



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN -MANAGUA**

RECINTO UNIVERSITARIO "RUBÉN DARÍO"

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA



MONOGRAFÍA PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO Y CIRUJANO GENERAL.

"CALIDAD DEL LLENADO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL, CENTRO DE SALUD DR. ALEJANDRO DÁVILA BOLAÑOS-MASAYA, ENERO - JUNIO 2013."

AUTORES:

Br. DARÍO DARWIN VANEGAS JARQUÍN (QEPD).

Br. CARLOS EZEQUIEL JAIME LÓPEZ.

Br. ROGER MIGUEL CAJINA MORENO.

**TUTOR CIENTÍFICO: DR. FRANCISCO NOEL DÍAZ JIMÉNEZ
GINECO- OBSTETRA.**

**TUTOR METODOLÓGICO: DR. WALTER MIRANDA ABAUNZA
DOCENTE DE LA FACULTAD DE MEDICINA UNAN- MANAGUA**

MASAYA, ABRIL 2015

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo monográfico en memoria de nuestro querido amigo con quien tuvimos la fortuna de compartir el inicio del presente estudio: **DARIO DARWIN VANEGAS JARQUIN**, que dios lo tenga en su presencia y que descanse en paz.



AGRADECIMIENTOS

Agradeciendo antes que nada a nuestro Dios por permitirnos cumplir esta meta y darnos la sabiduría necesaria para el logro de la misma.

Muy especialmente el agradecimiento a nuestra familias, por su apoyo incondicional con quienes deseamos compartir este gozo que ha sido posible gracias al aporte económico y respaldo emocional de nuestros seres queridos.

Estaremos eternamente agradecido con el apoyo incondicional de la familia Vanegas-Jarquín que siempre estuvieron presentes apoyando desde el inicio del estudio. Meritorio agradecer a nuestros tutores: Dr. Walter Miranda Abaunza y Dr. Francisco Noel Díaz, que siempre estuvieron anuentes a colaborar en la revisión y orientación del presente trabajo que hoy estamos llegando a feliz término

Nuestro autoreconocimiento por sentirnos triunfadores, ya que a pesar de las adversidades hemos sabido salir adelante, por la amistad compartida y que la voluntad que nos ha llevado a superarnos nos acompañe en nuestras metas futuras.

ABREVIATURAS

ARO: Alto riesgo obstétrico.

BRO: Bajo riesgo obstétrico.

ECO: Ecografía.

FUM: Fecha de última menstruación.

Kg: Kilogramos.

HTA: Hipertensión arterial.

IVU: Infección de vías urinarias.

RN: Recién nacido.

RPM: Ruptura prematura de membranas

VIF: Violencia intra familiar.

HCP: Historia clínica perinatal.

HCPB: Historia Clínica Perinatal Base

IMC: Índice de masa corporal.

SIP: Sistema Informático Perinatal

SILAIS: Sistema Local de Atención Integral en Salud

RESUMEN

El presente estudio es descriptivo, retrospectivo, de corte transversal realizándose en el Centro de Salud Dr. Alejandro Dávila Bolaños de Masaya en el periodo comprendido de Enero a Junio del 2013.

El objetivo propuesto es Determinar la calidad del llenado de la historia clínica perinatal en pacientes embarazadas atendidas en el centro de salud Dr. Alejandro Dávila Bolaños.

De los expedientes de las pacientes embarazadas ingresadas en el programa de atención prenatal se obtuvo una muestra de 70 historias clínicas perinatales, analizando la información con el programa estadístico EpiInfo versión 3.3.2 y obteniendo tablas y gráficos de frecuencias y porcentajes.

Los resultados más relevantes del estudio demuestran que no se cumplen con la normativa 106, que las Historias Clínicas Perinatal con Datos incompletos en los diferentes Segmentos, se encontró que el **segmento Identidad** estaba completo en un 86.71%(60.7). **El Segmento Antecedentes** estaba completo en un 100%(70). Los datos del **Embarazo Actual** estaban completos en un 87.14%(61). Los **Exámenes de Laboratorios** estaban completos en un 73.6%(51.5). La **Profilaxis** estaban completo en un 98.6%(69). La **Atención Prenatal del Embarazo Actual** estaban los datos completos en un 99.5%(69.6). **Gráficas de altura de Fondo Uterino y Ganancia de Peso Materno** esta completas en un 16.4%(11.5). Para un total de Historias Clínicas Perinatales con Datos Completos de un 80.3%(56.2) frente a un 19.7%(13.8) de Historia Clínicas Perinatales con datos incompletos.

Al analizar la Calidad del Llenado Historia Clínica Perinatal en general, se obtuvieron los siguientes resultados: El 64%(56) el llenado de datos fue bueno, en 36%(14) el llenado de datos fue regular no se obtuvo resultados de mala calidad.

Se recomienda al MINSA y al SILAIS se realice 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..

INDICE

	Página
I-INTRODUCCION.....	7
II-ANTECEDENTES.....	9
III-JUSTIFICACION.....	13
IV-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
V-OBJETIVOS.....	15
VI-MARCO TEORICO.....	16
VII-MATERIAL Y METODO.....	49
VIII-RESULTADOS.....	59
IX-DISCUSION.....	63
X-CONCLUSION.....	68
XI-RECOMENDACIONES.....	69
XII-BIBLIOGRAFIA.....	70
XIII- ANEXOS.....	72

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó la razón de mortalidad materna (RMM) en América Latina y el Caribe (ALC) para 1995 en 190 por cada 100.000 nacidos vivos. La mortalidad materna es un problema de salud y refleja la desigualdad existente en la región que se expresa en la pérdida de más de 28 mil mujeres anualmente a consecuencia de abortos, complicaciones del embarazo, parto y puerperio. ⁽¹⁸⁾ Nicaragua tiene una de los más altos índices de mortalidad materna según clasificación de organismos internacionales de salud. Las cifras oficiales señalan una tasa de 159 por cada 100 mil nacidos vivos. ⁽²³⁾

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. En ella se incluyeron las variables necesarias para garantizar un abordaje integral con las mejores intervenciones basadas en evidencia para la reducción de la morbilidad materna y perinatal. ⁽¹⁶⁾

La Historia Clínica Perinatal hace parte de los registros reguladores de una institución prestadora de servicios de salud y es una fuente de información, de gran importancia, la misma se entiende como el expediente conformado por el conjunto de documentos en los que se efectúa el registro obligatorio del estado de salud, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en la atención de las Embarazadas, el cual también tiene el carácter de reservado, con características como integralidad, secuencialidad, racionalidad, disponibilidad y oportunidad, todas estas características son necesarias para evaluar la calidad de los servicios, así como del quehacer de los profesionales de la salud, frente a las actividades y procedimientos realizados de acuerdo a los protocolos para actuar en determinada situación de salud-enfermedad.

La Historia Clínica Perinatal además de garantizar el control de la evolución del embarazo, a través de un sistema de alertas visuales, le permite al personal de salud, el reconocer oportunamente los factores de riesgo existentes en cada

paciente, una buena calidad de la misma refleja en gran medida la calidad de la atención de la mujer embarazada porque tiene la finalidad de ser un instrumento de seguimiento del embarazo, detecta el grado de riesgo obstétrico, permite conocer las características socio-epidemiológicas de la población de mujeres embarazadas atendidas, reúne en una sola hoja, la información mínima indispensable para un adecuado control prenatal y además es un instrumento médico legal que puede ser sometido a auditoría clínica.

En este marco, nos proponemos Evaluar la calidad del llenado de la historia clínica perinatal en el centro de salud Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Masaya, en el periodo enero a junio del año 2013. Se decidió evaluar la Historia Clínica Perinatal, por ser el ámbito actual de trabajo, se percibió la problemática de un inadecuado llenado de la misma y surgió un interés por intentar modificar esta situación. Luego del análisis e interpretación de los datos resultantes se puede concluir que existe un elevado porcentaje de falta de datos en el llenado de la Historia Clínica Perinatal en sus diferentes segmentos.

Esperando por lo tanto que los resultados obtenidos sirvan para evaluación práctica y objetivos del funcionamiento del programa del control prenatal, así como presentar pautas para evaluaciones futuras que puedan ser aplicadas en el programa de atención prenatal en el sistema de salud de atención primaria y lograr reducir el índice morbimortalidad tanto materna como perinatal.

ANTECEDENTES

En Argentina se realizó un estudio titulado: Análisis de Registros, Calidad de los Datos y Propuesta de Mejoramiento de la Historia Clínica Perinatal en el servicio de Maternidad del Hospital Ramón Carrillo. En la cual se encontró como datos relevantes de su estudio una tasa total de falta de datos, es decir el promedio de todos los datos faltantes, constituye un 20.3%. Lo óptimo según el CLAP es llegar a un 5% de falta en general. Otro dato interesante es el Indicador Hemoglobina (HB) no medida en embarazo que constituye un 81.2%. El VDRL no hecho en el embarazo, que constituye un 12.6%; pero a la par de este dato obtuvo un 28.5% sin dato. Encontró un 28.3% de casos en que se desconoce el Grupo Rh de la madre que ingresó para el parto. Con respecto a las “Consultas prenatales 1-4” con una tasa de 49.2%, pero existe un 15.3% sin dato. Otra variable importante es la “madre sin pareja” que constituye un 28.7%, pero obtuvo el 10.6% sin dato. Un dato significativo es la variable “Educación elemental” la cual constituye una tasa de 2.5%, pero llamativamente figura un 81.4% sin dato. ⁽⁶⁾

Delgado F. y Col. en el año 2005 en Venezuela estudiaron a 69 pacientes que acudieron a control prenatal en el Ambulatorio Rural Tipo II Dr. Armando Velásquez Mayo encontrando que el 33.33% corresponden a pacientes adolescentes, de las cuales 86.95% tenían edades comprendidas entre 15 a 19 años, mientras que el 13.04% eran menores de 15 años. 78.26% eran primigesta y 21.73% tenían dos o más paridad. El 52.17% tenían escolaridad primaria y 42,82% alcanzó llegar a secundaria, no hubo pacientes con estudios superiores. En relación con el inicio del control prenatal 39.13% lo hizo durante el primer trimestre, 52.17% en el segundo trimestre y 8.69% durante el tercer trimestre. ⁽¹³⁾

Se realizó un estudio sobre el cumplimiento de las normas del control prenatal en unidades urbanas de atención primaria del municipio de Bluefields, encontrando que el 100% de las gestantes se le registro datos personales, el 36% de expedientes carecía de historia clínica perinatal los antecedentes patológicos personales y familiares no fueron llenado en un 38.7% y 46.7% respectivamente los antecedentes obstétricos solamente el intervalo intergenésico no se encontró datos en un 4.9%. La captación durante el primer trimestre fue de 33.4% estas fueron

realizadas por personal médico en un 45.8%, por auxiliares de enfermería 31.1%, enfermeras 4.9% y personal no capacitado 18.2%. Las curvas de incremento de peso y altura uterina no fueron llenado en un 100% de las gestantes, el 51.1% de los expedientes no se les anoto la aplicación de toxoide tetánico previa, los exámenes de laboratorio no se registraron en el 51.1%, el tipo y Rh no se registró en el 91.1%. Solamente el 32.2% de los embarazo fueron clasificados; en embarazo ARO (15.6%) y normal (19.6%) el 42% de las embarazadas ameritaba ser clasificado como embarazo ARO, no existía seguimiento del embarazo ya que del total del embarazo estudiados solamente el 37.4% tenían en su historia clínica datos sobre la conclusión del mismo. (22)

Se realizó un trabajo monográfico titulado "Calidad del Control Prenatal según el llenado de la Historia Clínica Perinatal Simplificada en el Centro de Salud Francisco Buitrago", se encontraron los siguientes resultados: el 70% estaba ubicado en los grupos de 15 a 24 años , el 50% tenía un nivel escolar de primaria , el 51% fue captada en el primer trimestre del embarazo , se realizaron un promedio de 3.8 de controles prenatales, los antecedentes personales se registraron en el 90% de los casos , los antecedentes obstétricos fueron registrados en un 68%. Los datos registrados en la Historia Clínica Perinatal en más del 50% fueron: sensibilización, (86.6%), vacuna antitetánica (83%), peso anterior (80.2%), Rh (79.2%), grupo sanguíneo (77.4%), EGO, VDRL, Hb (68%). (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 siguientes. En los embarazo 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 datos de las consultas subsecuentes de control prenatal se llenaron correctamente en 94%, no se elaboró la curva de incremento de peso y altura uterina en 99% y 97% respectivamente. En los embarazos de alto riesgo los datos generales fueron

llenados correctamente en un 79%, antecedentes familiares y personales en 100%. Los antecedentes obstétricos en 69% y los datos del embarazo actual no fueron llenados correctamente en 96%, no se elaboró la curva del incremento de peso y altura uterina en un 99%. El 100% de las embarazadas fueron controladas por auxiliar de enfermería se encontró el 37% de captaciones en el primer trimestre del embarazo. Al 81% de los embarazo de bajo riesgos se realizó menos de cuatro controles y el 76% de los embarazo de alto riesgos seis controles o menos, no se identificó el riesgo de gestantes y solo fueron referidas el 10% de las ARO. Todo esto puso de manifiesto que el personal no estaba capacitado adecuadamente sobre las normas del control prenatal y la importancia de identificar el riesgo. ⁽¹¹⁾

Se realizó un estudio acerca de la evaluación de la calidad de llenado de las hojas de control prenatal en el Hospital Regional Asunción, Juigalpa. En la 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-obstetricos, los antecedentes patológicos personales y familiares 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. 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. ⁽⁷⁾

A nivel nacional son escasos los estudios de calidad del llenado de historia clínica perinatal (HCP). En el municipio de Masaya no se ha realizado ningún estudio relacionado con esta temática, ni en otro municipio del departamento.

JUSTIFICACIÓN

La mortalidad materna en Latinoamérica sigue siendo un problema de salud a consecuencia de abortos, complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Nicaragua no escapa de esta realidad, sigue teniendo altos índices de mortalidad materna según clasificación de organismos internacionales de salud. Las cifras oficiales señalan una tasa de 159 por cada 100 mil nacidos vivos. Estas cifras pueden ser más altas si se consideraran la posibilidad de un sub-registros. De ahí la importancia de evaluar un llenado adecuado 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.

Los resultados obtenidos en este estudio contribuirán en primer lugar, a conocer cuál es la calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal en la Atención Prenatal que reciben las gestantes que acuden al Centro de Salud “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” y en caso de encontrarse datos incompletos determinar de qué forma influye en el proceso de atención prenatal. En segundo lugar, esta investigación contribuirá a la toma de decisiones y realizar intervenciones que llevarán a la disminución de la morbimortalidad materna y perinatal la cual es el objeto principal de la atención prenatal y del Ministerio de Salud para beneficio de nuestra población gestante.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la calidad del llenado de la historia clínica perinatal en pacientes embarazadas atendidas en el centro de salud Dr. Alejandro Dávila Bolaños-Masaya, en el período de enero a junio del 2013?

OBJETIVOS

I. OBJETIVOS GENERALES:

Analizar la calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal en pacientes embarazadas atendidas en el centro de salud Dr. Alejandro Dávila Bolaños-Masaya, en el periodo de enero a junio del 2013.

II. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Describir las deficiencias más relevantes en el llenado de la historia clínica perinatal según las normas de atención prenatal.
2. Identificar el llenado de los datos de filiación y antecedentes en la Historia Clínica Perinatal de las pacientes en estudio.
3. Señalar la ausencia o registro de los datos del segmento embarazo actual de la Historia Clínica Perinatal de las pacientes en estudio.
4. Identificar el correcto llenado de los datos de atención prenatal del embarazo actual así como la elaboración de la curva de peso y altura uterina de las pacientes en estudio.

MARCO TEÓRICO

Entre el 20 y el 25 por ciento de la población de América Latina y el Caribe no tiene acceso permanente a los servicios de salud u otro tipo de medida de protección social, señala el informe “La Salud en las Américas 2002 de la OPS”. En efecto, diversas investigaciones nacionales sobre la mortalidad materna han concluido que en la mayoría de los países de la región los servicios de salud no están preparados para resolver situaciones de urgencia y que la calidad de la atención es precaria y deficiente.

En América Latina y el Caribe la mayoría de los partos, cerca del 75 por ciento, tiene lugar en centros asistenciales. Pese a ello, en 17 países la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal son mayores de lo previsto para la población en riesgo, de lo que se infiere una deficiente calidad de la atención de salud. Esto indica que las mujeres con complicaciones no tienen acceso a los servicios, debido a barreras económicas o geográficas, o bien que los servicios de salud no están suficientemente equipados o capacitados para abordar el problema. ⁽¹⁵⁾

A pesar de que el control prenatal significa una oportunidad para identificar factores de riesgo, existe cerca del 15% de mujeres embarazadas que al momento del parto pueden presentar una complicación que ponga en riesgo su vida, por lo cual es esencial que las unidades de salud se encuentren preparada para brindar cuidados obstétricos de emergencia de calidad.⁽¹⁾

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)

Según W. Edward Deming creador del concepto de mejoría continua de la calidad, se refiere a ésta última como “Hacer lo correcto en forma correcta, de inmediato”. Para él la calidad nunca es una casualidad, sino que siempre es el

resultado de una intención, esfuerzo constante, dirección inteligente y ejecución hábil y que finalmente se puede decir que es una forma de pensar, ser y actuar.

Desde principio del siglo pasado, la calidad de la atención de la salud ha sido valorada a través de datos de morbilidad y mortalidad. El campo de la calidad de la atención de la salud se ha ampliado por la contribución del Dr. Avedis Donabedian quien define la calidad de la salud, como medición del desempeño del proveedor de los servicios satisfaciendo las expectativas del usuario y enfatiza la calidad de vida asociada a entornos saludables. Las normas nacionales de salud, definen la calidad de atención como una secuencia de actividades normadas que relacionan al proveedor de los servicios con el usuario y con resultados satisfactorios.

El Dr. Avedis Donabedian hace mención de los siete pilares en la calidad de la atención médica: Eficacia, efectividad, equidad, legitimidad, aceptabilidad, accesibilidad y optimización.

En un artículo en 1996 introdujo por primera vez, un sistema de valoración de la atención de salud basado en la valoración de estructura, proceso y resultado. "Estructura" se refiere a los recursos, el equipo y los proveedores de atención de la salud. "Proceso" es la forma en la que se realiza un procedimiento. "Resultado" se refiere a las complicaciones, costos y productos de un procedimiento específico Donabedian también definió a un "indicador" como variable mensurable vinculada con la estructura, el proceso o resultado de la atención de la salud .

Los recursos más frecuentes que se utilizan para medir la calidad de la atención de la salud son indicadores clínicos y pautas clínicas o conjuntos de criterios.

Los principales indicadores utilizados para la atención prenatal son: La mortalidad materna, la mortalidad perinatal, el porcentaje de prematuridad y bajo peso al nacer .Estos indicadores al ser aplicados en las instituciones de salud, sirven para orientar, sugerir decisiones y realizar intervenciones que redundarán en el objetivo final de la atención prenatal que es disminuir la morbimortalidad materna y perinatal.

ASPECTOS GENERALES DE LA ATENCION PRENATAL

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 morbimortalidad 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. ⁽¹⁷⁾

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. ⁽¹²⁾

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: $60 / 1.60^2 = 23.44 \text{ Kg/m}^2$.

Tabla No.1 Nuevas Recomendaciones en Ganancia de peso Total según IMC Pre Embarazo ⁽²²⁾

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

- ❖ **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.

- ❖ **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?

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, **"previa"** 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. Ver Tabla No. 2.

- 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 “sí” 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 marcara “**Si**”, en caso contrario se macara “**No**”.
 - **Gammaglobulina Anti D (YGlobulina 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 marcarán de preferencia en el último trimestre de gestación. En casos de atención por aborto no llenar esta variable.

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

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

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

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 pregestacional o si la embarazada fue captada en las primeras 12 semanas de embarazo,** los valores de incremento de

peso normal a utilizar están entre los percentilos 25 y 90 (parte oscura del gráfico). Las mismas curvas nos dicen cuánto es el aumento normal de peso de la embarazada. Por ejemplo, a las 16 SG, el rango de incremento de peso normal es de entre 1.8 y 5.1 Kg, a las 20 SG es de entre 3.2 y 8.2 Kg, a las 28 SG entre 6.2 y 12.9, a las 36 SG entre 8.2 y 15.7 Kg. Analice y tome decisiones diagnósticas, de tratamiento y/o de referencia cuando haya un incremento exagerado de peso, cuando haya disminución del peso o la línea se haga plana.

- ✓ **No conoce el peso pregestacional o la embarazada fue captada después de 12 semanas de embarazo**, los valores de incremento de peso normal están entre los 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 uroanálisis 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).

HISTORIA CLINICA PERINATAL BASICA. MINSA, NICARAGUA

HISTORIA CLINICA PERINATAL - MINSA NICARAGUA

ESTADO: en trámite finalizado

DATOS DE IDENTIFICACION

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ EDAD (años): _____
 DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____ TELEF.: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: día mes año

ANTECEDENTES

FAMILIARES (no indicar necesariamente riesgo a padecer enfermedad)

TBC no si diabetes no si
 hipertensión no si pre-eclampsia no si
 eclampsia no si otra cond. médica grave no si

PERSONALES

chagas no si genitourinarias no si
 interidas no si cardiopat. no si
 nefropatía no si violencia no si
 VIH+ no si

OBSTETRICOS

gestas previas: _____ abortos: _____
 nacidos vivos: _____
 muertes 1° sem. _____
 después 1° sem. _____

FIN EMBARAZO ANTERIOR

día mes año < 2 días
 > 5 días

EMBARAZO PLANEADO no si

FRACASO METODO ANTICONCEP.

no usado DIU DIU hormo
 natural otro

GESTACION ACTUAL

PESO ANTERIOR: _____ Kg IMC: _____ TALLA (cm): _____
 FPP: _____ FUM: _____
 EG CONFIABLE por FUM Eco < 20 s. no si

CERVIX

irreg. normal anormal no si
 PAP no si
 COLP no si

GRUPO Rh no si Inmuniz. no si
 yglobulinas anti D no si

TOXOPLASMOVIS

< 20 sem IgG no si
 ≥ 20 sem IgG no si
 1° consulta IgM no si

Hb < 20 sem

g no si

Fe/FOLATOS

indicados no si

Hb ≥ 20 sem

g no si

VIH - Diag. - Tratamiento

< 20 sem no si
 ≥ 20 sem no si

SIFILIS - Diagnostico y Tratamiento

Prueba no si
 TARV no si

CHAGAS

no si

BACTERIURIA

sem. no si
 normal no si

GLUCEMIA EN AYUNAS

< 24 sem no si
 ≥ 24 sem no si

ESTREPTOCOCCO B

35-37 semanas no si

PREPARACION PARA EL PARTO

no si

CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA

no si

ATENCIONES PERINATALES

día mes año	edad gest.	peso (kg)	PA	altura uterina	presen. tension	FCF (lpm)	movim. fetales	protei. huna	signos de alarma, exámenes, tratamientos	Iniciales personal de salud	próxima cita

PARTO **ABORTO**

FECHA DE INGRESO: día mes año

CONSULTAS PRE-NATALES: completa incompl. ninguna

LUGAR DEL PARTO: Institucional Domiciliar Otros

HOSPITALIZ. en EMBARAZO: no si

CORTICOIDES ANTENATALES: completo incompl. ninguno

INICIO espontáneo inducido

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA: no si

EDAD GEST. al parto: < 37 sem ≥ 37 sem

acompañante: pareja familiar otro ninguno

TRABAJO DE PARTO

hora min	posición de la cabeza	PA	pulso	contr. 10	dilatación	altura present.	variedad posic.	meconio	FCF tipo	HTA previa <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	HTA inducida embarazo <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	preeclampsia <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	eclampsia <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	cardiopatía <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	nefropatía <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	diabetes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	infec. ovular <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	infec. urinaria <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	amenaza parto preter. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	R.C.L.U. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	rotura prem. de membranas <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	anemia <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	VIH <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	HEMORRAGIA 1° trim. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> 2° trim. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> 3° trim. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> postparto <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	infec. puerperal <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	TGP <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	Púrp. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	VIH <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	TAP <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	TAP <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>

NACIMIENTO VIVO MUERTO antes parto parto ignora mortífero

TERMINACION: espont. cesárea otro

INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO: INDUC OPER

POSICION PARTO vertical oblicua occipito

DESGARROS Grado (1 a 4): no si

OCITOCICOS: preamb. postamb.

PLACENTA: completa no si retenida no si

LIGADURA GORDON: no si

RECIEENACIDO

SEXO: masculino femenino

PESO AL NACER: < 2500 g 2500-4000 g > 4000 g

LONGITUD: _____ cm

ESTIMADA no si

DEFECTOS CONGENITOS: no si

ENFERMEDADES

VIH en RN: no si

TAMIZAJE NEONATAL: no si

EGRESO RN vivo fallece trasladado

EDAD AL EGRESO: < 1 día ≥ 1 día

ALIMENTO AL ALTA lact. no si parcial artificial

EGRESO MATERNO trasladado lugar _____

ANTICONGERCION no si

METODO ELEGIDO DIU post-evento DIU natural DIU hormonal otro ninguno

CLAP/SMR/OPS/OMS

Proteja su Embarazo



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

Tomar las vitaminas que entregaran en su unidad de salud.

La alimentación variada cuida su salud. La de su hijo(a) y garantiza una buena lactancia.

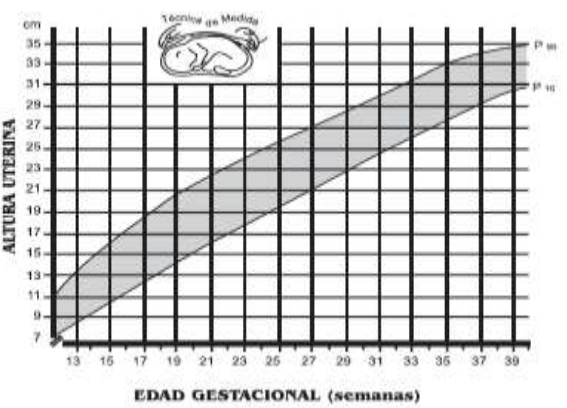
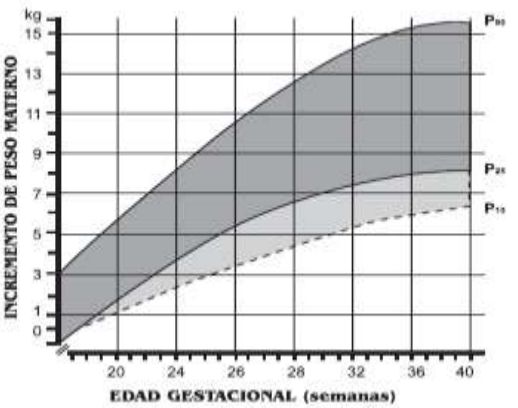
Dedicar amor a su hijo(a) desde el embarazo.

Aplicarse 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.



Nombres: _____
 Domicilio: _____
 Unidad de Salud: _____

Este carnet contiene información indispensable para su salud y la de su hijo(a). Lévelo siempre con usted y entréguelo 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.

MATERIAL Y METODO

Tipo de estudio:

Descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.

Área de estudio:

EL estudio se realizó en el Centro de Salud “Dr. Alejandro Dávila Bolaños” de la ciudad de Masaya, durante el período comprendido de Enero a Junio del año 2013.

Población de estudio:

La conformo todas las pacientes embarazadas ingresadas en el programa de atención prenatal en el período comprendido de enero a junio del 2013. Las cuales fueron 85 pacientes embarazadas ingresadas en el periodo de estudio.

Muestra:

Está conformada por 70 pacientes ingresadas al programa de atención de control prenatal y estará representada por el 100% de las pacientes que cumplan con los criterios de inclusión. El cálculo de la muestra fue realizado por medio del método aleatorio simple. Con un margen de error del 5%

$$n = \frac{N Z^2 pq}{d^2 (N - 1) + Z^2 pq}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

N = Tamaño de la población

Z = Valor de Z crítico, calculado en las tablas del área de la curva normal. Llamado también nivel de confianza.

d = Nivel de precisión absoluta. Referido a la amplitud del intervalo de confianza deseado en la determinación del valor promedio de la variable en estudio.

p = proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia.

q = proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (1 -p).

$$n = \frac{85(1.96)(1.96)(0.5 * 0.5)}{(0.05)(0.05)(85 - 1) + 1.96 (0.5 * 0.5)} = 70$$

Criterios de inclusión:

Pacientes embarazadas ingresadas en el programa de atención prenatal por primera vez y que presente controles subsecuentes en el periodo comprendido de enero a junio del 2013.

Criterios de exclusión:

Pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión

Fuente de información:

La fuente de información fue secundaria, para la obtención de los datos se utilizó los expedientes clínicos y las historias clínicas perinatales contenidas en cada expediente que fueron facilitados por el servicio de estadísticas de dicho centro.

Aspectos éticos:

Para recoger la información se solicitó la autorización del director del centro de salud y del encargado de admisión.

Recolección de la información:

La información se recogió a través de una ficha previamente elaborada, denominada ficha de recolección de datos (ver anexo), asignándose una para cada paciente, con su respectivo número para su debida identificación, conservándose así con el mayor sigilo la identidad de las pacientes.

Procesamiento y análisis de datos:

El procesamiento de la información se realizó mediante el método electrónico computarizado Epilnfo Versión 3.3.2 y para el análisis de datos se utilizaron medidas de frecuencia a través de distribución porcentual y medidas de centro, utilizando la media y la mediana.

Los datos son presentados en cuadros estadísticos y gráficos.

En base a los objetivos planteados se utilizó una serie de variables con el objeto de obtener los resultados y serán las siguientes:

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Segmento	Variable	Concepto	Indicador	Escala	Valor
Identificación	Código de la unidad de salud	Número de código de la unidad de salud donde se atiende a la embarazada sus controles prenatales	Registro del código de la unidad de salud		1. Registrado 2. No registrado
	Número de identidad	Número de cedula o de identidad o partida de nacimiento.	Registro del número de identidad		1. Registrado 2. No registrado
	Nombre	Nombres y apellidos de la embarazada	Registro del nombre de la embarazada		1. Registrado 2. No registrado
	Procedencia	Dirección exacta de donde reside habitualmente	Registro de la dirección exacta donde reside la embarazada		1. Registrado 2. No registrado
	Teléfono	Teléfono del domicilio o celular	Registro del número de teléfono		1. Registrado 2. No registrado
	Fecha de nacimiento	Día, mes y año de nacimiento de la embarazada			1. Registrado 2. No registrado
	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del llenado de la ficha	Total de HCP con registro de edad de la embarazada	≤19 años 20-34años ≥35años	1. Registrado 2. No registrado
	Alfabeta	Si puede leer y escribir			1. si 2. No
	Raza	Raza a la que declara pertenecer la embarazada			1. Registrado 2. No registrado
	Escolaridad	Número de años de instrucción alcanzado hasta el momento de realizar el llenado de la ficha	Total de HCP con registro de escolaridad	Ninguno Primaria Secundaria universitaria	1. Registrado 2. No registrado
	Estado civil	Condición de un individuo en lo que respecta a sus relaciones con la sociedad	Total de HCP con registro del estado civil	Casada Unión estable Soltera Otro.	1. Registrado 2. No registrado
	Vive sola	Condición en que la embarazada vive sola o con un familiar u otra persona en caso de no tener cónyuge.	Total de HCP con registro de la casilla vive sola.		1. Registrado 2. No registrado

Segmento	Variable	Concepto	Indicador	Escala	Valor
Antecedente patológicos personales, familiares y gineco-obstétricos	Antecedentes patológicos familiares	Historias previas de enfermedades de parientes cercanos de la embarazada	Total de HCP con registro de antecedentes patológicos familiares	Diferentes patologías indicada en la HCP como antecedentes familiares	1. Registrado 2. No registrado
	Antecedentes patológicos personales	Historias previas de enfermedades de la embarazada.	Total de HCP con registro de antecedentes patológicos personales	Diferentes patologías indicada en la HCP como antecedentes personales	1. Registrado 2. No registrado
	Antecedentes gineco-obstétricos	Secuencias de eventos gineco-obstétricos previos al embarazo actual.	Total de HCP con registro de antecedentes obstétricos	Diferentes eventos obstétricos previos el embarazo actual indicados en la HCP.	1. completo 2. Incompleto
Embarazo actual.	Peso anterior	Peso previo expresado en kilogramos (kg) de la mujer antes de la gestación.	Total de HCP con registro de peso antes del embarazo.		1. Registrado 2. No registrado
	Talla	Medida en centímetros de la altura de la gestante.	Total de HCP con registro de la talla de la gestante		1. Registrado 2. No registrado
	Fecha de última regla o menstruación. (FUM)	Primer día de la última menstruación.	Total de HCP con registro de la FUM		1. Registrado 2. No registrado
	Fecha probable de parto	Fecha probable de parto calculada a partir de la amenorrea es aproximada y presenta una variabilidad aproximada de 2 semanas.	Total de HCP con registro de la fecha probable de parto		1. Registrado 2. No registrado
	Examen clínico	Revisión de signos y síntomas presentes durante la captación del embarazo.	Llenado completo o incompleto del examen clínico		1. Registrado 2. No registrado
	Examen físico	Valoración física minuciosa de aparatos y sistemas durante de la captación del embarazo,	Llenado completo o incompleto del examen físico		1. Registrado 2. No registrado
Exámenes de laboratorio y profilaxis.	Exámenes de laboratorio.	Pruebas de rutinas enviadas durante el embarazo.	EGO PAP. Grupo y Rh. Toxoplasmosis Hb. VIH Sífilis	Normal Anormal	1. Registrado 2. No registrado

			Bacteriuria Glicemia en ayuna		
	Profilaxis	Medicamentos administrados previos y durante el embarazo para prevenir enfermedades.			1. Registrado 2. No registrado

Segmento	Variable	Concepto	Indicador	Escala	Valor
Atención prenatal del embarazo actual.	Edad gestacional.	Edad estimada del feto utilizando el primer día del último periodo menstrual normal expresado en semanas completa al primer control.	Llenado de la edad gestacional en cada atención prenatal		1. Registrado 2. No registrado
	Peso	Medida en kilogramos de la mujer tomada en cada control prenatal	Llenado del peso en cada atención prenatal		1. Registrado 2. No registrado
	Tensión arterial.	Signo vital que mide el gasto cardiaco y la resistencia vascular periférica.	Llenado de la tensión arterial en cada atención prenatal		1. Registrado 2. No registrado
	Altura uterina	Es la altura del útero en centímetros por encima del pubis a partir de las 12 semanas de amenorrea.	Llenado de la altura uterina en cada atención prenatal		1. Registrado 2. No registrado
	Presentación	Presentación que el producto valla adquiriendo	Total de HCP con registro de la presentación que el producto va adquiriendo.	Cefálico Oblicuo Transverso Pélvico	1. Registrado 2. No registrado
	Frecuencia cardiaca fetal	Registro del numero de latidos cardiacos en el periodo de un minuto por doppler o estetoscopio	Total de HCP con registro de la frecuencia cardiaca fetal.	<120LPM 120-160LPM >160LPM	1. Registrado 2. No registrado
	Movimiento fetal.	Percepción de los movimientos fetales a partir de la semana 18 de amenorrea por el examinador.	Total de HCP con registro de los movimientos fetales		1. Registrado 2. No registrado
	Proteinuria	Presencia o no de proteínas en las cintas de uro análisis efectuado a la embarazada.	Total de HCP con registro de proteinuria.	Positivo Negativo	1. Registrado 2. No registrado
	Signos de alarmas, exámenes y	Hallazgos más relevantes encontrados en la atención prenatal.	Total de HCP con registro de signos de		1. Registrado 2. No registrado

	tratamiento		alarma y exámenes de laboratorio.		
	Iniciales del personal de salud.	Son las iniciales del personal de salud quien atendió el control prenatal.	Total de HCP con registro de las iniciales del personal de salud		1. Registrado 2. No registrado
	Fecha de próxima cita	Fecha programada para realizar el próximo control prenatal.	Total de HCP con registro de la fecha de la próxima cita.		1. Registrado 2. No registrado

Grafica de altura uterina y ganancia de peso materno.	Curva de altura uterina	Grafica según evolución uterina durante el embarazo.	Total de HCP con grafica de la curva de altura uterina		1. Registrado 2. No registrado
	Curva de ganancia de peso.	Grafica de ganancia de peso durante el embarazo.	Total de HCP con grafica de la curva de ganancia de peso materno.		1. Registrado 2. No registrado

PLAN DE ANÁLISIS

Para valorar la variable Calidad de la Historia Clínica Perinatal se utilizaron los siguientes indicadores: Identidad, Antecedentes patológicos personales, familiares y Gineco-Obstétricos, Embarazo actual, exámenes de laboratorio y profilaxis, Control prenatal del embarazo actual, curva de ganancia de peso, y curva de altura uterina, se clasificaron de acuerdo a una puntuación preestablecida y siguiendo el siguiente esquema:

- 2 = Dos puntos. Se registró la casilla completamente.
- 1 = Un punto. La casilla no se registró correctamente.

Se realizó la sumatoria y se establecieron los siguientes rangos.

Calidad de llenado de la HCP	Puntaje asignado		
	Bueno	Regular	Malo
Identidad	17-20	13-16	≤12
Antecedentes	6	4-5	≤3
Embarazo actual	18	15-17	≤14
Ex. De lab.	15-16	12-14	≤11
Profilaxis	6	4-5	≤3
Atención prenatal del embarazo actual y grafica de altura uterina y ganancia de peso materno	26	18-25	≤17

Sumando los puntajes obtenidos en todos los acápite, se determinó la calidad del llenado de la HCP en general, obteniéndose una sumatoria total de la calidad del llenado de la HCP de 92 puntos, clasificándola con las siguientes escalas:

Calidad de llenado de la HCP en General	Puntaje asignado
Calidad de llenado de la HCP Bueno	83-92
Calidad de llenado de la HCP Regular	61-82
Calidad de llenado de la HCP Malo	≤60

SE REALIZARON TABLAS DE FRECUENCIA Y ANALISIS ESTADISTICOS DE ACUERDO A OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

PARA EL OBJETIVO 2:

Identificación:

Número de identidad

Nombre

Procedencia

Teléfono

Fecha de nacimiento

Edad

Alfabeta

Raza

Escolaridad

Estado civil

Vive sola

Antecedente patológicos personales, familiares y gineco-obstétricos:

Antecedentes patológicos familiares

Antecedentes patológicos personales

Antecedentes gineco- obstétricos

PARA EL OBJETIVO 3:

Embarazo actual:

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:

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.

RESULTADOS

En nuestro estudio, se revisaron las fichas de recolección (Historias Clínicas Perinatales) obteniendo los siguientes datos referentes hasta la atención prenatal del embarazo actual:

En el **Cuadro No. 1:** Tenemos entre los datos del **Segmento Datos de Filiación** que los resultados fueron: Número de **Código de la Unidad de Salud** el 10%(7) de las HCP estaban registrados. En el **Numero De Identidad** el 64.3%(45) estaban registrados. En el **Nombre** el 100%(70) estaban registrados. En el Número de **Teléfono** el 92.8%(65) estaban registrados. En la **Procedencia** el 100%(70) estaban registrados. En la **Edad** el 100%(70) estaban registrados. En la **Raza** el 100%(70) estaban registrados. En la **Escolaridad** el 100%(70) estaban completos. En el **Estado Civil** el 100%(70) estaban registrados. En el casilla **Vive Sola** el 100%(70) estaban completos.

En el **Cuadro Numero 2:** En el **Segmento Antecedentes Patológicos Familiares, Personales y Antecedentes Gineco- Obstétricos**, los Datos de antecedentes Patológicos Personales y familiares el 100%(70) estaban registrados. Los datos de Antecedentes Gineco- Obstétricos el 100%(70) estaban completos.

En el **Cuadro Número 3:** en el segmento **Embarazo Actual**, el **Peso Anterior** estaba registrado en un 80%(56). El **IMC** estaba completo en un 80%(56). La **Talla** estaba registrada en un 80 % (56). La **Fecha de Ultima Menstruación y Fecha Probable de Parto** estaban registradas en un 94.3%(66). En el **Estilo de Vida** en cada trimestre estaban completos en un 100%(70). El **examen físico Odontológico** el 54.3%(38) estaban registrado. En el **Examen de Mamas** estaban registrado en un 97.1%(68). En la inspección visual del **cérvix** estaban registrado en 91.4%(64). La casilla **Violencia intrafamiliar** estaban completo el 100%(70).

En el **Cuadro Número 4:** en lo referente a los **Examen de laboratorio**, la toma de **PAP** estaba completo en un 85.7%(60). La prueba de **Hemoglobina** estaba registrado en un 87.2%(61). El test de **Glicemia** en ayunas estaba registrado en

un 87.2%(61). La prueba de **Sífilis VDRL** estaba completa en un 68.6%(48). El test de **VIH** estaba completo en un 78.5%(55). La prueba de **Grupo y RH** estaban completo en un 87.2%(61). La prueba de **Bacteriuria** estaba completo en un 94.3%(66). La prueba de **Toxoplasmosis** no se encontró registrada en el 100%(70) de las Historias Clínicas Perinatales.

En el **Cuadro Número 5**: en lo referente a la **Profilaxis** se encontró que, la vacuna Anti Rubéola estaba registrado en un 100%(70). La vacuna Antitetánica se encontraba registrada en un 95.7%(67). La prescripción de Fe/Folatos estaba registrada en un 100 % (70).

En el **Cuadro Número 6**: Tanto en los **Exámenes de Laboratorios como en la Profilaxis** se encontró que en los Exámenes de laboratorio estaban completo en un 73.6%(51.5) y que la Profilaxis se encontró completo en un 98.6%(69).

En el **Cuadro Número 7**: En la **Atención Prenatal del Embarazo Actual** se encontró que la **Edad Gestacional, el Peso (Kg), la Presión Arterial, La Altura de Fondo Uterino, la Presentación fetal, la Frecuencia Cardiaca fetal, y los Movimientos Fetales** estaban registrado en un 100%(70) de las Historias Clínicas Perinatal. La detección de **Proteinuria** en cada Control Prenatal se encontró registrada en un 94.3%(66). Los **signos de Alarma, Exámenes y Tratamiento** estaban registrados en un 100 % (70). Las **Iniciales del personal** de salud que atendió a la Embarazada estaban registradas en un 100%(70). La casilla en donde se indica la **Próxima Cita** estaba registrada en un 100%(70).

En el **Cuadro Número 8**: Se encontró que la **Gráfica de Crecimiento Uterino** estaba graficada en un 15.7%(11). La **Grafica de Ganancia de Peso Materno** estaba graficada en un 17.1%(12).

En el **Cuadro Número 9**: Al analizar la Calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal según el esquema de puntuación preestablecido se encontraron los siguientes resultados: En los Datos de filiación el 64.3%(45) tuvieron un regular llenado de datos, 35.7%(25) el llenado fue bueno. De la Calidad del llenado de los datos de Antecedentes patológicos personales, familiares y gineco-obstétricos

analizados se obtuvieron los siguientes resultados: 100%(70) tuvieron un buen llenado de datos. En la Calidad del llenado de los datos del Embarazo actual se obtuvieron los siguientes resultados: El 54.3%(38) el llenado de datos fue bueno, 25.7%(18) el llenado de datos fue regular, y el 20%(14) el llenado fue malo. Al analizar la Calidad del llenado de datos de Exámenes de laboratorio: El 68.6%(48) el llenado de datos fue bueno, 18.6%(13) el llenado de datos fue regular, y el 12.8%(9) el llenado fue malo. En profilaxis se encontraron los siguientes resultados: El 95.75%(67) el llenado fue bueno, 4.3%(3) el llenado fue regular. La Calidad del llenado de datos de Atención prenatal del embarazo actual, curva de ganancia de peso y crecimiento uterino, se obtuvieron los siguientes resultados: El 15.7%(11) tuvieron un buen llenado de datos, y el 84.3%(59) el llenado fue regular.

En el **Grafico No 8:** Al analizar la Calidad del llenado Historia Clínica Perinatal en general, se obtuvieron los siguientes resultados: El 64%(56) el llenado de datos fue bueno, en 36%(14) el llenado de datos fue regular.

En el **Cuadro Número 10:** con respecto a la edad materna al ingreso de la atención prenatal, el 32.9% (23) de las pacientes son menores de 20 años, 25.7% (18) entre 21 a 25 años, 25.7% (18) de 26 a 30 años, 7.1% (5) de 31 a 35 años y el 8.6% (6) mayores de 35 años.

En el **Grafico 9:** el 15.7%(11) de las Pacientes embarazadas tienen antecedentes de cirugía genito- urinaria, 1.4%(1) son Diabéticas, 1.4%(1) son Hipertensas crónicas, 1.4%(1) tienen antecedentes de nefropatía, 1.4 %(1) tiene antecedente de preclamsia y 78.6 % (55) Pacientes sin antecedentes patológicos personales.

En el **Grafico 10,** del 100% de las pacientes estudiadas el 48.6% presenta un índice de masa corporal normal de 18 a 24 Kg/m² y un 41.4% presentan índice de masa corporal en sobrepeso de 25 a 29Kg/m², en menor proporción con un 8.6% presentan índice de masa corporal en obesidad de 30 Kg/m² a más y el 1.4% de las pacientes estudiadas presenta un IMC en bajo peso con un IMC de menos de 18 Kg/m².

En el **Grafico 11**, el 100%(70) de las pacientes refieren no ser víctima de violencia intrafamiliar.

En el **Grafico 12**, el 67.8%(47) de las embarazadas ingresaron a su control prenatal con menos de 12 semanas de gestación, 21%(15) de 13 a las 26 semanas de gestación, 2.8%(2) de 27 a 32 semanas y el 8.4%(6) fueron captadas después de las 32 semanas de gestación.

En el **Grafico 13**, el 15.7%(11) de las pacientes presentaron anemia en el embarazo, 1.4%(1) fueron diagnosticado con Diabetes gestacional, 1.4%(1) Diabetes tipo 2, 1.4%(1) padece de HTA previa, 15.7 (11) cursó con IVU, 2.9%(2) presentan Nefropatía, 2.9%(2) paciente cursa con Preeclampsia y el 58.6 %(41) no tienen ninguna patología.

DISCUSIÓN

Nuestro estudio da a conocer la realidad que en nuestro país se presentan en muchos centros de atención a la mujer embarazada principalmente en el área de atención primaria, ya que los datos de los Controles prenatales en la Hoja de Historia Clínica Perinatal no son llenados adecuadamente según la Normativa No. 106, repercutiendo directamente en la salud tanto materna como perinatal.

La literatura cita textualmente que “Es esencial que los datos registrados en la HCP sean completos, válidos, confiables y estandarizados”, ya que La Historia Clínica Perinatal constituye la fuente de datos más valiosa con la que cuenta el personal de salud.

En base a esto podemos discutir los siguientes datos obtenidos del estudio, en los diferentes segmentos de la Historia Clínica Perinatal.

No todas las historias clínicas llenaban las expectativas del estudio en cumplir a cabalidad con el llenado adecuado de la Historia clínica Perinatal. En nuestro estudio el segmento identidad no se encontraron registrado datos tales como, **teléfono, el número de identidad y el código de la unidad de salud.** Aunque no influye como factor de riesgo hacia la embarazada, son importantes de manera estadística y epidemiológica. Este fenómeno puede deberse a que en muchas ocasiones la paciente no tiene a mano su cedula de identidad y tampoco se la conoce de memoria, también no todas las pacientes tienen a la disposición un número telefónico para poder localizarla, con respecto al código de la unidad de salud casi siempre el personal de salud no tiene conocimiento del código de su unidad que da atención a la mujer embarazada.

Tanto los antecedentes patológicos Familiares como los personales y gineco-obstétricos estaban completos en su totalidad de las Historia Clínicas Perinatales Entre los principales **antecedentes personales** se encontró la diabetes, Hipertensión, antecedente de preeclampsia y nefropatía todas en un mínimo porcentaje. Es necesario tener presente que una mujer con enfermedades crónico degenerativas es considerada de Alto Riesgo Reproductivo y que si se embaraza, particularmente si no se encuentra estable de su patología, automáticamente se convertirá en Alto Riesgo Obstétrico, o lo que es igual a un riesgo incrementado de

enfermar y fallecer, ella, su bebé o ambos, durante el embarazo, el parto o el puerperio, de esta manera es importante conocer los antecedentes de la Embarazada para clasificar el riesgo en Alto o de Bajo Riesgo Obstétrico.

En el segmento **Embarazo Actual**, el **Peso Anterior**, el **IMC**, **Talla**, la **Fecha de Ultima Menstruación y Fecha Probable de Parto**, el **examen físico Odontológico**, el **Examen de Mama**, inspección visual del **cérvix** también no se registraron completamente en las Historias clínicas perinatal esto obedece a que muchas veces esta información queda registrada directamente en el expediente de la paciente ya sea en la hoja de problema o en las notas de evolución del expediente y esto hace que muchas veces por la falta de tiempo y/o la cantidad de pacientes que se puede presentar al momento dentro de las horas laborales no se tiende a volcar estos datos a la historia clínica perinatal o solo se hace al carnet perinatal dejándose pendiente el llenado de estos datos hasta la próxima consulta de atención prenatal y en variadas ocasiones al próximo personal de salud que atiende a la embarazada.

Se encontró que la mayoría de las embarazadas del estudio se podían clasificar en sobrepeso por presentar un IMC de 25-29Kg/m². Según la literatura el Peso anterior es útil para evaluar el estado nutricional de la mujer antes del embarazo además que se puede valorar la evolución normal del embarazo. También para ello es útil contar con la talla de la paciente, esta muchas veces influye en la toma de decisiones para determinar un parto vaginal o vía cesárea porque la talla baja está relacionada con desproporción cefalopélvica.

En el **Estilo de Vida** en cada trimestre estaban completos en todas las HCP. El hábito de fumar es considerado nocivo por la totalidad de autores, aumenta la incidencia de bajo peso al nacer, debe suprimirse durante el embarazo; el consumo de alcohol también está proscrito dado que provoca daño en el embrión y el feto ya que atraviesa la placenta rápidamente afectando múltiples órganos principalmente hígado y sistema nervioso central. Los recién nacidos suelen presentar desarrollo insuficiente. La casilla **Violencia intrafamiliar** estaban completo en todas las Historias clínicas Perinatal de la cual también en todas las

HCP corresponden que no han tenido violencia intrafamiliar, este dato podría ser dudoso por la gran demanda de atención médica en estos centros de salud podría obviarse un adecuado interrogatorio en busca de signos de violencia intrafamiliar, también se puede deber a que en nuestra sociedad Machista el miedo de nuestras mujeres gestantes indirectamente obligadas a decir que “no” presentan ningún tipo de violencia.

Con los **Examen de laboratorio**, la prueba de **Hemoglobina, Grupo y RH** no se encontraron registrados en todas la HCP. Teniendo presente que en este estudio se encontró un 15.7% de las gestantes presentaban anemia. Estos son datos de vital importancia ante la posibilidad de presentarse complicaciones de índole hemorrágica. Estos datos no solo es importante por una posible complicación hemorrágica para la madre, sino también en el caso de las madres que poseen sangre Factor Rh (-) por la posibilidad de ocurrir patologías por incompatibilidad sanguínea con el hijo. El test de **Glicemia** también no se registró en todas las HCP. La prueba de **Sífilis VDRL** y de **VIH** estaba incompleta en la mayoría de las HCP. Para nuestra población gestante el sistema de salud tiene como estrategia la eliminación de la sífilis congénita y la transmisión vertical del Virus del VIH hacia el neonato por lo cual se realiza tamizaje de detección de Sífilis y pruebas rápidas de VIH, lo que es inaceptable para un servicio de esta envergadura y para un indicador de índole obligatoria en un control de embarazo estos resultados. Aquí podemos tener dos opciones, que sea cierto este dato y no se le haya hecho control de los diferentes exámenes en el embarazo, o se le hizo el análisis y no se lo volcó a la HCP y por consiguiente tampoco al carnet perinatal (CP), teniendo el resultado que se está exponiendo. Planteada esta situación a los responsables de la misma intentarían revertirla. La prueba de **Toxoplasmosis** no se encontró registrada en el 100%(70) de las Historias Clínicas Perinatales, este dato supone que tampoco fue indicada. Debe realizarse el estudio de la “IgG” específico desde la primera atención prenatal sin embargo en nuestro medio muchas veces tenemos limitantes con estos tipos de estudio de laboratorio. Los exámenes complementarios son de suma importancia para establecer el estado de salud de

la paciente y darle seguimiento con tratamiento en caso necesario y valorar la evolución.

La **Profilaxis** se encontró completa en la mayoría de las HCP. Datos importantes que nos ayuda a verificar la aplicación de la vacunan antitetánica para prevenir el tétano puerperal, también en la prevención de defectos congénitos del tipo de defecto del tubo neural con la administración de Fe/folatos.

En la **Atención Prenatal del Embarazo Actual** de las pacientes que se le estudiaron sus HCP solo el 67.8% fueron captadas de manera precoz menos de las 13 semanas de gestación. Los datos en este segmento estaban completos en el 100% en la mayoría de los casos, estos datos importantes de la atención y vigilancia del embarazo. Aunque el peso y la altura de fondo uterino tomada en cada control prenatal estaba completa en el 100% de las Historias Clínicas Perinatal no corresponde con las gráficas de Crecimiento Uterino que estaban Graficada en un 15.7%(11) y también con la Gráfica de Ganancia de Peso Materno que se encontró graficada en un 17.1%(12). Este es uno de los elementos con que se cuenta para evaluar la evolución normal del embarazo y el estado nutricional de la mujer y el feto y permite conocer tanto a nivel individual como poblacional, el riesgo de presentar recién nacido(as) de bajo peso. Asimismo, si el crecimiento no es adecuado, pueden realizase en forma temprana las intervenciones correspondientes. Al analizar la Calidad del llenado Historia Clínica Perinatal en general, el llenado de datos fue bueno y regular. Cabe mencionar que en las supervisiones del SILAIS municipal y a lo interno de cada centro de salud al calificar el llenado de las HCP verifican que todas las casillas estén completas al 100% en todos sus segmentos para clasificarlos como de buena calidad. Existe siempre la disyuntiva de que todos los datos contenido en la Historia Clínica Perinatal realmente se hayan realizado y que se encuentre en el expediente de la embarazada (en la hoja de problemas, en las notas de evolución o en la historia clínica del expediente) pero sin embargo fueron omitidos al no ser registrado en la HCP, se debe en ocasiones en que el personal de admisión o enfermería no haya puesto la hoja de HCP en el expediente de la embarazada, o

que también no se encuentra disponible dicha hoja o también que solamente al momento del ingreso de la gestante se encuentre una hoja de HCP desactualizada como lo es la historia clínica perinatal base simplificada (HCPBS) que ya tiempo atrás dejó de usarse.

Aunque los datos del estudio revelan que la calidad de llenado de la HCP fue de buena y regular calidad, ha quedado demostrado que hay un alto porcentaje en los diferentes segmentos de la HCP con falta de datos registrados.

CONCLUSIÓN.

Hemos concluido que no se cumple con la normativa 106 de nuestro sistema de salud del llenado adecuado la Historia Clínica Perinatal en sus diferentes segmentos en lo referente a atención primaria y atención prenatal propiamente dicho. Segmento identidad, segmento antecedente, segmento embarazo actual, y segmento atención prenatal del embarazo actual, en todos estos segmentos hay un elevado porcentaje de falta de datos en el llenado de dicha Historia Clínica Perinatal. Se percibe la problemática de una posible falta de coordinación desde el momento de que la embarazada llega admisión y no se le completa el expediente con su respectiva hoja de HCP, muchas veces no se cuenta con el recurso actualizado de la misma al momento del ingreso, también por la gran demanda de atención médica en estos centros de salud podría obviarse un adecuado llenado de la misma aunque estos datos se encuentre aun en el expediente clínico de la embarazada. Siempre se tiene la costumbre 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 tardado de esta tarea o en su defecto, desligar la responsabilidad de anotar en aquellos profesionales que están dando sus primeros pasos en el ejercicio profesional y que en muchos casos están faltos de la experiencia necesaria para realizar correctamente los registros médicos, que no cuentan siquiera con la supervisión posterior por sus inmediatos superiores para detectar deficiencias que existen en dichos registros.

RECOMENDACIONES

AL MINSA:

- 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.
- Dar mayor presupuesto por parte del MINSA al programa encargado de los controles prenatales y priorizar los principales sectores como laboratorio según la HCP.
- proponer personal de salud exclusivamente para el área de atención perinatal para una adecuada calidad de atención en esta área altamente priorizada por nuestro sistema de salud.

AL SILAIS:

- Brindar capacitación continua sobre el llenado de la HCP a trabajadores de atención de salud primaria y personal de salud en formación para la detección temprana de factores de riesgos y para realizar un llenado de calidad de la HCP
- Sensibilizar a los trabajadores de la salud en mejorar la calidad de todos los componentes de la HCP.

AL MINED:

- Al Ministerio de Educación Para que Impartan charlas educativas de salud sexual y reproductiva con el fin de disminuir la tasa de embarazos en la adolescencia y por ende de embarazos no planeados.

BIBLIOGRAFIA

1. **zurro , Martín y Cano Pérez, J.f.** *Atencion Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica.* 4ta ed. s.l. : Harcourt. Vol. I.
2. **Vargas, Ana y Arias , Yarubith.** *Cumplimiento en la aplicación de la Normativa de Atencion Materna Y perinatal del servicio de obstetricia, Hospital Max Peralta en el cuatrimestre comprendido entre Abril y Julio.* Cartago : s.n., 2005.
3. **Schwartz, R.** *Alto riesgo materno-perinatal, el cuidado prenatal,.* *Obstetricia.* 6ta edicion . Buenos Aires, Argentina : Editorial el Ateneo, 2005.
4. **Schwarcz, Ricardo, y otros, y otros.** *Obstetricia.* 5a. ed. Buenos Aires : El Ateneo, 2003.
5. **Paca Palaos, Ada.** *La calidad de atencion en los servicios de control prenatal y planificacion familiar.* Perú : s.n., 2003.
6. **Morelli, Monica Lilian.** *analisis de Registro, Calidad y Propuesta de Mejoramiento de la Historia Clínica Perinatal en el servicio de Maternidad Del Hospital Ramón Carrillo.* Santiago del Estero : s.n., 2005.
7. **Medal Garrido , Martha, Rojas Rojas , Ricardo y Mejia 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.
8. **Ibidem.**
9. **Castillo Guzman , Ivette y Canelo Pérez, Fanny.** *Calidad Del Control Prenatal Segun llenado de la Hístoría Clínica Perinal Simplificada, Centro de Salud Francisco Buitrago.* Managua : UNAN, Facultad de Ciencias Médicas, 1994.
10. **Casini, Sergio, y otros, y otros.** *División osbtétrica, Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Guia de control Prenatal. Embarazo normal. Universidad Veracruzana. Direccion genaral del area academica de ciencias de la salud Facultad de nutricion-campus Xalapa.* veracruz : s.n.
11. **Acevedo Benites , Daniela.** *Trabajo Monográfico Para optar al titulo de Médico y Cirujano, Cumplimiento de normas en control prenatal con alto riesgo obstétrico, Hospital Milton Rocha.* Cukra Hill. RAAS : s.n., 1992.
12. **A., Donabedian.** *La calidad en la atención médica: definicion y métodos de evaluación .* s.l. : Prensa Médica Mexicana, 1984.

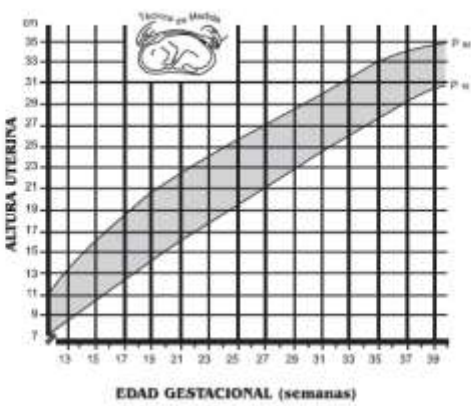
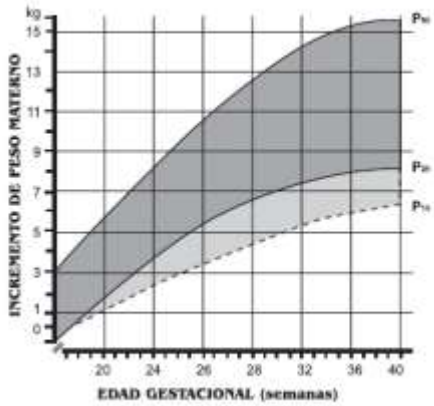
13. <http://www.sogvzla.org/FTPSOGV/online/2006/XXII-Congreso Nacional/CARTELES.pdf>. *XXII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecologia*. Caracas : s.n., 2006.
14. **Federacion Argentina de Medicina General**. *Propuesta Normativa Perinatal*. s.l. : Ministerio de Salud de la Nación, 1999. Vol. II.
15. **Ministerio de Salud**. *Propuesta Normativa Perinatal*. Costarrica : Ministerio de Salud de la Nación, 1999.
16. *Normativa No. 106, Manual para el llenado de la Historia Clínica Perinatal* . Managua : Ministerio de Salud, Gobierno de la República de Nicaragua , 2012.
17. *Normas y Protocolo para la Atención Prenatal, Parto, Puerperio y Recién Nacido de bajo riesgo*. Managua : Ministerio de Salud, Gobierno de la república de Nicaragua, 2008.
18. **Ministerio de Salud**. *Normas Para la Atención Prenatal, Parto de bajo riesgo y puerperio*. Managua : MINSAL, 1997.
19. *CLAPS-OPS-OMS "Sistema Informático Perinatal"*. Montevideo, Uruguay. : Publicacion del CLAP, Julio 2003. Nro. 1524.
20. www.galenored.com/bolivia/reportajes/controlprenatal.htm.
21. **Simini y otros**. *Manual del Sistema Informático Perinatal publicacion del CLAP*. s.l. : OPS-OMS, 2003. Nro.1524.
22. **Caballero Garcia, Gonzalo**. *Trabajo Monográfico para optar al título de Doctor en Medicina Y Cirugia. Cumplimiento de las normas de Control Prenatal en Unidades Urbanas De atención primaria*. Bluefields : s.n., 1995.
23. **Gilmore M. Carol**. Manual de gerencia de la calidad. El mejoramiento de la calidad. La participación externa OPS/OMS. Manual operativo. Paltex. Vol. 3 N.9. Página 18-22.

Anexos

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

La ficha de recolección de datos de este estudio fue la misma historia clínica perinatal delimitada hasta los controles prenatales comprendidos en el periodo de estudio.

HISTORIA CLINICA PERINATAL (MAMA - CUADRANTE)										FECHA DE NACIMIENTO		ETNIA		SOLERA		ESTUDIOS		ESTADISTICA		Lugar de origen																																																																																									
NOMBRE Y APELLIDOS										da mes año		blanca negra india		primario secundario		urbano rural		Lugar de nacimiento																																																																																											
DOMICILIO										CALLE		CALLE		CALLE		CALLE		CALLE																																																																																											
FAMILIARES										PERSONALES										OBSTETRICOS										PR. EMBARAZO ANTERIOR																																																																															
TBC										diabetes										hipertensión										pre-eclampsia										otras enfermedades										gravidades anteriores										abortos										embarazos										partos										nacimiento										PR. EMBARAZO ANTERIOR									
gestación actual										gestación anterior										gestación anterior										gestación anterior										gestación anterior										gestación anterior										gestación anterior										gestación anterior										gestación anterior										gestación anterior																			
PESO ANTERIOR										TALLA (cm)										ES COMPATIBLE por										FARMACOS										ANTIBIOTICOS										ANTITETANICO										ES NORMAL																																																	
CERVIX										GELADO										TICOPLASMASIS										PAPILARIS										SIFILIS										SIFILIS										SIFILIS										SIFILIS										SIFILIS																													
BACTERIAS										GLUCOSA EN URINA										ESTREPTOCOCCO B										PREPARACION PARA EL PARTO										CONSERVACION DE LA LACTANCIA MATERNA										SIFILIS										SIFILIS										SIFILIS										SIFILIS																													
da mes año										peso (kg)										P.A.										signos de alarma, exámenes, tratamientos										Instituto										próxima cita																																																											
da mes año										peso (kg)										P.A.										signos de alarma, exámenes, tratamientos										Instituto										próxima cita																																																											



Proteja su Embarazo

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

Tome las vitaminas que entregarán en su unidad de salud.

Dedicar amor a su hijo/a desde el embarazo.

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 jarcas 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.

República de Nicaragua
Ministerio de Salud
Carné Perinatal



Nombres: _____
 Domicilio: _____
 Unidad de Salud: _____

Este carné contiene información indispensable para su salud y la de su hijo/a. Lévelo 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.

Cuadro No. 1

Cantidad de Historia Clínica Perinatal con datos de Filiación completos de embarazadas del centro de salud Dr. Alejandro Dávila Bolaños-Masaya, en el periodo de enero a junio del 2013.

Datos de filiación	Registrado		No registrado	
	Recuento	%	Recuento	%
código de U/S	7	10	63	90
No. de Ident.	45	64.3	25	35.7
Nombre	70	100	0	0
Teléfono	65	92.8	5	7.2
Procedencia	70	100	0	0
Edad	70	100	0	0
Raza	70	100	0	0
Escolaridad	70	100	0	0
Estado civil	70	100	0	0
Vive sola	70	100	0	0
Total	60.7	86.71	9.3	13.29

Fuente: Ficha de Recolección de Datos.

Cuadro No. 2

Cantidad de Historia Clínica Perinatal con datos Completos del Segmento Antecedentes Familiares, Personales y Obstétricos de embarazadas del centro de salud Dr. Alejandro Dávila Bolaños-Masaya, en el periodo de enero a junio del 2013.

Antecedentes	Registrado		No registrado	
	Recuento	%	Recuento	%
Antecedentes Patológicos personales	70	100	0	0
Antecedentes Patológicos familiares	70	100	0	0
Antecedentes Gineco-Obstétricos	70	100	0	0
Total	70	100	0	0

Fuente: Ficha de Recolección de Datos.

Cuadro No. 3

Cantidad de Historia Clínica Perinatal con datos Completos del Segmento Embarazo Actual de embarazadas del centro de salud Dr. Alejandro Dávila Bolaños-Masaya, en el periodo de enero a junio del 2013.

Embarazo actual y Examen físico	Registrado		No registrado	
	Recuento	%	Recuento	%
Peso Anterior	56	80	14	20
IMC	56	80	14	20
Talla	56	80	14	20
FUM	66	94.3	4	5.7
FPP	66	94.3	4	5.7
Estilo de vida	70	100	0	0
Odontológico	38	54.3	32	45.7
Ex. Mamas	68	97.1	2	2.9
Cérvix	64	91.4	6	8.6
VIF	70	100	0	0
Total	61	87.14	9	12.86

Fuente: Ficha de Recolección de Datos.

Cuadro No. 4

Cantidad de Historia Clínica Perinatal con datos Completos del Segmento de Exámenes de Laboratorio de embarazadas del centro de salud Dr. Alejandro Dávila Bolaños-Masaya, en el periodo de enero a junio del 2013.

Examen de Laboratorio	Registrado		No registrado	
	Recuento	%	Recuento	%
PAP	60	85.7	10	14.3
Hemoglobina	61	87.2	9	12.8
Glicemia	61	87.2	9	12.8
Sífilis	48	68.6	22	31.4
VIH	55	78.5	15	21.5
Grupo y Rh	61	87.2	9	12.8
Bacteriuria	66	94.3	4	5.7
Toxoplasmosis	0	0	70	100
Total	51.5	73.6	18.5	26.4

Fuente: Ficha de Recolección de Datos.

Cuadro No. 5

Cantidad de Historia Clínica Perinatal con datos Completos del Segmento Profilaxis de embarazadas del centro de salud Dr. Alejandro Dávila Bolaños-Masaya, en el periodo de enero a junio del 2013.

Profilaxis	Registrado		No registrado	
	Recuento	%	Recuento	%
Anti Rubéola	70	100	0	0
Antitetánica	67	95.7	3	4.3
Fe/folatos	70	100	0	0
Total	69	98.6	1	1.4

Fuente: Ficha de Recolección de Datos.

Cuadro No. 6

Cantidad de Historia Clínica Perinatal con datos Completos de los Examen de Laboratorio y Profilaxis de embarazadas del centro de salud Dr. Alejandro Dávila Bolaños-Masaya, en el periodo de enero a junio del 2013.

Examen de laboratorio y profilaxis	Registrado		No registrado	
	Recuento	%	Recuento	%
Ex. De lab.	51.5	73.6	18.5	26.4
Profilaxis	69	98.6	1	1.4
Total	60.25	86.1	9.75	13.9

Fuente: Ficha de Recolección de Datos.

Cuadro No. 7

Cantidad de Historia Clínica Perinatal con datos Completos del Segmento Atención Prenatal del Embarazo Actual de embarazadas del centro de salud Dr. Alejandro Dávila Bolaños-Masaya, en el periodo de enero a junio del 2013.

Atención prenatal del Embarazo actual	Registrado		No registrado	
	Recuento	%	Recuento	%
Edad gestacional	70	100	0	0
Peso(Kg)	70	100	0	0
Presión Arterial	70	100	0	0
Altura Uterina	70	100	0	0
Presentación	70	100	0	0
FCF(lpm)	70	100	0	0
Movim. Fetales	70	100	0	0
Proteinuria	66	94.3	4	5.7
signos de alarma exámenes y tratamiento	70	100	0	0
Iniciales del personal de salud	70	100	0	0
Próxima cita	70	100	0	0
Total	69.6	99.5	0.4	0.5

Fuente: Ficha de recolección de Datos.

Cuadro No. 8

Cantidad de Historia Clínica Perinatal con datos Completos de las Gráficas de Altura Uterina y Peso Materno de embarazadas del centro de salud Dr. Alejandro Dávila Bolaños-Masaya, en el periodo de enero a junio del 2013.

Graficas de AFU y peso materno	Completo		Incompleto	
	Recuento	%	Recuento	%
Grafica de crecimiento uterino	11	15.7	59	84.3
Grafica de ganancia de peso materno	12	17.1	58	82.9
Total	11.5	16.4	58.5	83.6

Fuente: Ficha de recolección de Datos.

Cuadro No. 9

Calidad de llenado de la Historia Clínica Perinatal en sus Diferentes Segmento, Centro de Salud Dr. Alejandro Dávila Bolaños-Masaya, enero a junio del 2013.

Calidad de llenado de la HCP	Bueno		Regular		Malo	
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
Identidad	45	64.3	25	35.7	0	0
Antecedentes	70	100	0	0	0	0
Embarazo actual	38	54.3	18	25.7	14	20
Ex. De laboratorio.	48	68.6	13	18.6	9	12.8
Profilaxis	67	95.7	3	4.3	0	0
Atención prenatal del embarazo actual y gráfica de altura uterina y ganancia de peso materno	11	15.7	59	84.3	0	0

Fuente: Ficha de recolección de Datos.

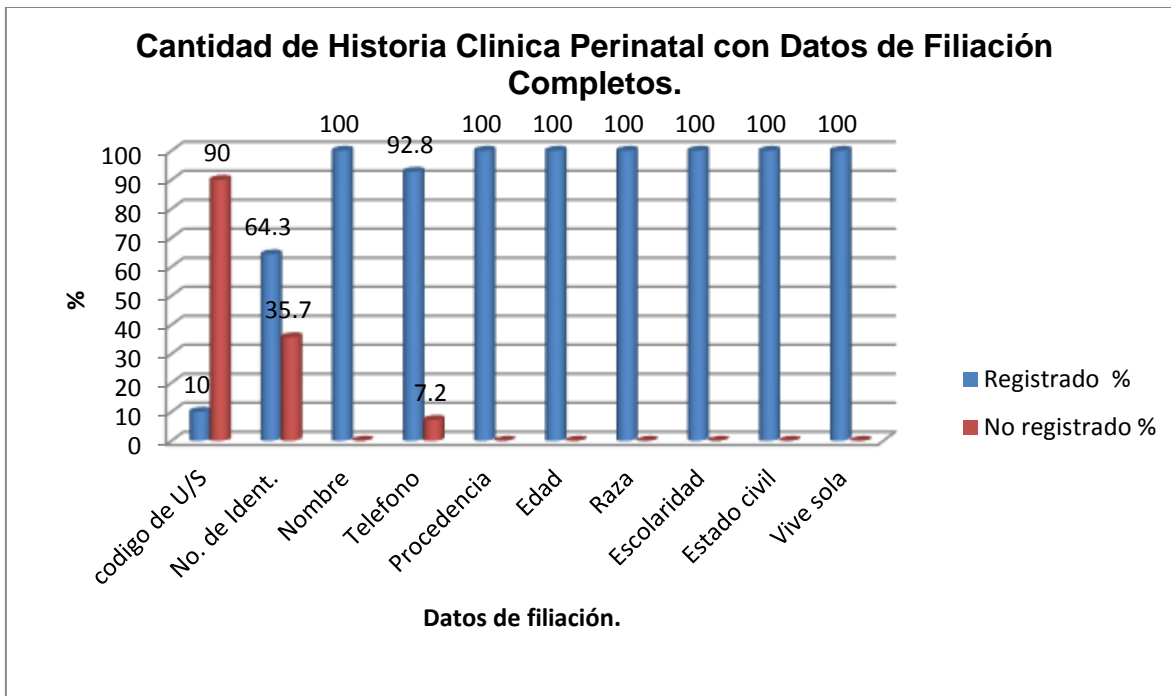
Cuadro No.10

Edad de las embarazadas del centro de salud Dr. Alejandro Dávila Bolaños-Masaya, en el periodo de enero a junio del 2013.

Edad(Años)	No	%
Menor de 20	23	32.9
21-25	18	25.7
26-30	18	25.7
31-35	5	7.1
Mayor de 35	6	8.6
Total	70	100

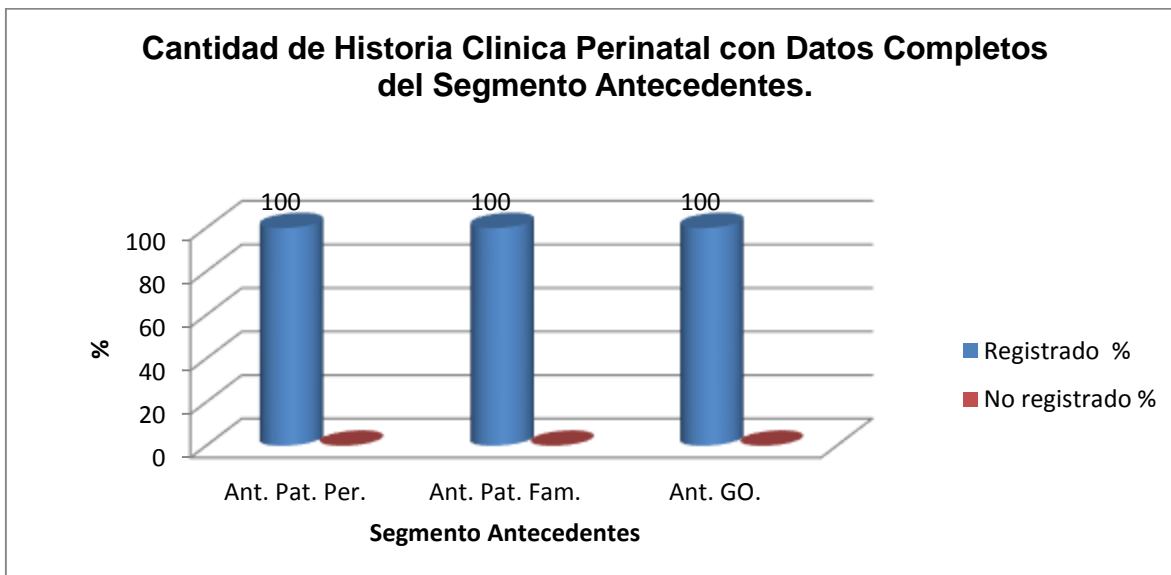
Fuente: Ficha de recolección de Datos

Grafico No. 1



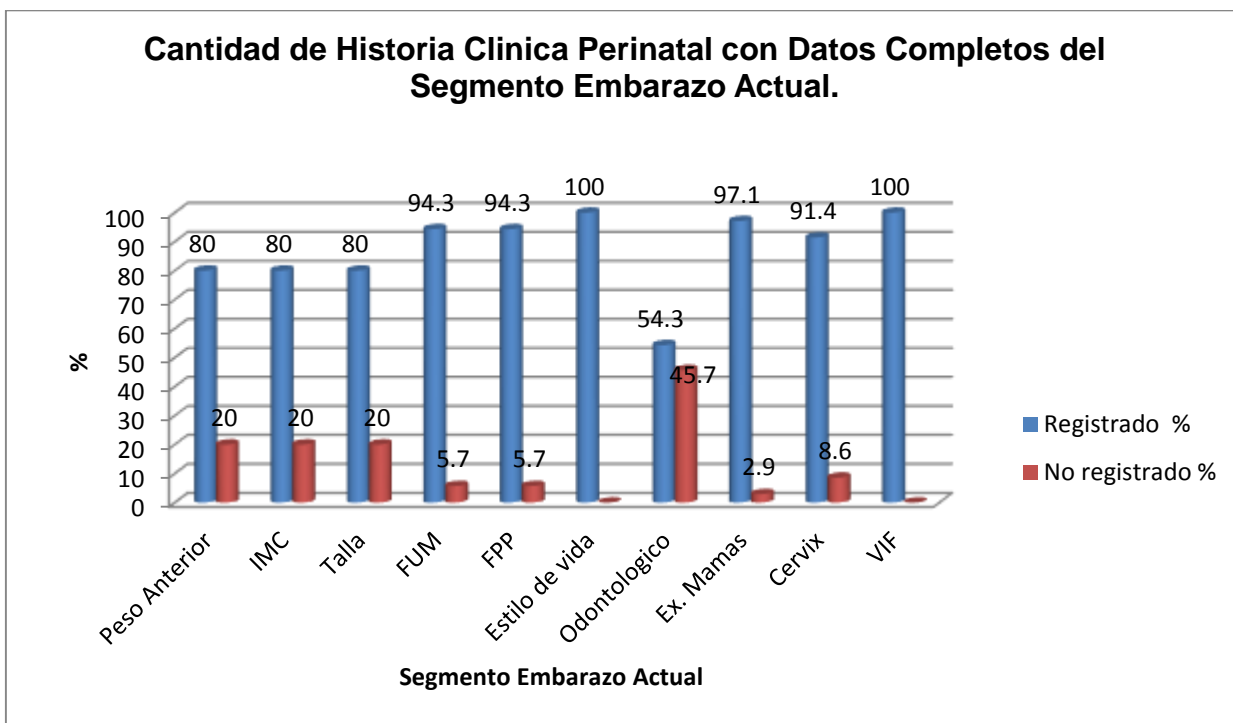
Fuente: Cuadro No. 1

Grafico No. 2



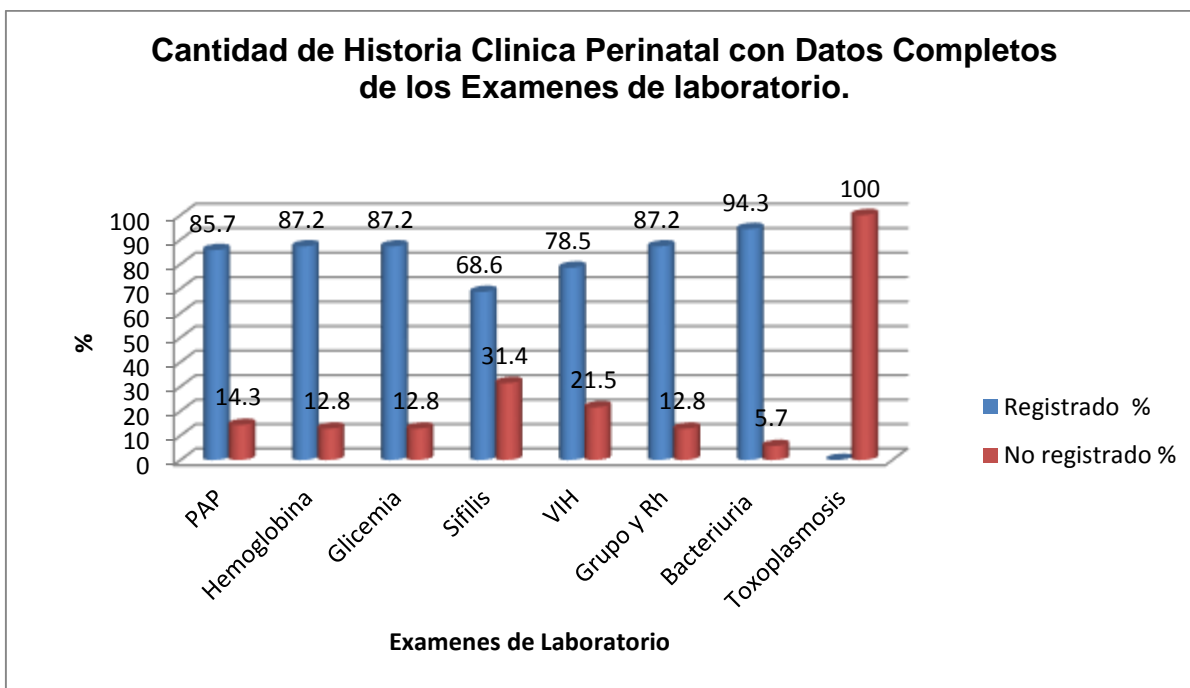
Fuente: Cuadro No. 2

Grafico No. 3



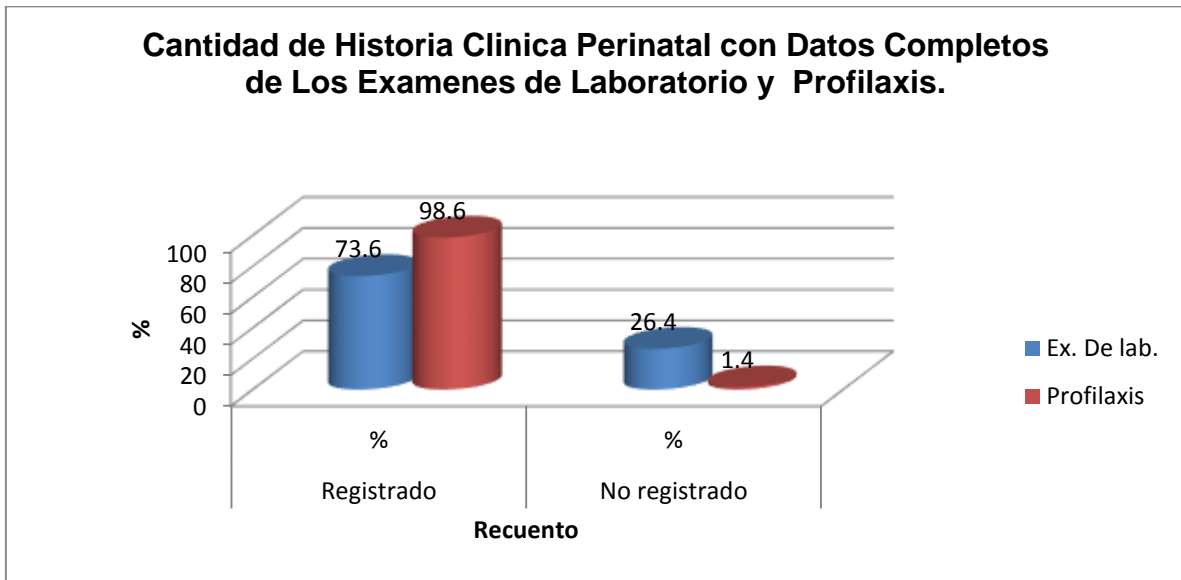
Fuente: Cuadro No. 3

Grafico No. 4



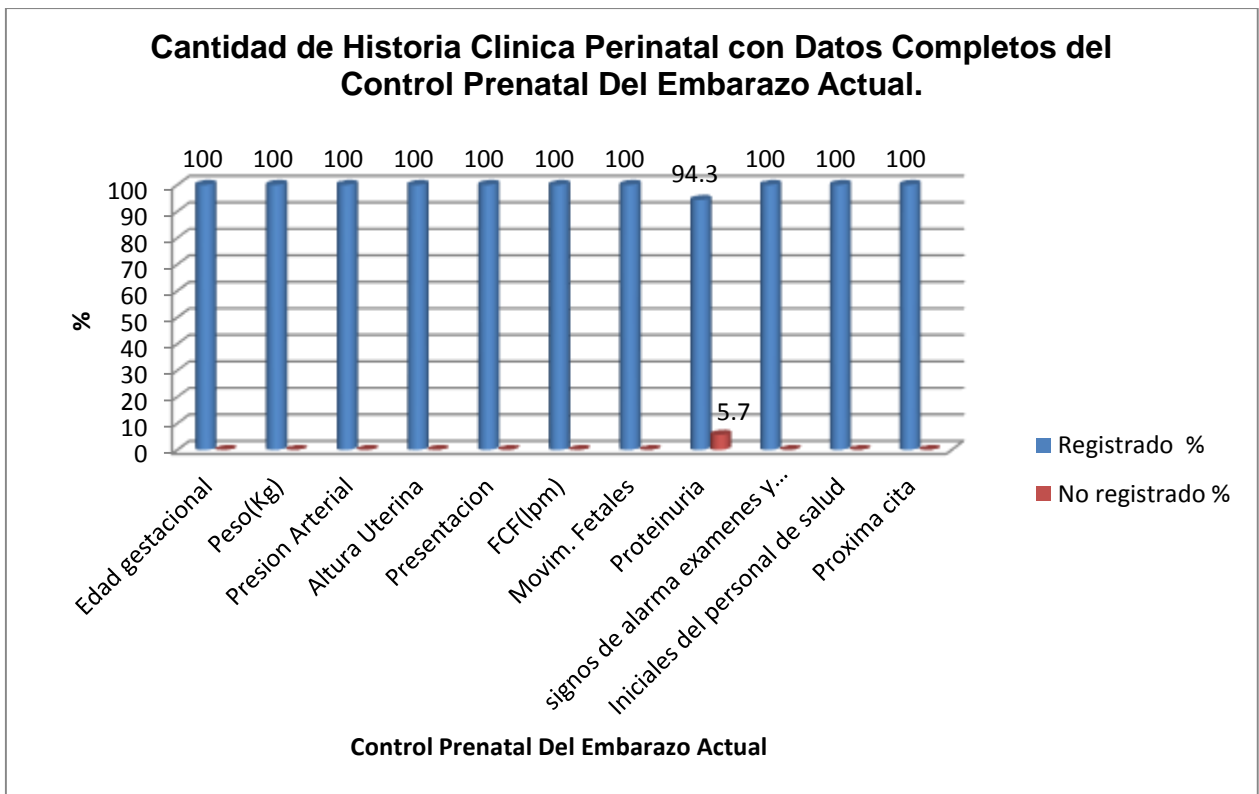
Fuente: Cuadro No. 4

Grafico No. 5



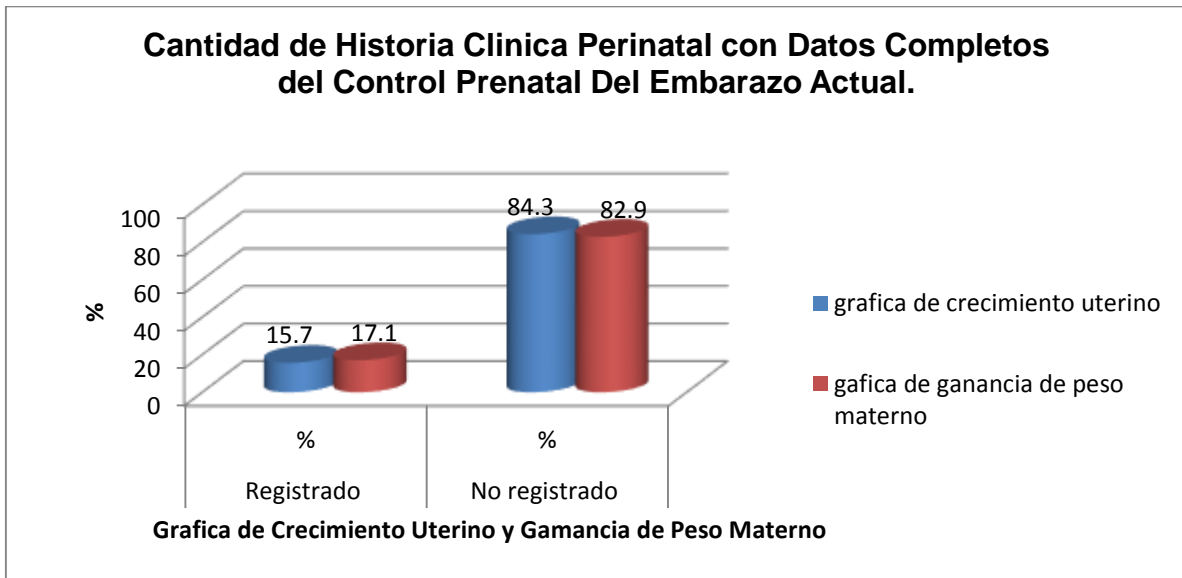
Fuente: Cuadro No. 6

Grafico No. 6



Fuente: Cuadro No. 7

Grafico No. 7



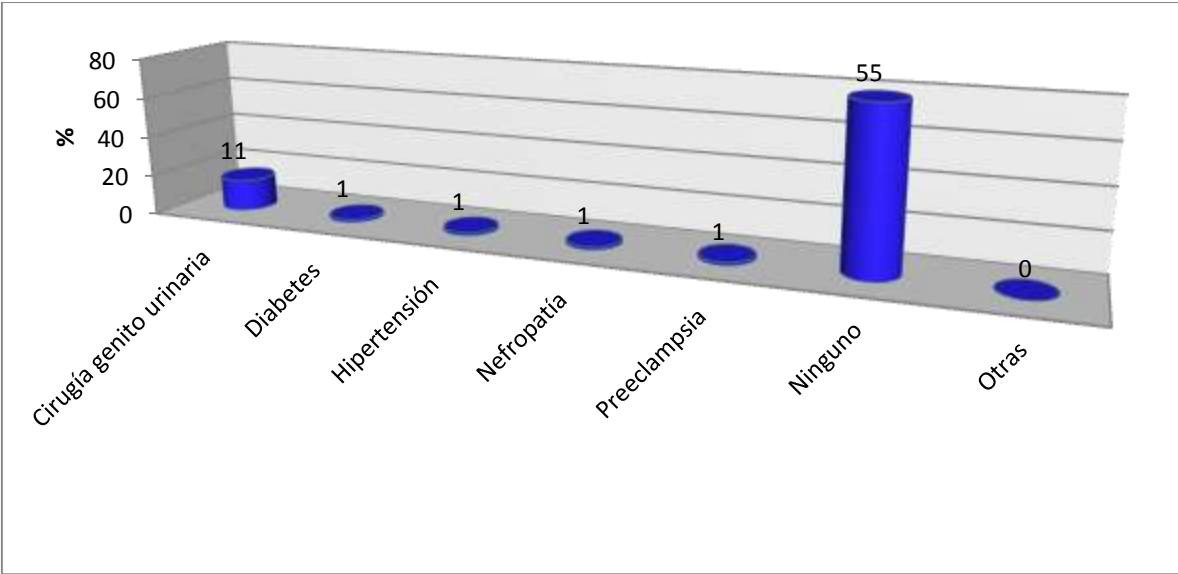
Fuente: Cuadro No. 8

Grafico No. 8



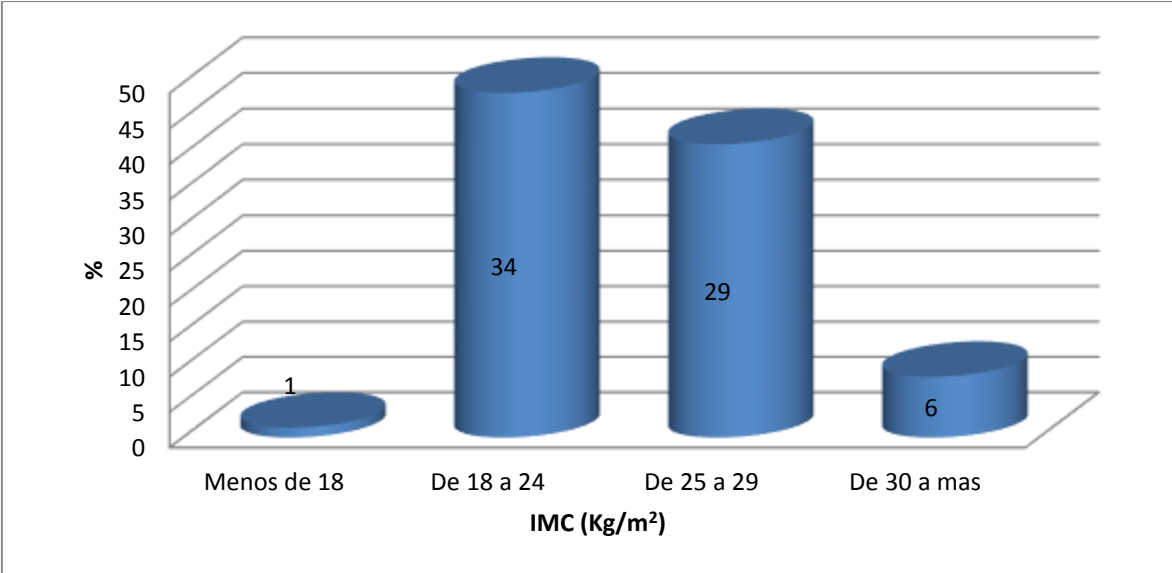
Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Grafico 9. Antecedentes Patológicos Personales de pacientes embarazadas atendidas en el centro de salud Dr. Alejandro Dávila Bolaños-Masaya, en el periodo de enero a junio del 2013.



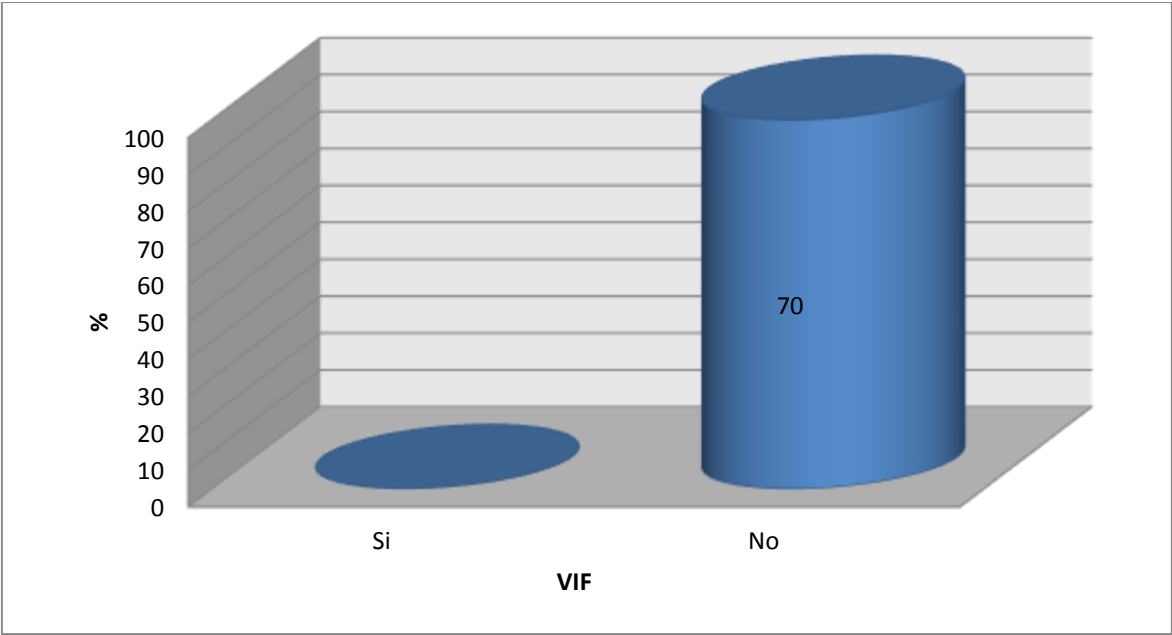
Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Grafica 10. IMC de pacientes embarazadas atendidas en el centro de salud Dr. Alejandro Dávila Bolaños-Masaya, en el periodo de enero a junio del 2013.



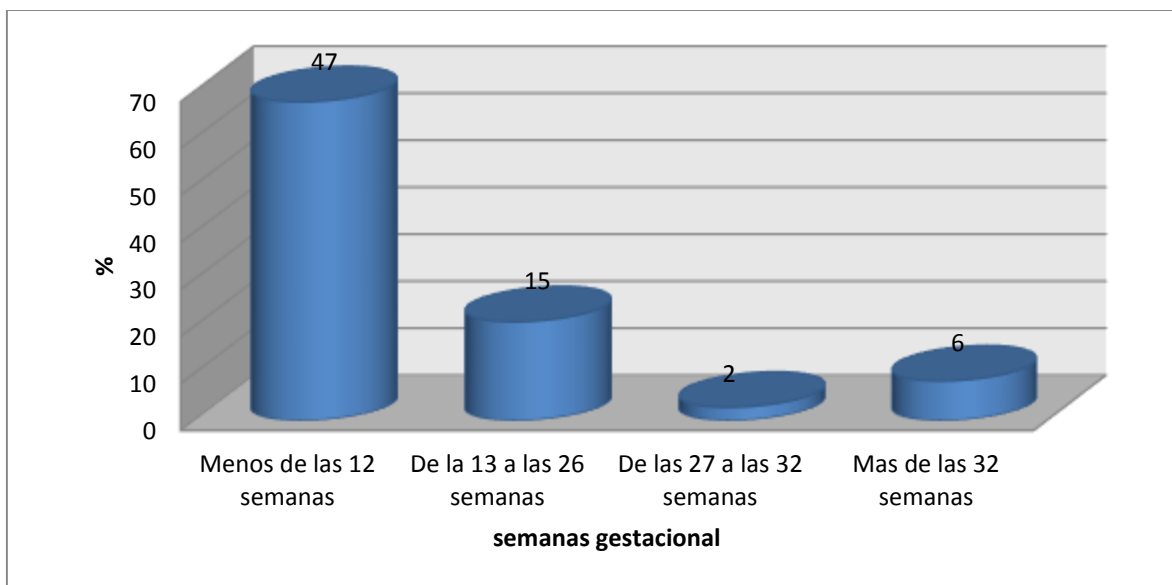
Fuente: Ficha de Recolección de Datos.

Grafica 11. Violencia intrafamiliar en pacientes embarazadas atendidas en el centro de salud Dr. Alejandro Dávila Bolaños-Masaya, en el periodo de enero a junio del 2013.



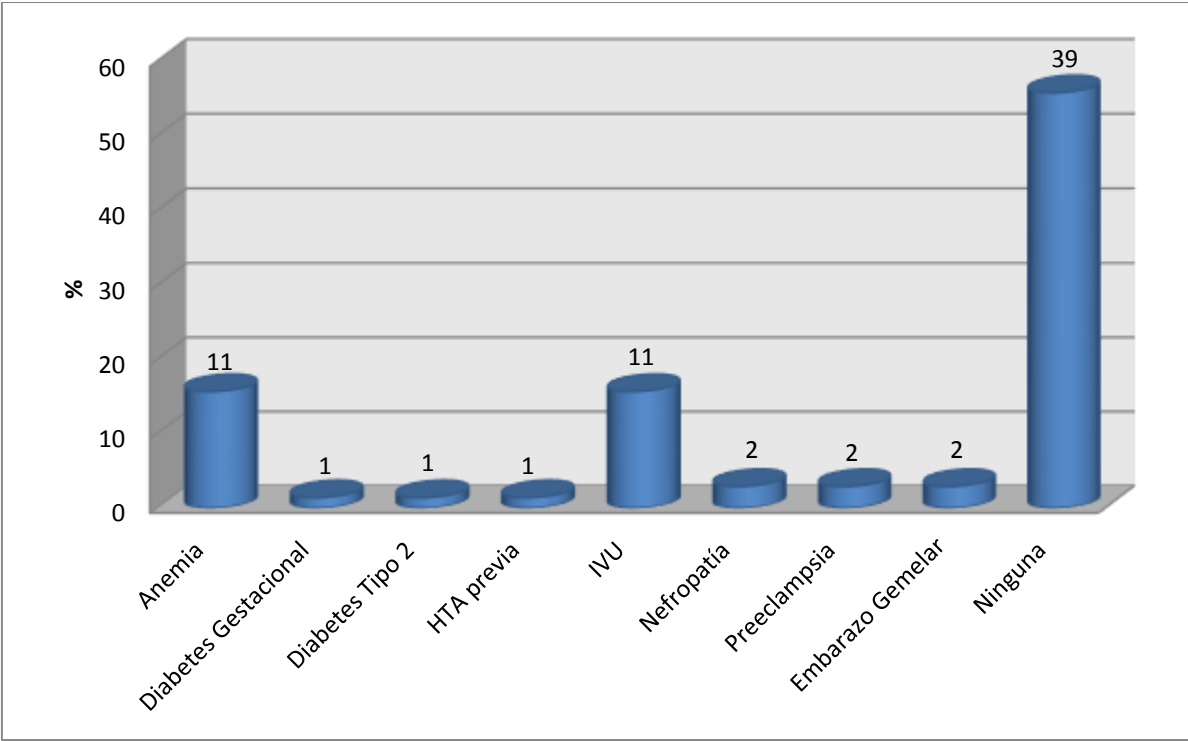
Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Grafica 12. Inicio del Control Prenatal de pacientes embarazadas atendidas en el centro de salud Dr. Alejandro Dávila Bolaños-Masaya, en el periodo de enero a junio del 2013.



Fuente: Ficha de Recolección de datos.

Grafico 13. Patologías Médicas y Obstétricas de las pacientes embarazadas atendidas en el centro de salud Dr. Alejandro Dávila Bolaños-Masaya, en el periodo de enero a junio del 2013.



Fuente: Ficha de Recolección de Datos.