Historia Clínica Perinatal de las gestantes que asisten al primer control en la Consulta Externa de Obstetricia de la Empresa Medica previsional en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes semestre del 2015

Examen de Laboratorio y profilaxis	Categoría				Total
	Asegurada	%	Cónyuge	%	
Se registra	94	60.6	61	39.4	155

Fuente: Expediente clínico

GRAFICO N° 14



Fuente: Tabla N°14

TABLA N° 15

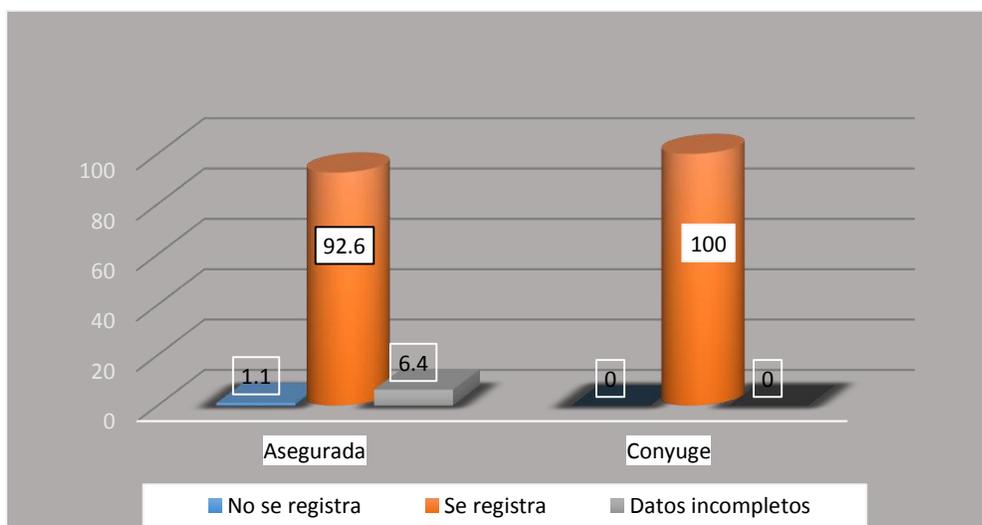
Evaluación del estado nutricional según cumplimiento en el llenado de registro en la Historia Clínica Perinatal de las gestantes que asisten al primer control en la Consulta Externa de Obstetricia de la Empresa Medica previsual en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes Primer semestre del 2015

Evaluación del estado Nutricional

Categoría	No se Registra	%	Se Registra	%	Datos incompletos	%	Total
Asegurada	1	1.1	87	92.6	6	6.4	94
Cónyuge	0	0	61	100	0	0	61
Total	1	6	148	95.5	6	3.9	155

Fuente: Expediente clínico

GRAFICO N°15



Fuente: Tabla N°15

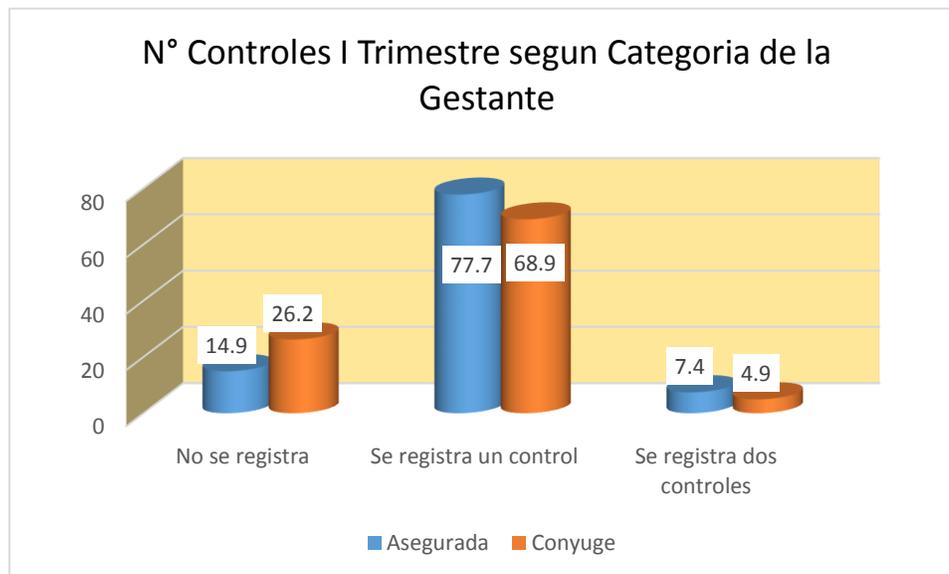
TABLA N° 16

Número de controles I trimestre según cumplimiento en el llenado de registro en la Historia Clínica Perinatal de las gestantes que asisten al primer control en la Consulta Externa de Obstetricia de la Empresa Médica previsual en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes Primer semestre del 2015

Categoría	N° Controles I Trimestre						Total
	Ningún Control	%	Un Control	%	Dos Controles	%	
Asegurada	14	14.9	73	77.7	7	7.4	94
Cónyuge	16	26.2	42	68.9	3	4.9	61
Total	30	19.4	115	74.2	10	6.5	155

Fuente: Expediente clínico

GRAFICO N° 16



Fuente: Tabla N°16

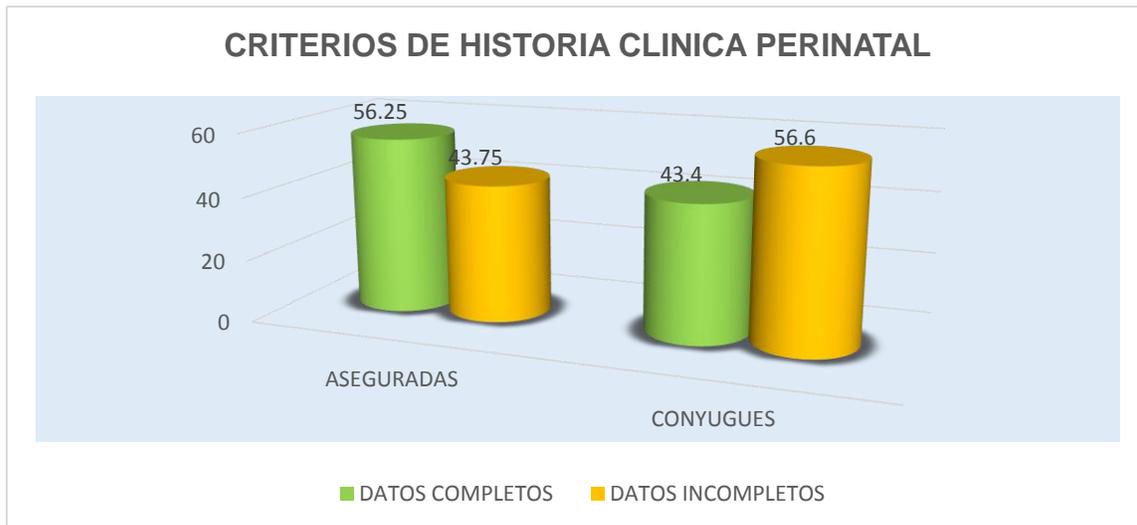
TABLA N° 17

Criterios de la Historia Clínica Perinatal según cumplimiento en el llenado de registro en la Historia Clínica Perinatal de las gestantes que asisten al primer control en la Consulta Externa de Obstetricia de la Empresa Medica previsional en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes. Primer semestre del 2015

CATEGORIA	CRITERIOS DE HISTORIA CLINICA PERINATAL	
	DATOS COMPLETOS	DATOS INCOMPLETOS
ASEGURADAS	56.25	43.7
CONYUGUES	43.4	56.6
TOTALES	100	100

Fuente: Expediente clínico

GRAFICO N° 17



Fuente: Tabla N° 17