



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA DE MATAGALPA
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y TECNOLOGIA EN SALUD**

**Monografía para Optar al Título de Licenciatura en Enfermería
Materno Infantil**

Tema:

Calidad del Llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP) en el puesto de salud salida a Waslala del Municipio el Tuma La Dalia, II Semestre 2020.

Autores:

Br: Alexander Sánchez García

Br: Heydi Carolina Muñoz.

Br: Julia Dalila Martínez Martínez

Tutor:

Msc.: Harvy José Aguinaga Pérez

Noviembre del 2020



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA DE MATAGALPA
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS, TECNOLOGIA Y SALUD**

**Monografía para Optar al Título de Licenciatura en Enfermería
Materno Infantil**

Tema:

Calidad del Llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP) en el puesto de salud salida a Waslala del Municipio el Tuma La Dalia, II Semestre 2020.

Autores:

Br: Alexander Sánchez García

Br: Heydi Carolina Muñoz.

Br: Julia Dalila Martínez Martínez

Tutor:

Msc.: Harvy José Aguinaga Pérez

Noviembre del 2020

Contenido

i.	Dedicatoria.....	i
ii.	Agradecimiento.....	ii
iii.	Carta aval.....	iii
iv.	Resumen.....	iv
	CAPITULO I.....	1
	1.1. INTRODUCCION.....	1
	1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
	1.3. JUSTIFICACION.....	4
	1.4. OBJETIVOS.....	5
	General:.....	5
	Específicos:.....	5
	CAPITULO II: MARCO REFERENCIAL.....	6
	2.1. ANTECEDENTES.....	6
	2.2. MARCO TEORICO.....	12
	2.3. MARCO LEGAL.....	39
	2.4. PREGUNTAS DIRECTRICES.....	42
	CAPITULO III: DISEÑO METODOLOGICO.....	43
	CAPITULO IV: ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.....	48
	CAPITULO V.....	62
	5.1. CONCLUSIONES.....	62
	5.2. RECOMENDACIONES.....	63
	5.3. REFERENCIAS.....	64
	ANEXO.	

i. Dedicatoria

A Dios padre celestial:

Por habernos permitido alcanzar nuestra meta y objetivos, que en el transcurso de estos 5 años nos ha conducido al éxito por medio de la sabiduría, manifestándose a través de nuestros padres y amistades quiénes estuvieron brindándonos apoyo, el cual nos hizo fuertes para soportar los obstáculos que se nos presentaron en nuestro camino, damos gracias a Dios y a ellos ya que hemos coronado nuestra carrera y nuestro sueño se haya hecho realidad.

Br: Alexander Sánchez García

Br: Heydi Carolina Muñoz.

Br: Julia Dalila Martínez Martínez

ii. Agradecimiento

Primeramente, a Dios que nos brinda vida, sabiduría e inteligencia en la realización de este trabajo.

A la universidad nacional autónoma de Nicaragua, facultad multidisciplinaria de Matagalpa, UNICAM-la Dalia. Por darnos la oportunidad de culminar la Licenciatura en enfermería con mención materno infantil.

Al personal del Ministerio de salud por su disponibilidad en la realización de este trabajo, en especial al licenciada y médico que laboran en el puesto de salud donde se realizó dicha investigación.

A nuestros docentes que durante los años de estudio nos impartieron el pan de la enseñanza con paciencia y dedicación y en especial a nuestro tutor Msc. Harvy José Aguinaga Pérez por habernos dirigido en la elaboración de este documento

Br: Alexander Sánchez García

Br: Heydi Carolina Muñoz.

Br: julia Dalila Martínez Martínez

iii. Carta aval

Facultad Regional Multidisciplinaria Matagalpa
Departamento Ciencia Tecnología Salud.
UNICAM – LA DALIA



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Por medio de la presente se informa, la tesis monográfica para optar al título de Licenciatura en Enfermería Materno Infantil, que lleva por tema general: **CALIDAD DEL LLENADO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL (HCP) EN EL PUESTO DE SALUD SALIDA A WASLALA DEL MUNICIPIO EL TUMA LA DALIA, II SEMESTRE 2020.**

Elaborado por los autores **Br: Alexander Sánchez García, Br: Heydi Carolina Muñoz., Br: Julia Dalila Martínez Martínez**, reúnen los requisitos científico y metodológico para ser presentada y defendida ante un tribunal examinador. Matagalpa 5 de noviembre 2020 .

Msc. Harvy José Aguinaga Pérez
Tutor Seminario de Graduación

iv. Resumen

Se evalúa la Calidad del Llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP) en el puesto de salud salida a Waslala del Municipio el Tuma La Dalia, II Semestre 2020. específicamente se identifica el llenado de los datos de filiación de las embarazadas, así como también del segmento de antecedentes patológicos familiares, personales y obstétricos, datos de exámenes clínicos, laboratorios, datos de las consultas prenatal, curvas de ganancia de peso materno y altura uterina para la edad gestacional. Metodológicamente es un estudio descriptivo, con enfoque mixto, de longitudinal, prospectivo en el tiempo. El universo está constituido por 28 HCP que acuden a su puesto de salud y la muestra fueron las 28 en total ya que cumplen con los criterios de inclusión (que sean pacientes del centro de salud, que sean subsecuentes y que estén dentro del rango del periodo de estudio), su población es pequeña por consiguiente se aplica un muestre no probabilístico a conveniencia, se aplica un instrumento (tarjeta HCP – MINSA) para recolectar la información, para su análisis se divide en cuatro segmentos y se valora por ítem para dictaminar la calidad. Entre los principales Hallazgo están: la falta de legibilidad y llenado del nombre y domicilio de la paciente, el llenado de las casillas como gestas, embarazos múltiples o ectópicos, además del reporte de exámenes de laboratorios y clínicos entre otros, como también del reporte de la asignación de la próxima cita. Al final se concluye que en el puesto de salud no cumple con los estándares de calidad impuesto por las normativas del Minsa en los segmentos de filiación y atención prenatal, pero si en los de antecedentes obstétricos y la de control del embarazo, por lo tanto, se recomienda mejorar esencialmente en la actitud, adquisición de equipos técnico para la realización de exámenes, educación continua y recursos humanos.

CAPITULO I: GENERALIDADES

1.1. INTRODUCCION

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

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

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

Para la Organización Mundial de la Salud (2013) la Calidad de la Atención es: “El grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones, aumentan la probabilidad de que se produzcan los efectos buscados en la salud y éstos son coherentes con los conocimientos profesionales del momento.” Los resultados que se esperan con el uso de la Historia Clínica Perinatal en las Unidades

de Salud, son la prevención de complicaciones durante el embarazo, parto, puerperio y el recién nacido, así como la disminución de la mortalidad materno-infantil y el mejoramiento del Sistema de Salud, el llenado correcto de ésta demuestra la preparación científico-técnica del personal de salud al momento de la Atención Prenatal ya que la mortalidad materna constituye uno de los principales problemas de salud en el país, asociada a las complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

En Nicaragua los datos recabados son escritos a mano por el personal, una copia que le quedara al centro de atención y la original que queda en manos de la paciente atendida. Esto permite enviar los datos a cualquier centro de procesamiento, mientras que la historia clínica queda en el lugar de atención. Los datos codificados de la historia clínica simplificada son similares a los del resumen estadístico de la historia clínica perinatal ampliada. Por lo tanto, ambas historias, en distintos niveles de atención pueden alimentar un mismo banco de datos perinatales.

La Historia Clínica Perinatal es una herramienta útil, dinámica y ágil, dirigida al personal de salud que presta servicios a la población y enfocada para el proceso de atención a las mujeres durante el embarazo, parto, puerperio y recién nacido. Con esta herramienta se pretende que el personal de salud tomador de decisión, cuente con información actualizada y de calidad que le permitan realizar análisis y tomar decisiones de manera oportuna y acertada. Por tal razón, viendo la problemática y necesidad que vive región llama la atención y el interés a investigar con que calidad se realiza el llenado de la hoja de atención prenatal sabiendo que esta contiene todos los datos, antecedentes, procedimientos y planes a realizar a una mujer durante su embarazo.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Nicaragua la historia prenatal ha tenido distintas modificaciones durante los últimos años, siendo la última actualización cada vez más constantes, en la que se agregan nuevos parámetros para un mejor pronóstico y captación de factores de riesgo, se ha convertido en una herramienta útil, dinámica y ágil, dirigida al personal de salud que presta servicios a la población, está hecha de una manera en la cual su llenado es fácil y rápido, por lo que en los servicios de salud materno-infantiles debería estar esta información completa a mano cuando se necesite

En la actualidad son muchos los problemas y excusas que existe para que se dé un buen llenado de la hoja de APN en la Dalia, dentro de las más conocidas se encontraron: poco personal, demasiadas consultas, no contar con los equipos necesarios (laboratorio), disposición para el trabajo, actitud, poca cooperación de parte de la paciente y familiares, entre otros.

La falta del llenado de estos datos, predisponen que la atención a la mujer embarazada no sea integral y se desconozcan datos importantes por el médico o enfermería que llegue a tratarla en cualquier momento del embarazo, lo que entorpece la toma de decisiones apropiadas en cada momento, siendo este un factor muy importante a la hora de prevenir complicaciones, así como la muerte materna.

De acuerdo a lo antes mencionado se pretende dar respuesta a la siguiente interrogante:

¿Cuál es la Calidad del Llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP) en el puesto de salud salida a Waslala del Municipio el Tuma La Dalia, II Semestre 2020?

1.3. JUSTIFICACION

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

Por tal razón se realizará esta investigación con el objetivo de Evaluar la Calidad del Llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP) en el puesto de salud salida a Waslala del Municipio el Tuma La Dalia, II Semestre 2020. De esta manera contribuye al mejoramiento del sistema de salud en el municipio, a fin de prevenir complicaciones en el embarazo, lograr un parto satisfactorio y evitar muertes maternas que se han convertido en un problema de salud pública y de gran preocupación para las autoridades del Ministerio de Salud.

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

1.4. OBJETIVOS

General:

Evaluar la Calidad del Llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP) en el puesto de salud salida a Waslala del Municipio el Tuma La Dalia, II Semestre 2020.

Específicos:

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

CAPITULO II: MARCO REFERENCIAL

2.1. ANTECEDENTES

Para evaluar la calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal en mujeres atendidas en el Puesto de Salud salida Waslala es conveniente referir la consulta documental de trabajos realizados que guardan relación con los objetivos propuestos en este estudio primero los internacionales y luego los nacionales, en función a ello se menciona a:

Ramírez G & Meléndez C. (2001), se realizó un análisis sobre el estudio del control prenatal en el hospital Calos Marx, donde se observó que el examen más enviado es tipo y rh y el menos realizado fue el Papanicolaou.

OPS (2003). En América Latina y el Caribe la mayoría de los partos, cerca del 75 por ciento, tiene lugar en centros asistenciales. Pese a ello, en 17 países la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal son mayores de lo previsto para la población en riesgo, de lo que se infiere una deficiente calidad de la atención de salud. Esto indica que las mujeres con complicaciones no tienen acceso a los servicios, debido a barreras económicas o geográficas, o bien que los servicios de salud no están suficientemente equipados o capacitados para abordar el problema. A pesar de que el CPN significa una oportunidad para identificar factores de riesgo, existe cerca del 15% de mujeres embarazadas que al momento del parto pueden presentar una complicación que ponga en riesgo su vida, por lo cual es esencial que las unidades de salud se encuentren preparada para brindar cuidados obstétricos de emergencia de calidad.

Colombia (2003) En un estudio realizado en el Hospital universitario San Vicente de Paúl, solamente el 15.5% consultan en el primer trimestre, se encontró

que la captación de las embarazadas continúa siendo tardía, llega a la consulta en el tercer trimestre del embarazo cuando las acciones preventivas no son posibles.

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

Morelli (2007), la investigación consistió en la evaluación del llenado de los datos en la historia clínica perinatal en la maternidad del hospital Ramón Carrillo utilizando el sistema informático perinatal con el objeto de detectar y describir los datos faltantes o incorrectos de las mismas.

Gutiérrez F. (2016), Calidad de información registrada en el carnet de control prenatal en puérperas hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Vitarte, Perú, agosto-octubre 2015, fue un estudio con una muestra de 187 carnets de Control Prenatal. Del total de carnets evaluados el 83.4% fueron registrado un nivel de calidad "BUENO", el 16.6 % un nivel de calidad "REGULAR". EL 51.9 (97) de carne evaluados , fueron registrados en forma adecuada en la sección de Datos Socio Demográficos y Biológicos, 98.4% (184) de los carne evaluados fueron registrados de forma Regular en la sección Antecedente Patológicos Personales, Familiares y Gineco-obstétricos, 59.4% (111) de carnet evaluados fueron registrados adecuadamente en la sección Embarazo actual, 59.4% (111) de los carne evaluados fueron registrados de Forma Regular en la sección Exámenes de laboratorio y finalmente para la última sección Control prenatal de Embarazo actual el 100% (187) de los carne evaluados fueron registrados de forma correcta.

En Juigalpa, Chontales (2007), se realizó un estudio en el Hospital Asunción de donde se encontró que más del 90% de los controles prenatales y datos

sociodemográficos fueron llenados, más del 80% de los antecedentes patológicos personales, familiares y obstétricos fueron llenados completos, y en su minoría 1.3% tuvieron un mal llenado. En un 80% de los datos la altura de fondo uterino y ganancia de peso materno no estaban llenados.

Chontales (2009), se realizó un estudio monográfico sobre la calidad del llenado de la HCPB en las mujeres atendidas en el centro de salud Jaime Lazo de san Pedro de Lovago en Chontales, el cual demostró que le mayor déficit del llenado se encuentra en el egreso materno de las pacientes en dicha hoja, así como la identificación de la embarazada, y el egreso del recién nacido, encontrando también que el segmento que más se llena es el de puerperio.

Managua (2010), el Hospital Bertha Calderón, se realizó un estudio investigativo sobre la calidad de llenado de la HCPB encontrándose que la calidad fue buena en más del 50% en los datos patológicos personales y familiares y menos de 50% en el embarazo actual.

Managua (2011), en el Hospital Bertha Calderón se realizó un estudio sobre la calidad del llenado de la HCP donde el objetivo principal era conocer la calidad del registro de los mismos, cuyo resultado fue que de 79 HCP solo el 1.3% de los expedientes evaluados fue llenado correctamente, el 17% tuvieron una buena calidad, el 31% una calidad regular y el 10% una calidad deficiente, y otro 38% tuvo una muy mala calidad.

López J. & Cajina M. (2013). Un estudio titulado calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal, Centro de Salud Dr. Alejandro Dávila Bolaños-Masaya, enero-junio 2013 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). Graficas 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.

Zerón P, & Sánchez J. (2015). Se realizó un estudio en el Hospital Primario Ambrosio Mogorron, San José de Bocay, Jinotega en el primer semestre del año 2015 en el cual se evaluó la calidad del llenado de la historia clínica perinatal. El universo fue constituido por 1,064 embarazadas activas en el sistema de salud, la muestra correspondió a 69 historias clínicas perinatales de embarazadas activas, se realizó un muestreo probabilístico, aleatorio sistemático. Los resultados más llamativos están el bajo cumplimiento de las 13 actividades registradas en la HCP con apenas un 23%; dentro de estos los menos registrados son la aplicación de la vacuna antitetánica 49%(34), el examen general de orina (EGO) 46%(32), el índice de masa corporal 19%(13) y la curva de incremento del peso 49%(34). En cambio, los antecedentes familiares, personales y obstétricos se llenaron en un 100% (69) Con respecto al peso anterior se registró en un 83%(57), la talla se registra en un 86%(59), el índice de masa corporal es de 19%(13) la fecha de la última menstruación se encuentra registrada en un 90%(62), la fecha probable de parto se registra en un 100%(69) y la confiabilidad de la edad gestacional está registrada en un 78%(54).

Hernández R. & Rosales (2015). Cumplimiento de llenado de las hojas de historias clínica perinatal de las pacientes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque en el I Semestre 2012 y 2013, fue se realizó un estudio de corte transversal que lo constituyeron 10093 mujeres embarazadas registradas en el Sistema

Informático Perinatal, en el cual se encontraron los siguientes resultados: Egreso Materno se llenó un 60.4% logrando la clasificación mal al igual que el egreso del recién nacido con 69.5%; los antecedentes se llenó un 85.5%; la variable Recién Nacido se llenó en un 80.3%, las dimensiones más llenadas fueron RN sexo y peso al nacer con 99.9%, la dimensión menos llenada defectos congénitos con 1%; los datos patronímicos el 91.1% fue llenado; puerperio con 95% y para la variable parto/aborto se llenó un 78.4%. Sin embargo, la gestación actual se encontró con mayor déficit el cual se llenó en un 42.6% y en el mismo periodo en el 2013 esta variable se llenó en un 68.7%. A nivel global la calidad del llenado de las HCPB en el I semestre del 2012 fue buena en más del 60.0% de los casos y en el mismo periodo 2013, mejoro a más del 70.0%.

Meléndez & Reyes, (2014). Realizaron un estudio en el cual se pretendía determinar el cumplimiento de los estándares de calidad en el llenado completo de la Historia Clínica Perinatal en el Centro de Salud de Waspam Atlántico Norte en el periodo julio-septiembre del año 2014; donde se evaluaron 200 expedientes de embarazadas. Se encontró que los antecedentes personales y obstétricos el 36.5% cumple con el correcto llenado. El porcentaje de embarazadas en las que su Atención prenatal cumplen con el correcto llenado e interpretación de las 13 actividades normadas por el MINSA solamente fue de un 17.5% de la población total en estudio, lo cual nos indica una deficiencia en la calidad de la atención ya que dicho valor no cumple con el 90% que es el mínimo porcentaje para considerarlo una Atención Prenatal de calidad.

Br. Moncada D. & Ortega J (2019) Realizaron un estudio para optar al título de doctor en medicina y cirugía UNAN-Managua, titulado “calidad del llenado de la historia clínica perinatal en mujeres atendidas en el hospital Berta Calderón Roque donde concluyeron que: En cuanto a los datos de filiación como nombres, teléfono, dirección y procedencia fueron registrados en un 96%, teniendo por consiguiente 4% de llenado incorrecto, los antecedentes personales, familiares y obstétricos fueron llenados adecuadamente en un 99.4%, Sobre la gestación actual de las

pacientes se completó satisfactoriamente en un 99.1%; sin embargo, hay una disminución en cuanto al registro de los exámenes de laboratorio en un 0.9%, En el llenado de parto/aborto, neonato y puerperio fueron completados apropiadamente según registros en un 97.6%, excepto en defectos congénitos y tamizaje neonatal de los cuales casi 3% queda llenado de manera incorrecta, Verificando los registros de egreso materno fue convenientemente registrado en un 95% teniendo déficit de 5% en cuanto al llenado de responsable de egreso y método anticonceptivo. Por otra parte, el egreso neonatal fue donde más se encontraron deficiencias con un llenado incorrecto en un 27% y se encuentra identificación de recién nacido en 0% de HCP. La calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal cumple con el 94.4%. Hay una mejoría evidente; sin embargo, no se cumple con el llenado en un 100%.

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

2.2. MARCO TEORICO

Atención Prenatales el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar la morbimortalidad materna y perinatal, con el objetivo de monitorear la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados del-a recién nacido/a. La atención debe ser precoz, periódica, continua, completa, de amplia cobertura, con calidad y equidad. (Nortativa 011, 2015)

La atención prenatal óptima debe de cumplir con los siguientes requisitos básicos:

- *Precoz* es cuando la primera atención se efectúa durante los 3 primeros meses de embarazo.

- *Periódica* es la frecuencia con la que se realizan las atenciones prenatales de las embarazadas que acuden a las unidades de salud.

- *Continua* es la secuencia de las atenciones que se brindan de forma sistemática e ininterrumpida.

- *Completa* es cuando el contenido de las atenciones garantiza el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la embarazada.

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. (Nortativa 011, 2015)

Cuando su contenido forma parte de una base de datos del SIP, la HCP se convierte en un instrumento útil para la vigilancia clínica y epidemiológica de éstos eventos desde una visión de Salud Pública. (Nortativa 011, 2015)

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.

La Historia Clínica Perinatal cuenta con diez segmentos:

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.*

La historia clínica perinatal cuenta en su parte reversa, con las gráficas de la altura Uterina y la Edad Gestacional en Semanas y el Incremento de Peso Materno con la Edad Gestacional en Semanas. Seguido del Listado de Códigos de las Patologías más frecuentes durante el embarazo, parto o puerperio, Patología Neonatal, Indicación Principal de Parto quirúrgico o inducción, Medicación durante el trabajo de parto y Anomalías Congénitas, según la Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Edición (CIE-10). (Nortativa 011, 2015)

Sistema de Categorías que determinan la Clasificación y Codificación de las Enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, y causas externas de daños y/o enfermedad en su Décima Revisión. Se utiliza a nivel internacional para fines estadísticos relacionados a la morbilidad y mortalidad. (Nortativa 011, 2015)

El Carné Perinatal tiene en su reverso las gráficas de la altura Uterina y la Edad Gestacional en Semanas y el Incremento de Peso Materno con la Edad Gestacional en Semanas. Así como algunas orientaciones para proteger su Embarazo, Algunas Señales de Peligro y los Datos generales de la paciente y el establecimiento de salud. (Nortativa 011, 2015)

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

A. Segmentos de la Historia Clínica Perinatal

1. Segmento – Identificación

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

Fuente: (Nortativa 011, 2015)

Nombre y Apellidos: Anotar los nombres y apellidos de la mujer, preferiblemente como aparece en la cédula de identidad. Copiarlos si presenta su cédula.

Domicilio: Se refiere a la residencia habitual de la embarazada, durante los últimos tres meses. Anotar dirección exacta para efectos de la búsqueda activa e inasistentes.

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. (Nortativa 011, 2015)

Etnia: Marcar el casillero que corresponda a la etnia que declara pertenecer la embarazada. La HCP incluye la variable Etnia con 5 opciones de respuesta: blanca, indígena, mestiza, negra, otros. La forma de obtener el dato podría ser: *¿Cómo se considera? ¿blanca? ¿indígena?, ¿mestiza?, ¿negra?, ¿otros?*

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.

o 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.

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

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

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

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

2. Segmento – Antecedentes Familiares, Personales y Obstétricos

ANTECEDENTES		no	si
FAMILIARES			
<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si		
<input type="checkbox"/> <TBC pulmonar>	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	
<input type="checkbox"/> <diabetes>	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	
<input type="checkbox"/> <hipertensión>	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	
<input type="checkbox"/> <pre eclampsia eclampsia>	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	
<input type="checkbox"/> <otros>	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	
PERSONALES			
<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si		
<input type="checkbox"/> Cirugía tracto reproductivo	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	
<input type="checkbox"/> Intestinidad	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	
<input type="checkbox"/> VIH	<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"/> condición médica grave	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	

OBSTÉTRICOS	
<input type="checkbox"/> gestas previas	<input type="checkbox"/> abortos
<input type="checkbox"/> ÚLTIMO PREVIO	<input type="checkbox"/> 3 espec. consec.
<input type="checkbox"/> < de 2500 g	<input type="checkbox"/> partos
<input type="checkbox"/> > de 4500 g	<input type="checkbox"/> cesáreas
<input type="checkbox"/> Pre eclampsia/eclampsia	<input type="checkbox"/> nacidos vivos
	<input type="checkbox"/> nacidos muertos
	<input type="checkbox"/> muertos 1° sem.
	<input type="checkbox"/> muertos después 1° sem.
	<input type="checkbox"/> viven
	<input type="checkbox"/> fin anterior embarazo
	<input type="checkbox"/> día mes año
	<input type="checkbox"/> < de 1 año
	<input type="checkbox"/> > de 5 años
	<input type="checkbox"/> EMBARAZO PLANEAJO
	<input type="checkbox"/> FRACASO MÉTODO ANTICONCEPTIVO
	<input type="checkbox"/> oral
	<input type="checkbox"/> inyect.
	<input type="checkbox"/> impl.
	<input type="checkbox"/> diafr.
	<input type="checkbox"/> coito interrumpido
	<input type="checkbox"/> otros

Fuente: (Nortativa 011, 2015)

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. (Nortativa 011, 2015)

2.1 Antecedentes

Familiares: Se refieren a los parientes cercanos de la embarazada (padres, hermanos, abuelos, hijos, cónyuge).

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

Obstétricos

o 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.

o Partos/Vaginales–Cesáreas: Se refiere al número de partos.

Además, se indagará sobre el peso del recién nacido/a en el último embarazo. Marcar si peso menos de 2500 gr. o fue mayor o igual a 4000 gr. fue

normal o N/C (no corresponde) si no hubo nacimientos previos. Finalmente, en relación a las gestaciones previas, registrar si hubo antecedente de embarazo múltiple (gemelar) (Si/No) según corresponda. (Nortativa 011, 2015)

Abortos: Según la CIE-10, se define el Aborto a la expulsión del producto de la gestación antes de las 22 semanas o con un peso menor a 500 gr. Se registrarán de la misma manera los antecedentes de abortos espontáneos o inducidos.

En relación al número de abortos, si la mujer reporta haber tenido 3 abortos espontáneos consecutivos, entonces marcar con una x el círculo amarillo correspondiente. Si no tiene antecedentes de Aborto, marcar con 00. 22. (Nortativa 011, 2015)

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. (Nortativa 011, 2015)

Embarazo Ectópico (emb. Ectópico): Se anotará el número correspondiente a los antecedentes de embarazos producidos fuera del útero en el rectángulo correspondiente.

Nacidos/as Muertos/as: Según la CIE-10 se clasificará un RN como muerto si no evidencia signos de vida luego de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre independientemente de la duración del embarazo.

Viven: Se refiere al número de hijos/as que están vivos/as al momento de la consulta.

Muertos/as 1ra semana: Se refiere a los recién nacidos/as que nacieron vivos/as, pero que murieron dentro del período comprendido entre el nacimiento y

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

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

3 Intervenciones Basadas en Evidencia para Reducir la Mortalidad Neonatal. Segunda Edición. Ministerio de Salud. Managua. Año 2009 IMC antes de las 12 S/G		Ganancia de peso recomendado en embarazadas (kilogramos)	
Clasificación		IMC (kg/m²)	
Peso Bajo	<18.5	12.5 – 18	
Peso Normal	18.5 - <25	11.5 – 16	
Sobrepeso	25 - <30	7 – 11.5	
Obesa (Toda clase)	>30	6	

Fuente: (Nortativa 011, 2015)

Talla (cm): Este dato requiere ser medido directamente al momento de la primera visita de control. La técnica de medida consiste en que la gestante se ubique de pié, 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. (Nortativa 011, 2015)

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

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

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

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

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

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

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

El estado de fumadora activa, fumadora pasiva, el consumo de drogas, alcohol y las situaciones de violencia pueden cambiar a lo largo del embarazo, por

esa razón la HCP sugiere indagar estos datos al menos una vez cada trimestre preguntando: *Desde su última visita ¿Ha tomado alguna bebida alcohólica?*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Si la respuesta es positiva, continuar:

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

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

Si la respuesta es positiva, continuar:

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

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

Si la respuesta es positiva, continuar:

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

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

Si la respuesta es positiva, continuar:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Las dosis aplicadas anteriormente al embarazo, se tomarán en cuenta las recibidas con las vacunas dT (1 dosis), DPT (2 dosis) o Pentavalente (3 dosis). Si ya tiene su esquema (respaldado) de 6 dosis previas a su embarazo no se deberá aplicar vacuna, ya que se considera inmunizada. 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: (Nortativa 011, 2015)

o 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.

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

o 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:
(Nortativa 011, 2015)

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

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

o Recibió 5 dosis

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

Tabla No. 2
Esquema de Vacunación de la DT según el Programa Nacional de Inmunización

<p>El esquema actualizado es el siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 1ra dosis al contacto (captación).<input type="checkbox"/> 2da dosis un mes después de la primera dosis (4 semanas).<input type="checkbox"/> 3ra dosis 6 meses después de la segunda dosis.<input type="checkbox"/> 4ta dosis un año después de la tercera.<input type="checkbox"/> 5ta dosis un año después de la cuarta.
--

Fuente: (Nortativa 011, 2015)

Examen Normal (Ex. Normal): El control prenatal ofrece la oportunidad de evaluar el estado de salud en general. Por esta razón la HCP incluye variables como el examen odontológico y de mamas que refuerzan este concepto. Aun en aquellas mujeres que consulten para ser asistidas por un aborto se deberán incluir estos exámenes como forma de

dar una atención integral a la mujer en cada contacto de ésta con el equipo de salud.

o 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 —noll y referir al odontólogo. En caso de ser normal registrar —sill.

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

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

o 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.

o Inspección visual (Insp. visual): Si una anomalía cervical es observada durante el examen con espéculo, se anotará —anormalll en inspección visual, si el cuello está sano se registrará —normalll y en caso de no haberse efectuado el examen, se registrará —no se hizoll.

o 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/Anormalll y si el PAP no se realizó, registrar —no se hizoll.

o Colposcopia (COLP): Registrar como —Normalll si la Colposcopia es negativa para lesiones malignas o precursoras de cáncer cervical. De lo contrario marcar —Anormalll o —no se hizoll, según corresponda.

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

o Rh: Marcar (+) si la mujer es Rh positivo y (-) si es Rh negativo. Se entiende que la mujer está inmunizada cuando tiene anticuerpos anti D. Si

la mujer esta inmunizada (tendrá positivo el test de Coombs indirecto y en ese caso se marcará —Sí, en caso contrario se marcará —No”.

o 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 —Sí, 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/cil (no corresponde). En caso de abortos ninguna de estas dos situaciones aplica.

□ Toxoplasmosis: La Infección por Toxoplasma Gondii^{5,6} 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.

5 Infección por Toxoplasma Gondii durante el Embarazo. Letty Muccio Prot.

6 Toxoplasmosis y Embarazo. Rodrigo Azofeifa Soto. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXVII (592) 163-167.2010

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. Ver Anexo No. 3 (cuadro No. 1).

“Siempre es aconsejable impartir mensajes educativo-preventivos para disminuir el riesgo de toxoplasmosis congénita”. (Nortativa 011, 2015)

□ 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.

o 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. (Nortativa 011, 2015)

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

Marcar el círculo amarillo —noll si no se indicó suplemento de hierro y ácido fólico y marcar el círculo blanco —sill 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.

o 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: —noll o —sill, Resultado: positivo —+ll y negativo —-ll y no corresponde —n/cll según corresponda. Se marcará el círculo de n/c en los siguientes casos: (Nortativa 011, 2015)

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

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

o TARV: Se debe registrar si la paciente con resultado —+ll 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. (Nortativa 011, 2015)

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

o 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 —+ll y si la pareja también recibió dicho tratamiento. En ambos casos se deberá

especificar si los resultados o el tratamiento fueron antes de las 20 o después de las 20 semanas de gestación.

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

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

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

o 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.

o 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.

o 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.

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

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

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

o Formas de amamantar.

o Los cambios en la leche materna después del parto. Y

o Discutir las dudas y preguntas de la gestante.

o 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:

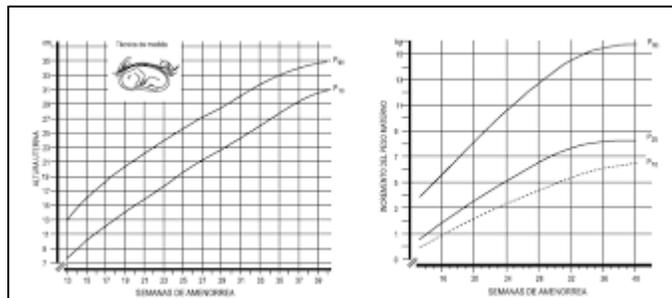
-Si conoce el peso pregestacional o si la embarazada fue captada en las primeras 12 semanas de embarazo, los valores de incremento de peso normal a utilizar están entre los percentilos 25 y 90 (parte oscura del gráfico). Las mismas curvas nos dicen cuánto es el aumento normal de peso de la embarazada. 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 percentilos 10 y 90 (parte oscura más la parte clara del gráfico). Para saber en donde graficar, debe utilizar para cada APN la tabla Peso para la talla según la edad gestacional (Talla en centímetros). Por ejemplo, si la gestante mide entre 152-154 cms de talla, a las 16 SG debería pesar entre 47.3 y 61.4 Kg, a las 20 SG entre 51.0 y 62.4 Kg, a las 28 SG entre 54.6 y 65.0 Kg y a las 36 SG entre 56.2 y 66.6 Kg.

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

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



Fuente: (Nortativa 011, 2015)

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

□ Altura Uterina: Medir la altura uterina en centímetros desde el borde superior de la sínfisis pubiana al fondo del útero. Utilizar la técnica del pinzamiento entre los dedos índice y medio.

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

□ 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 uronálisis 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).

2.3. MARCO LEGAL

Constitución política de la República de Nicaragua. Título IV, Capítulo 3.

¶Derechos sociales¶. Arto.59.- “Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud y promover la participación popular en defensa de la misma. Los ciudadanos tienen la obligación de acatar las medidas sanitarias que se determinen”.

□ Ley 290 Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo: Artículo 26 Al Ministerio de Salud le corresponden las funciones siguientes: Coordinar y dirigir la ejecución de la política de salud del Estado en materia de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud. Promover la investigación y divulgación científica, la capacitación, educación continua y profesionalización del personal de salud. Coordinar y dirigir el sistema nacional de estadísticas vitales y de información relativa a la salud pública, entre otras.

□ **Ley General de Salud. Ley No. 423. En el título I Disposiciones Fundamentales, Capítulo I Disposiciones Generales**

o Arto.53.- “El Sistema General de Garantía de Calidad del Sector Salud, provee la certeza al Estado, a los administradores de recursos privados o de las cotizaciones; a las instituciones prestadoras de servicios; a los profesionales de la salud y a los usuarios, de que su interacción o relación, dentro del modelo de atención adoptado en Nicaragua, se lleva a cabo sobre la base de una óptima utilización, mejoramiento, renovación y capacitación, según sea el caso, de los recursos existentes en cuanto a tecnología; recursos humanos, infraestructura, insumos, medicamentos y gestión”.

o Arto.54.- “Son funciones del Sistema de Garantía de Calidad dentro del Sector Salud: Función Preventiva y Función Correctiva. El Sistema dirigirá acciones para lograr un mejoramiento continuo en la utilización del modelo adoptado de los servicios de salud.

□ **Reglamento de la ley general de salud. Decreto No. 001 - 2003. En el título IX Sistema de Garantía de Calidad. Capítulo I Aspectos Generales.**

o Arto.119.- “El Sistema de garantía de calidad, está integrado por el conjunto de normas y acciones dirigidas a promover y garantizar las condiciones de calidad en la gestión y provisión de servicios de salud, a fin de lograr el máximo beneficio satisfacción del usuario al mejor costo y menor riesgo”.

o Arto.124.- “El Sistema de Garantía de Calidad estará compuesto por: Habilitación de establecimientos, Acreditación de establecimientos, Auditorías de la calidad de la atención médica, Regulación del ejercicio profesional y Tribunales bioéticos.

□ **En el título IV Ministerio de Salud, Capítulo único:**

o Numeral 6. “Los manuales operativos y procedimientos en salud pública”.

□ Arto.50 Para el cumplimiento del paquete básico de servicios de salud, el primer nivel de atención, se regirá conforme los programas, manuales y protocolos de atención, definidos por el MINSA.

□ Modelo de Salud Familiar y Comunitario, (MOSAFIC): En cumplimiento de sus atribuciones, en consonancia con la Política Nacional de Salud, y con el objeto de restituir el derecho a la salud de la población, el MINSA diseñó el Modelo de Salud Familiar y Comunitario, (MOSAFIC), el que se espera, contribuya a propiciar

un cambio de actitud en la población, respecto a la salud, en donde ésta deje de verse y abordarse como un problema exclusivamente individual, sino como un fenómeno colectivo y multifactorial, siendo responsabilidad de todos y todas, mantenerla y mejorarla. Debe generar iniciativas de cambio en la cultura y estructura del sector salud para satisfacer las necesidades y el ejercicio de los derechos humanos, contribuyendo a mejorar su calidad de vida durante todo el ciclo vital”.

□ Norma para la Atención Prenatal, parto, Recién Nacido/a y Puerperio de Bajo Riesgo, Normativa 0-11: Dirigidas al personal de salud en los diferentes niveles de atención, con el propósito de poner en práctica una serie de acciones que permitan mejorar la calidad de atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio con el fin de incidir en la identificación de factores de riesgo para reducir las muertes maternas e infantiles.

□ Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva: En el 2008, el MINSA emite la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, como instrumento normativo y orientador que permita reducir las brechas existentes de atención en SSR.

2.4. PREGUNTAS DIRECTRICES

1. ¿Cómo será el llenado de los datos de filiación de las embarazadas en estudio que acuden al Puesto de Salud Saldad a Waslala del Tuma-La Dalia?
2. ¿Se llenará correctamente el segmento antecedentes patológicos familiares, personales y obstétricos de las embarazadas?
3. ¿Se realizará fielmente el llenado del segmento datos de exámenes clínicos y laboratorios de las pacientes embarazadas?
4. ¿Cumplirán con el llenado de los datos de las consultas prenatal y la realización de las curvas de ganancia de peso materno y altura uterina para la edad gestacional?

CAPITULO III: DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de Estudio

Descriptivo, con enfoque mixto, de corte transversal, prospectivo en el tiempo.

Área de estudio

El Puesto de salud salida Waslala se encuentra ubicado en el Barrio calle central, ha obtenido la placa a la excelencia por 2 años consecutivos desde que inicio a brindar atención sanitaria cumpliendo los indicadores y metas que lo han hecho destacar como el puesto de salud a nivel municipal. Tiene una sala de espera, tres consultorios, un cuarto ginecológico, una farmacia, un área de inmunización y de red de frio.

Universo

La constituirán 140 HCP de mujeres que fueron atendidas en el Puesto de Salud Salida a Waslala.

Muestra

Se calculó usando la fórmula para población finita:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot P(1-P)}{(Z-1) \cdot E^2 + Z^2 \cdot P(1-P)} = \frac{(140) (1.96)^2 (0.5)(1-0.5)}{(140-1)(0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5)(1-0.5)} = 41$$

n = El tamaño de la muestra que queremos calcular

N = Tamaño del universo (140)

Z = Nivel de confianza 95% el valor de Z será 1,96

e = Es el margen de error máximo que admito (5%)

p = Es la proporción que esperamos encontrar (0.5)

Se obtuvo un resultado para la muestra de = 41

Tipo de muestro

Muestreo probabilístico sistemático

Criterios de inclusión

HCP de pacientes subsecuentes que asisten al Puesto de Salud Salida a Waslala en el periodo de estudio planteado.

Criterios de exclusión

- HCP de pacientes de primer ingreso a su APN que asisten al Puesto de Salud Salida a Waslala en el periodo de estudio planteado.
- HCP de pacientes que por alguna causa sean atendidas por causas aisladas o de emergencia en el Puesto de Salud Salida a Waslala.

Unidad de análisis

Historia Clínica Perinatal de las mujeres ingresadas en censo gerencial del Puesto de Salud Salida a Waslala.

Técnicas y procedimiento

Para obtener la información para el estudio se procedió a realizar las siguientes actividades.

1. Selección del lugar donde se realizó el estudio
2. Coordinar con las autoridades responsables
3. Elaboración del siguiente instrumento de medición (HCP – MINSA)
 - 3.1. Validación de instrumentos a ser utilizados
 - 3.2. Revisión de expedientes clínicos
4. Recolección de información

Plan de tabulación

Una vez recolectada la información se procedió a realizar lo siguiente:

1. Creación de base de datos
2. Codificación de instrumentos (ver anexos N°2)

3. Control de calidad de la información recolectada
4. Introducción de datos
5. Análisis por frecuencia y porcentajes de los datos en el programa EPI-INFO7.2
6. Resumen de resultados en cuadros
7. Presentación de resultados en gráficos según variables

Variables

1. datos de filiación de las embarazadas
2. segmento antecedentes patológicos familiares
3. antecedentes personales y obstétricos de las embarazadas.
4. datos de exámenes clínicos y laboratorios
5. datos de las consultas prenatal
6. realización de las curvas de ganancia de peso materno
7. realización altura uterina para la edad gestacional

Aspecto ético

Se aplicarán normas y principios como autonomía, beneficencia y justicia. Los datos de los pacientes obtenidos serán utilizados exclusivamente para la elaboración de las bases de datos, análisis, tabulación de variables y actividades académicas, las identidades de los pacientes se mantendrán en anonimato y no serán revelados. Además, la revisión de esta información será autorizada por las autoridades y responde a fines académicos.

Operacionalización de variable

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	valor
Datos de filiación	Se denominan datos de filiación al conjunto de información personal que es necesario disponer para definir características de una persona	Personales	Llenado correctamente	Si No
		Demográficos		
		Estadísticos		
Antecedentes patológicos familiares	Recopilación de información acerca de la salud de los integrantes familiares previo a la gestación actual	TB pulmonar	Llenado correctamente	Si No
		Diabetes		
		Hipertensión		
		Pre o eclampsia		
Antecedentes personales y obstétricos	Recopilación de información acerca de la salud de una persona previo a la gestación actual	TB pulmonar	Llenado correctamente	Si No
		Diabetes		
		Hipertensión		
		Pre o eclampsia		
		Otros		
Datos de exámenes clínicos y laboratorios	Registro de los datos exámenes y resultados recabados durante la primera atención prenatal (captación) y se va completando en las atenciones o visitas sucesivas.	Antitetánica	Llenado correctamente	Si No
		Antirubiloa		
		VDRL		
		Examen odontológico		
		Examen de mamas		
		Rh -		
Papanicolaou				

Operacionalización de variable

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	valor
Datos de las consultas prenatal	Registros de datos del desarrollo del embarazo, signos vitales y vitalidad fetal por APN. Según normativa	Edad gestacional	Llenado correctamente	Si No
		Peso		
		Presión arterial		
		Altura uterina/presentación		
		FCF/ Movimiento fetales		
		Peso		
Curvas de ganancia de peso materno	Valores normales que debe tener la mujer durante su embarazo	Peso para edad gestacional	Llenado correctamente	Si No
Altura uterina para la edad gestacional	Valor alcanzado del crecimiento uterino durante el embarazo	Incremento de altura uterina	Llenado correctamente	Si No

CAPITULO IV: ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

En este estudio evalúa la Calidad del Llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP) en el puesto de salud salida a Waslala del Municipio el Tuma La Dalia, en el estudio se reconocen que hay debilidades en el llenado de la HCP, mostrando la realidad de la calidad de atención que se está brindando a las pacientes embarazadas de esta región tan alejada y con difícil acceso geográfico en nuestro territorio nicaragüense.

Segmentos de los datos de filiación

De 41 HCP revisadas, en cuanto al llenado del nombre y apellido el 73% (30) si lo hacen, pero el 27% (11) no lo llenan según normativa. Domicilio, el 90% (37) si lo hacen el 10% (4) no lo llenan. Localidad, el 100% (41) si lo llenan. Teléfono, el 60% (25) lo llenan y el 40% (16) no lo hacen. Fecha de nacimiento, edad, etnia, alfa beta, estudios realizados, estado civil son llenado correctamente en un el 100% (41). Lugar del control prenatal es llenado correctamente en un 48% (20) y en un 52% (21) no. Lugar del parto, el 10% (4) si lo llenan y un 90% (37) no lo hacen. Numero de identidad, el 68% (28) si lo llenan, pero el 32% (13) no. (HCP Minsa, Tabla 1)

Tabla 1: Datos de filiación, P/S Salida a Waslala, II semestre 2020

Datos de filiación	SI		NO	Total		
	N	%	N	%	N	%
Nombre y apellido	30	73%	10	27%	41	100%
domicilio	37	90%	4	10%	41	100
localidad	41	100%			41	100%
teléfono	25	60%	16	40%	41	100%
Fecha de nacimiento	41	100%			41	100%
edad	41	100%			41	100%
etnia	41	100%			41	100%

Fuente: HCP Minsa

alfa beta	41	100%			41	100%
Estudios realizados	41	100%			41	100%
Estado civil	41	100%			41	100%
Lugar de control prenatal	20	48%	21	52%	41	100%
Lugar del parto	4	10%	37	90%	41	100%
Numero de identidad	28	68%	13	32%	41	100%

Fuente: HCP Minsa

Los datos de filiación son datos que permiten al trabajador de la salud conocer ciertas características de la población permitiendo así tomar medidas preventivas para cualquier posible complicación y al mismo tiempo elaborando planes y acciones dirigida a los mayores problemas encontrados. En la tabla N°1 se encontraron debilidad en llenado que pueden producir complicaciones. Conocer las características de la población usuaria para evaluar los resultados de la atención brindada e identificar los problemas prioritarios y realizar un sinnúmero de investigaciones operativas son parte plan de atención del MINSA-Nicaragua. (Normativa 106, 2013)

En el llenado de los datos de filiación del paciente se encuentran que 7 de 13 acápite cumplen con un registro superior al 85% los cuales son: Localidad, fecha de nacimiento, edad, etnia, alfabeta, estudios y estado civil. Estas son un gran aporte para la historia clínica del paciente, su correcta identificación nos permite identificar factores de riesgo como son la lejanía, el estado social, los niveles de estudio, el tipo de raza, todos estos importantes factores de riesgo asociados a complicaciones obstétricas.

Los acápite que tienen más dificultad con el registro son en la sección de identificación nombre, domicilio, el número de teléfono, el lugar de atención prenatal, lugar de parto/aborto y el número de identidad. Esto habla de un mal seguimiento de la paciente ya que no se lleva desde un inicio el registro de la unidad de salud donde se realizó el control prenatal, por lo tanto, también hay un mal control del

registro de embarazadas activas en la región. El número de identidad y el número de teléfono son acápite muy difíciles de llenar, por la zona geográfica y de poco desarrollo la señal de teléfono todavía no es algo común, y el proceso de cedula es algo de muy poco desarrollo también y aunque se puede colocar el número de expediente asignado por el establecimiento de salud, este no es registrado por el personal de salud al momento del control.

En esta primera parte del llenado del segmento de filiación se notas grandes debilidades en llenado correcto según lo exige la normativa. Para (Ipinza M., 2007) "La calidad es hacer lo correcto de la manera correcta la primera vez, y hacerlo mejor la vez siguiente, con las limitaciones de los recursos existentes y con la satisfacción de la comunidad".

En esta segunda tabla se encuentra que de 41 HCP revisadas el 80% (33) es bueno, el 14,6% (6) y regular el 5,45 (2). (HCP Minsa, tabla 2)

Tabla 2: Calidad del llenado del segmento de filiación, P/S Salida a Waslala, II semestre 2020

VALOR	n =41	%
BUENO	33	80,0
REGULAR	6	14,6
MALO	2	5,4
TOTAL	41	100%

Fuente: HCP Minsa

La calidad en salud, en su más amplia concepción globaliza la complejidad que caracteriza a los servicios de salud, en tanto el servicio va dirigido a garantizar la vida del ser humano; en este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) se manifiesta sobre la responsabilidad compartida que debe existir entre el estado, los prestadores del servicio con los usuarios-pacientes, definiéndola como: "el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir

una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimiento del paciente y del servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente en el proceso” (OPS, 2013); tomando en cuenta este concepto la creación de un carne que permite al trabajador de salud y al usuaria el control de su embarazo minimizando así los riesgo que este puede tener, es lamentable en contra la falta de voluntad por parte del trabajador de la salud al no darle su valor y su importancia que esta hoja se merece.

En cuanto a los antecedentes familiares y obstétricos de 41 HCP revisada los antecedentes familiares, personales y obstétricos son llenados correctamente apenas en un 80% (33) y en un 20%(8) no. Los embarazos múltiples en un 78%(32) si lo llenan y un 22% (9) no, en cambio las gestas previas, ultimo previos, embarazos ectópicos, abortos, partos, cesarías, vaginales, nacidos vivos y niños vivos son llenados en un 100% (41). Pero un 95% (39) si llenan muertos en la primera semana y fin del embarazo anterior y un 5% (2) no lo hacen. Muertos después de la primera semana un 92% (38) si lo llenan y un 8% (3) no. y embarazos planeados 78% (32) lo llenan y un 22% (9) no lo hacen. (HCP Minsa, tabla 3)

Tabla 3: Antecedentes Familiares y Obstétricos, P/S Salida a Waslala, II semestre 2020

Antecedentes	si		no		total	
	N	%	N	%	N	%
familiares	33	80%	8	20%	41	100%
personales	33	80%	8	20%	41	100%
obstétricos	33	80%	8	20%	41	100%
Embarazos múltiples	32	78%	9	22%	41	100%
Gestas previas	41	100%			41	100%
Últimos previos	41	100%			41	100%
Embarazos ectópicos	41	100%			41	100%
Abortos	41	100%			41	100%
Partos	41	100%			41	100%

Cesáreas	41	100%			41	100%
Vaginales	41	100%			41	100%
Nacidos vivos	41	100%			41	100%
Viven	41	100%			41	100%
Muertos en la primera semana	39	95%	2	5%	41	100%
Después de la primera semana	38	92%	3	8%	41	100%
Fin del embarazo anterior	39	95%	2	5%	41	100%
Embarazo planeado	32	78%	9	22%	41	100%
Fracaso de método anticonceptivo	32	78%	9	22%	41	100%

Fuente: HCP Minsa

Al momento de evaluar los antecedentes plasmados en la HCP se encuentra que los antecedentes familiares como los obstétricos y personales tienen un déficit en el llenado correcto del 20% poniendo en riesgo la salud de la madre y el hijo, ya que el no registro correcto de estos antecedentes dan brechas a enfermedades que se pueden desarrollar en el embarazo y no detectadas y prevenidas a tiempo como son las preeclampsia, eclampsias o diabetes gestacionales que son de las patologías que más frecuente causan muertes maternas en Nicaragua así como en la región norte del país,

Es importante investigar los antecedentes obstétricos para identificar factores de riesgo tales como cesáreas anteriores, antecedentes de abortos, antecedentes de recién nacidos de bajo peso, macroscópicos o gemelar, ectópicos, gesta previas, nacidos vivos, también la identificación del periodo intergenésico, partos vaginales o cesáreas anteriores, esto habla bien de la unidad de salud ya que en un 100% se están haciendo en estos antecedentes el interrogatorio correcto en las pacientes, no obstante se descuidan puntos esenciales como: si los embarazos son deseados o el fracaso del método anticonceptivo, recordemos que estos dos últimos dejan entrever la madurez de la persona en cuanto al deseo y planificación del embarazo, de paso se debe recordar que en la actualidad existen un alto índice de embarazo

en adolescentes factor que contribuye también a muertes perinatales y a un bajo desarrollo socio económico comunitario y del país. Por tal razón la (Normativa 106, 2013) es clara en decir que “Disponer de información actualizada, completa, oportuna y aplicable en la planificación de acciones para el abordaje de la embarazada minimiza errores médicos en la atención”

La atención prenatal de calidad que cumple con los requisitos básicos, facilita la detección precoz de complicaciones del embarazo y la referencia oportuna, para la reducción de los indicadores: mortalidad materna y peri natal, para eso se elaboró la hoja de control prenatal (HCP) que es un instrumento diseñado para ayudar en las decisiones relacionadas con el manejo clínico individual de la mujer embarazada durante el control prenatal, el parto y el puerperio. (Ipinza M., 2007)

En la cuarta tabla muestra que la calidad revisada en 41 HCP fue encontrada que el 90% (36) el llenado es bueno, el 21,9% (9) es regular y el 2,4% (1) es malo. (HCP Minsa, tabla 4)

Tabla 4: Calidad del llenado de los antecedentes familiares y obstétricos, P/S Salida a Waslala, II semestre 2020

VALOR	n =41	%
BUENO	36	90,0
REGULAR	9	21,9
MALO	1	2,4
TOTAL	28	100%

Fuente: HCP Minsa

En la literatura existen variadas definiciones para el concepto de calidad aplicado al sector salud. Una de ellas refiere que: "El desempeño adecuado (de acuerdo con las normas) en las intervenciones consideradas seguras, que están al alcance de las sociedades en cuestión y que tiene la capacidad de producir un impacto en la mortalidad, morbilidad, discapacidad y malnutrición" (OPS, 2013); de

debido a esto los servidores de salud realizan un buen trabajo en esta parte del llenados de la HCP, no obstante aún se debe de mejorar, ya que hay una mínima deficiencia que puede ser causa de alguna complicación obstétrica que lleve al embarazo aun mal desenlace para ambas partes. Y si bien es cierto que este segmento cumple con el porcentaje de calidad según normativa, se debe de recordar también que las deficiencias en esta parte son en los ítems que tienen gran relevancia e impacto en la sociedad.

Según los datos encontrados en la gestación actual de 41 HCP se encontró que existen varios ítems que fueron llenado en un 100% como son el peso anterior, IMC, talla, FUM, PAP e inspección visual del cérvix. La FPP y VIH diagnóstico fue llenada en 97% (40) bien pero un 3% (1) no. EG confiable y paludismo 85% (35) si lo llenan y el 15% (3) no. Drogas, Alcohol, Violencia, Antitetánica 73% (30) si lo llenan y un 27% (11). Fuma, glicemia en ayuna y sífilis fueron llenas en un 92% (38) y el 7% (3) no. El mes de gestación solo en un 80% (33) si se llena el 20% (8) no. EGO normal, grupo RH y Malaria en un 90% (37) si se llena y el 10% (4) no. examen odontológico 82% (34) y 18% (7) no. examen de mamas 87% (36) si se llena y un 13% (5) no. Toxoplasmosis y estreptococos son llenados apenas un 60% (25) y en un 40% (16) no se llena. (HCP Minsa, tabla 5)

Tabla 5: Atención a embarazadas (exámenes), P/S Salida a Waslala, II semestre 2020

GESTACION ACTUAL	SI		NO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Peso anterior	41	100%			41	100%
IMC	41	100%			41	100%
Talla	41	100%			41	100%
FUM	41	100%			41	100%
FPP	40	97%	1	3%	41	100%
EG confiable	35	85%	6	15%	41	100%
Fuma	38	92%	3	7%	41	100%

Drogas	30	73%	11	27%	41	100%
Alcohol	30	73%	11	27%	41	100%
Violencia	30	73%	11	27%	41	100%
Anti rubeola	30	78%	9	22%	41	100%
Anti tetánica	30	73%	11	27%	41	100%
Mes de gestación	33	80%	8	20%	41	100%
EGO normal	37	60%	4	10%	41	100%
ODOT	34	82%	7	18%	41	100%
Mamas	36	87%	5	13%	41	100%
Cérvix	41	100%			41	100%
Inspección visual	41	100%			41	100%
PAP	41	100%			41	100%
Grupo RH	37	90%	4	10%	41	100%
toxoplasmosis	25	60%	16	40%	41	100%
HB>20semanas	41	100%			41	100%
Folatos indicados	41	100%			41	100%
HB>20semanas	37	90%	4	10%	41	100%
VIH Diagnostico tratamiento	40	97%	1	3%	41	100%
Sífilis diagnostico tratamiento	38	92%	3	8%	41	100%
Chagas	41	100%			41	100%
paludismo	35	85%	6	15%	41	100%
malaria	37	90%	4	10%	41	100%
bacteriuriaç	41	100%			41	100%
Glicemia en ayuna	38	92%	3	7%	41	100%
estreptococo	25	60%	16	40%	41	100%
Preparación para el parto	41	100%			41	100%
Consejería en lactancia materna	41	100%			41	100%

Fuente: HCP Minsa

La sección que más debilidades se tiene es la de la gestación actual, esta cuenta con un gran número de acápite, todos importantes, aquí se toma encuentra

desde el estado nutricional, los exámenes de laboratorio, los controles subsecuentes que la paciente se realiza entre otros. Por ser la más extensa es también la que tiene más debilidades.

El análisis de la gestación actual encontramos que los acápites que más se cumplen y por encima del 85% son el peso anterior, la talla, la fecha de la última menstruación, la fecha probable de parto, el examen físico. La valoración del estado nutricional de la mujer antes del embarazo es importante, para poder hacer la orientación adecuada de la alimentación durante la gestación, el cálculo de las fechas de partos se encontró que es el adecuado en relación a la fecha de la última menstruación, dato el cual es muy importante para ir evaluando la edad gestacional. Recordemos que las complicaciones obstétricas se tienen que relacionar también con la edad gestacional del paciente. Además, este registro nos indica que el control prenatal se está aprovechando correctamente para evaluar el estado de salud en general de la mujer.

Determinar la edad gestacional es tan importante como saber si esta es segura y confiable, la confiabilidad es algo que no se registra en su totalidad, esto habla de una investigación superficial por parte del recurso de salud, además de no hacer una investigación tan frecuente de los estilos de vida del paciente, recordemos que aquí se incluye lo que es hábito de fumar, alcohol, uso de drogas y violencia.

El que se encuentra extremadamente bajo en registros es la preparación del parto y el esquema de vacuna antitetánica, ya que está por debajo del 70%, no hay una correcta evaluación de la paciente, se está viendo únicamente desde el plano físico y no desde plano emocional. El parto es considerado un momento de stress de la vida, la orientación sobre los riesgos, las complicaciones, los cambios sentimentales, todo esto es responsabilidad del personal de salud.

El estado emocional es igual de importante que el estado físico. Además de esto no se lleva un buen control del esquema de vacunación, tener un mal registro de la vacuna antitetánica en mujeres adultas es no darle la importancia adecuada. La aplicación de la vacuna antitetánica a una mujer no protegida con toxoide tetánico, además, de protegerla a ella constituye una medida preventiva preconcepcional para un futuro embarazo.

Los registros de los exámenes de laboratorio descubrimos que solamente hay un examen que está por encima del 85% de registro el cual es la prueba de VIH, aunque es de un valor alto no es del todo satisfactorio, toda paciente embarazada debe de tener su prueba de VIH en dos momentos diferentes, para hacer una identificación precoz y abordaje oportuno para el binomio materno infantil.

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

El examen de orina (EGO) tienen un muy bajo registro, por debajo del 85%, lo cual sin duda es preocupante ya que no se están identificando procesos infecciosos tales como las Infecciones de Vías Urinarias (IVU), que son predisponentes para complicaciones del embarazo tales como amenaza de parto prematuro (APP). La misma lejanía y el contar con solamente un laboratorio para realizar exámenes de laboratorio impiden el cumplimiento de este acápite.

Habitualmente se enmarca el accionar en el sector salud con cuatro palabras: equidad, efectividad, eficacia y eficiencia. La prestación de servicios debe realizarse con equidad, esto es, dar más a quién más necesita garantizando la accesibilidad;

con eficacia, o sea, con metodologías y tecnologías adecuadas; con efectividad, alcanzar cobertura e impacto adecuados; y con eficiencia, con rendimiento y costos acordes. Sin dudas esto constituye la calidad de los servicios de salud.

En la tabla 6 se detalla que la Calidad del llenado en el segmento de atención de la embarazada, de 41 HCP revisadas el 82,9% (34) es bueno, el 12,1% (5) es regular y el 4,8% (2). (HCP Minsa, Tabla 6)

Tabla 6: Calidad del llenado de Atención a embarazadas (exámenes), P/S Salida a Waslala, II semestre 2020

VALOR	n =41	%
BUENO	34	82,9
REGULAR	5	12,1
MALO	2	4,8
TOTAL	41	100%

Fuente: HCP Minsa

Identificar las mujeres con factores de riesgos obstétricos y reproductivos, para la toma de decisiones oportunas. (Normativa 106, 2013), esto está escrito como uno de los principales objetivos a cumplir dentro de la normativa 106 y si observamos en la tabla 6, un alto porcentaje en el llenado correcto se cumple, pero por debajo de los estándares de calidad según normas del país, igual demuestra que este segmento tiene grandes deficiencias que ponen en riesgo la salud de la mujer y su hijo; es claro que los trabajadores de esta unidad de salud tienen grandes retos en mejorar para cumplir en un mayor porcentaje con las exigencias de la normativa misma que esta se dispone.

En relación al segmento de atención prenatal se encontró que existen ítem que cumplen en un 100% (41) con el cumplimiento del llenado como son: el día, mes, año, edad gestacional, peso, P/A, AU, Presentación, FCF, movimientos

fetales, iniciales del personal de salud y próxima cita. Proteinuria y signos de alarma 48% (20) si lo llenan y 52% (21) no lo hacen. (HCP Minsa, tabla 7)

Tabla 7: Calidad del llenado Atención Prenatal, P/S Salida a Waslala, II semestre 2020

Antecedentes prenatales	Si		No		Total	
	N	%	N	%	N	%
Día-Mes-Año	41	100%			41	100%
Edad gestacional	41	100%			41	100%
peso	41	100%			41	100%
P/A	41	100%			41	100%
AU	41	100%			41	100%
presentación	41	100%			41	100%
FCF	41	100%			41	100%
movimientos fetales	41	100%			41	100%
proteinuria	20	48%	21	52%	41	100%
Signos de alarma	20	48%	21	52%	41	100%
Iniciales del personal de salud	41	100%			41	100%
Próxima cita	41	100%			41	100%

Fuente: HCP Minsa

Con la atención prenatal subsecuente, aquí encontramos que hay 11 de 13 acápite que se encuentre llenados en su totalidad estos son: fecha de atención prenatal, la altura uterina, frecuencia cardiaca fetal, movimientos fetales, signos de alarma, signos de alarmas, peso, presión arterial, edad gestacional, presentación, frecuencia cardiaca fetal y iniciales del personal. Esto habla de un buen seguimiento por parte del personal de salud con la mujer embarazada, tener un registro de cuando se realizan el control y de cuando tienen próxima cita. Además de hacer un

registro adecuado de la frecuencia cardiaca fetal y los movimientos fetales de acuerdo a la norma y la edad gestacional adecuada

Sin dudas esto constituye la calidad de los servicios de salud. Sin embargo, existen algunas consideraciones importantes respecto al término calidad que es necesario tener en cuenta:

- Primero, calidad no es sinónimo de lujo o de complejidad, sino que, por el contrario, debe ser la misma en todos los niveles de atención.
- En segundo lugar, no constituye un término absoluto, sino que es un proceso de mejoramiento continuo.
- Tercero: es una cualidad objetivable y mensurable.
- Por último, no depende de un grupo de personas, sino que involucra a toda la organización.

El desafío es lograr evaluar este proceso en su conjunto de modo tal que pueda ser objetivado y comparado, que permita conformar estándares y elaborar procesos correctivos para producir mejoras continuas. (Huiza G , 2016)

Se describe, por último, que la calidad de atención prenatal alcanzo de 41 HCP revisadas que el 95,2% (36) es buena, y el 4,8% regular. (HCP Minsa, Tabla 8)

Tabla 8: Calidad del llenado de Atención Prenatal, P/S Salida a Waslala, II semestre 2020

VALOR	n =41	%
BUENO	36	95,2
REGULAR	5	4,8
MALO	0	0,0
TOTAL	41	100%

Fuente: HCP Minsa

La calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica de manera tal que maximice sus beneficios a la salud sin aumentar al mismo tiempo los riesgos. El grado de calidad es, por lo tanto, el punto en el cual se espera que la atención provista logre el balance más favorable de riesgos y beneficios", es demás decir que los líderes en salud de esta comunidad deberán ver la manera de maximizar los beneficio que la normativa permite a los trabajadores si se realiza el trabajo con buena actitud y responsabilidad en la atención y además decir que en este último segmento logra una buena calidad cumpliendo con los estándares de supervisión exigido por el ministerio de salud de Nicaragua, pero también es bueno recordar que no se debe de confiar y seguir trabajando en alcanzar la máxima calidad en la atención en salud el cual es el desafío de toda normativa y de todo servidor de salud con el objetivo de hacer verdaderas intervenciones y conseguir cambios positivos en la sociedad como la disminución de la mortalidad materno infantil.

En general el Puesto de Salud Salida a Waslala cumple en su mayoría con la calidad del llenado de la Hoja de Control Prenatal, no obstante, aún se siguen descuidando el llenado en cierto acápite que podrían comprometer el bienestar materno infantil y estos se podría deber a la falta de conocimiento de las mismas, la falta de recursos de laboratorio y la falta de interés de los recursos son factores que influyen en el cumplimiento de los estándares de calidad.

CAPITULO V

5.1. CONCLUSIONES

- 1- Se identifica el llenado de los datos de filiación de las embarazadas en estudio. en el puesto de Salud Salida a Waslala, encontrando deficiencia en llenado de este, el cual su mayor falla está en no escribir correcta y legible el nombre y dirección del paciente, así como el llenado de otro ítem
- 2- Al verificar el llenado del segmento antecedentes patológicos familiares, personales y obstétricos de las embarazadas. Se obtuvo un alto valor en la calidad del llenado cumpliendo con la normativa, pero descuidando información importante como es la gesta, embarazos múltiples entre otros.
- 3- Se Constata que el llenado del segmento datos de exámenes clínicos y laboratorios de las pacientes embarazadas. También es bueno según la calificación otorga, pero no cumple con el estándar de valoración de la normativa, ya que a su vez es la parte de la HCP donde más se descuida su llenado.
- 4- Se Determina que el llenado de los datos de las consultas prenatal y la realización de las curvas de ganancia de peso materno y altura uterina para la edad gestacional igual es de los segmentos de la HCP mejor llenado de toda la hoja.

5.2. RECOMENDACIONES

AL MINSA:

- Dar mayor presupuesto por parte del MINSA al programa encargado de los controles prenatales.
- Habilitar a todas las unidades de salud con gran demanda de población de embarazadas, con equipos de laboratorios completos para mejorar con el cumplimiento de los exámenes de laboratorio.

AL SILAIS:

- Brindar capacitación continua sobre la importancia del llenado de la HCP en los trabajadores de la atención primaria para la detección temprana de los factores de riesgos.
- Reafirmar en la población, la importancia del control prenatal precoz y periódico.
- Sensibilizar a los trabajadores de la salud en la mejora de la calidad de atención en todos sus componentes de la HCP.
- Garantizar la auditoria medica periódica de los expedientes de embarazadas para identificar las principales debilidades del llenado de HCP.

AL PERSONAL DE SALUD:

- Realizar una evaluación completa de la paciente embarazada, mejorando la calidad de atención del paciente

5.3. REFERENCIAS

- Alvarado S. & Sanchez J. (2008). Tesis para optar al título de Medicina General y Cirugía. Evaluación del cumplimiento de las normas del programa control prenatal (CPN) en los puestos de salud del centro de salud Maria del Carmen. Salmeron-Chinadega. Chinandega: UNAN-Leon.
- Bellindo C. et al. (2013). etiología y fisiopatología de la hipertensión arterial esencial. Obtenido de <http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/hipertensionfisiopatologiaespaña/pdf>
- Hernandez R. et al. (2013). Cumplimiento de llenado de las hojas de historia clínica perinatal (HCP). Managua: UNAN-Managua.
- Huiza G . (octubre-diciembre de 2016). Satisfacción al usuario externo sobre Calidad de Atención en Salud, en el Hospital Base Neval. Obtenido de elcallo: http://www.revistaobgin.cl/files/pdf/articulosde_revision_140a1440.pdf
- Ipinza M. (2007). Calidad y Atención Integral de Salud: dos conceptos inseparables. Chile: Cuad Méd Soc.
- Normalización., O. I. (2005). Sistemas de Gestión de Calidad: Fundamentos y Vocabularios. . Ginebra: ISO.
- Normativa 029. (2009). Normas de Alimentación y Nutrición, para embarazadas, Puérperas y Niñez menor de cinco años. Managua-Nicaragua: Minsa.
- Normativa 077. (2011). Protocolo para el Abordaje de las Patologías más frecuentes del Alto Riesgo Obstétrico. Normativa 077. Managua-Nicaragua: Minsa.
- Normativa 106. (2013). Manual para el Llenado de la Historia Clínica (HCP). Dirección General de Extensión de Calidad de Atención Normativa. Managua: Minsa.
- Normativa 106. (2013). Manual para el Llenado de la Historia clínica perinatal (HCP). MANAGUA: Minsa.

- Normativa 109. (2013). Protocolo para el Abordaje de las Patologías más frecuentes del Alto Riesgo Obstétrico. Normativa 077. Managua-Nicaragua: Minsa.
- Nortativa 011. (2015). “Normas y Protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo”. Managua: MINSA.
- OPS. (2013). Calidad en la prestación de servicios de salud: una aproximación al concepto. Revista de ciencias sociales, Vol. XIX, No. 4.
- Rivera A. (2008). Semanas de Gestación. Obtenido de Escuela Nacional de Enfermería. Universidad Nacional Autónoma de México: <http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/3948/SanRomanDiegoMA.pdf?sequence=1>
- Zeron C. & Sanchez J. (2015). Calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal en el Hospital Primario Ambrosio Mogorron de San José de Bocay. Managua: UNAN-Managua.

ANEXO Nº 1

Hoja de Control Prenatal

Este color significa ALERTA (consultar inmediatamente luego de producirse) ●

Este color significa ALEGRÍA (consultar inmediatamente luego de producirse) ●

HISTORIA CLINICA PERINATAL - MINSA NICARAGUA										FECHA DE NACIMIENTO		ETNIA		ALFA BETA		ESTUDIOS		LUGAR DE VIVIENDA																									
NOMBRE Y APELLIDOS										dia mes año		blanca		no		ninguno		casado																									
DOMICILIO										EDAD (años)		indígena		sí		seguro		Lugar del parto																									
LOCALIDAD										TELEF.		mezcla		no		no		Lugar del parto																									
FAMILIARES										PERSONALES		OBSTETRICOS		gestas previas		abortos		vaginales		nacidos vivos		viven		FIN EMBARAZO ANTERIOR																			
TBC										diabetes		último previo		3 espont.		cesáreas		nacidos muertos		muertos		después		EMBARAZO PLANEADO																			
hipertensión										pre-eclampsia		último peso		emb. ectópico		paros		nacidos vivos		1° sem.		no		EMBARAZO PLANEADO																			
colapso										VIH		Antecedentes		Múltiple		cesáreas		nacidos vivos		1° sem.		no		EMBARAZO PLANEADO																			
GESTACION ACTUAL										PESO ANTERIOR		IMC		TALLA (cm)		EG CONFIABLE		FUM ACT		FUM PAS		DROGAS		ALCOHOL		VIOLENCIA		ANTIRRUEBLA		ANTITETANICA		EX. NORMAL											
CERVIX										Kg		cm		por		1° bím		2° bím		3° bím		no		sí		no		sí		no													
PAP										mmHg		mmHg		Eco <20 s.		no		sí		no		sí		no		sí		no		sí		no											
COLP										Rho		Inmuniz.		Toxoplasmosis		Hb <20 sem		Fe/FOLATOS		Hb ≥20 sem		VIH - Diag - Tratamiento		SIFILIS - Diagnostico y Tratamiento		Tb. de la		ODONT.		MAMAS													
PALUDISMO/MALARIA										BACTERIURIA		GLUCEMIA EN AYUNAS		ESTREPTOCOCCO B		PREPARACION PARA EL PARTO		CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA		no		sí		no		sí		no		sí		no											
Múltiple										no		sí		no		sí		no		sí		no		sí		no		sí		no													
ATENCIONES PREVIAS										dia mes año		edad gest.		peso (kg)		P.A.		altura uterina		presión arterial		FC/F (lpm)		p/p/m. reales		protei. nume.		signos de alarma, exámenes, tratamientos		Iniciales personal de salud		próxima cita											
PARTO										ABORTO		LUGAR DEL PARTO		HOSPITALIZ. en EMBARAZO		CORTICOIDES ANTENATALES		INICIO		RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA		EDAD GEST. al parto		introducción		TRAMITO		ACOMPANANTE															
Fecha de ingreso										Institucional		Domiciliar		completo		Inducido		hora min		temp. ≥ 38°C		semanas		no		sí		no		sí													
CARNE										Otro		Incompleto		ninguno		cesar. exact.		no		sí		no		sí		no		sí		no		sí											
TRABAJO DE PARTO										hora min		posición de la madre		PA		pulso		cont./10'		distensión		aburs. present.		variedad post.		meconio		FC/Faltos		HTA previa		HTA inducida		preeclampsia		edematoso		cardiopatía		nefropatía		diabetes	
NACIMIENTO										VIVO		hora min		dia mes año		MÚLTIPLE		TERMINACION		cesáreas		otro		INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO		INDUC.		OPER.		infec. ovular		infec. urinaria		amenaza parto preter.		R.C.I.U.		rotura prem. de membranas		enemias		otro cond. grave	
MUJERTO										anteparto		parto		ignora		orden		essont.		vacuum		no		sí		no		sí		no		sí		no		sí		no					
POSICION PARTO										oculto		ocultos		ocultos		ocultos		ocultos		ocultos		ocultos		ocultos		ocultos		ocultos		ocultos		ocultos		ocultos		ocultos		ocultos					
RECIEN NACIDO										P. CEFALICO (cm)		E.C. GESTACIONAL		PESO AL NACER		LONGITUD (cm)		ESTIMADA		CUIDADOS AL RECIEN NACIDO		APGAR		FALLECE EN LUGAR DE PARTO		ATENCION		PARTO		NEONATO		PUERPERIO INMEDIATO		REFERIDO		ANTICONGERCIONAL							
SEXO										g		sem. días		g		cm		no		sí		no		sí		no		sí		no		sí		no		sí							
DEFECTOS CONGECIONALES										no		sí		no		sí		no		sí		no		sí		no		sí		no		sí		no		sí		no					
EGRESORNI										vivo		fallece		tratado		fallece durante o en lugar de traslado		EDAD AL EGRESO		ALIMENTO ALTA		Bce. ambe		EGRESO MATERNO		tratado		lugar		Método elegido		DIU post. evento		ligadura tubar.		DIU		natural		otro			
Nombre Recién Nacido										Responsable		Responsable		Responsable		Responsable		Responsable		Responsable		Responsable		Responsable		Responsable		Responsable		Responsable		Responsable		Responsable									