

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Facultad de Ciencias Médicas
UNAN – León**



Informe Final
Trabajo monográfico para optar al título de:
Doctor en Medicina y Cirugía

Calidad de la información brindada por la HCPS en pacientes que fueron trasladadas de unidades de atención primaria al Hospital: “Asunción” de Juigalpa Chontales. Enero – Abril del 2010.

Autor:

Br. Hanzzel Sebastián Reyes G.

Tutor:

Dr. JUAN ALMENDARES PERALTA

Máster en salud pública.

ACESOR METODOLOGICO

DR. DIEGO CALVO

MASTER EN SALUD PÚBLICA

Dedicatoria

Agradezco a Dios que siempre nos ilumina y guía nuestras vidas y por brindarnos la sabiduría para comprender que el progreso del hombre esta en alcanzar sus ideales y dentro de ellos una profesión digna y al servicio de los demás.

A mis padres que con su dedicación, amor, sacrificios, disciplina y perseverancia siempre me impulsaron a seguir adelante, por enseñarme los grandes valores del ser humano y mostrarme el camino para llegar al éxito.

A mi esposa que me ha servido como guía de ejemplo a seguir en virtudes humanas y calidad profesional, así como ejemplo de humildad, solidaridad y abnegación, siempre presente en los momentos difíciles, a mi hija por que representa la esperanza de nuestros anhelos.

Agradecimiento

Especial agradecimiento sobre todo a Dios, quien me brindó el conocimiento, sabiduría y fortaleza para lograr concluir esta etapa tan importante en mis estudios.

A mis padres, hermanos y familiares por el apoyo espiritual, moral y material que me han brindado incondicionalmente, por estar siempre presente en cada momento de mi vida.

Al personal docente de la UNAN León y del Hospital Regional Asunción de Juigalpa quienes compartieron sus conocimientos y me brindaron su apoyo y aporte científico, como base para el desarrollo de esta investigación.

A mis buenos compañeros y amigos con quienes compartimos experiencias inolvidables en todo lo largo de nuestra carrera profesional, y a todas aquellas personas extrañas que al iniciar este camino en la atención de la salud han podido brindarme su ayuda y a quienes deseo agradecer ya que de forma directa o indirecta han formado parte de la elaboración de esta monografía.

Resumen

El presente estudio es de tipo descriptivo de corte transversal, con el objetivo de evaluar la calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal Base Simplificada (HCPBS) en embarazadas remitidas de las unidades de atención primaria de los diferentes municipios del SILAIS Chontales hacia el Hospital Regional Asunción de Juigalpa, durante el periodo Enero _ Abril del año 2,010.

El universo estuvo constituido por 372 Historias Clínicas Perinatales Básicas Simplificadas de los expedientes de las pacientes ingresadas al servicio de Alto Riesgo Obstétrico de esta unidad de segundo nivel de atención. Para la recolección de la información, se tomó como base las HCPBS de cada una de las pacientes referidas, las cuales fueron analizadas de forma individual y en la generalidad, la muestra fue a conveniencia, es decir de tipo no probabilística, la información fue procesada utilizando el programa estadístico SPSS versión 17, obteniendo tablas y gráficos de frecuencias y porcentajes.

Los resultados más relevantes del estudio demuestran que en los datos socio demográficos y biológicos hay una insuficiencia por arriba del 80% de lo requerido en la HCPB, siendo las variables con mayor su registro, el código de la unidad de salud, numero de identidad de la persona, fecha de nacimiento, etc. Un 26% eran embarazadas adolescentes. En el área de antecedentes patológicos familiares y personales, los datos estaban completos en un 99% y 97% respectivamente, con indicativos de ausencia de riesgo de 70 y 97% para ambos componentes. A nivel de antecedentes obstétricos, el 40% eran primigesta y un 5% correspondían a grandes múltiparas, 10.7% tenía antecedentes de cesárea y un 15% con antecedentes de aborto, en este componente el 96 % de los casos tenía información completa, de la que el 7!% sugería la ausencia de riesgo. En el componente relacionado con el embarazo actual, se observó que el 98% de las HCPB tenían información insuficiente, sin embargo la fecha de última menstruación y fecha probable de parto estaba consignada en el 90% de los casos, contrario al IMC que solo se registró en un caso. El incremento de peso durante el embarazo fue adecuado en un 46%, de estas un 44.3% estaban bien graficadas. El porcentaje de cumplimiento en él envió de exámenes de rutina en ningún caso sobrepasa el 50% para las diferentes pruebas y los

resultados patológicos para cada uno de estos exámenes es bajo, a excepción del EGO donde los resultados patológicos alcanzan hasta un 40%, 56 de la totalidad de los casos, presento una patología (15%), siendo principal patología observada la Pre eclampsia con 2.4%. Los principales motivos de referencia de la embarazada a la unidad de mayor resolución fueron la Variación de frecuencia cardiaca fetal (33.3%), la amenaza de parto prematuro (15.6%), circular de cordón (13.2%) y ruptura prematura de membranas

Se concluyó que el 47 % de las HCPBS fueron llenadas correctamente, los datos socio demográficos se completaron en su totalidad, excepto el número de identidad y número del expediente y en muy poco porcentaje se realizó la curva de ganancia de peso y crecimiento uterino.

Se recomienda al MINSA y al SILAIS Chontales, fortalecer los CPN's, mejorar la HCPBS incorporando otros factores de riesgos importantes, brindar capacitación sobre la importancia del llenado de la HCPBS 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.

INDICE

<u>Contenido</u>	<u>Páginas</u>
I.Introducción	01
II.Antecedentes	03
III. Justificación	07
IV.Planteamiento del problema	08
V.Objetivos	09
VI. Marco teórico	10
VII.Material y método	43
VIII.Resultados	48
IX.Discusión de resultados	51
X.Conclusiones	61
XI.Recomendaciones	62
XII.Referencias bibliográficas	63

I. Introducción

La búsqueda “de la calidad del servicio” representa un desafío o incluso una prioridad estratégica para los profesionales de la salud, particularmente en los servicios públicos en donde el compromiso personal para mejorar los estándares de atención a la población, está muchas veces supeditada a las políticas, carencia de recursos, bajos salarios y cultura personal e institucional.

En el ámbito ginecológico, la implementación de una Historia Clínica Prenatal informatizada es muy importante, en la tarea de modernizar los procedimientos en las unidades de salud con el fin de mejorar la calidad en la atención de los pacientes que concurren a las mismas y obtener información estadística perinatal en forma rápida y actualizada .

La Historia Clínica Perinatal Simplificada (HCPS) es de mucha utilidad para enfocarse en la calidad de la atención en salud, ya que se basa en un conjunto de observaciones y procedimientos que el sistema de salud se ha comprometido a dar, orientando sus esfuerzos a mejorar la calidad de atención de las mujeres embarazadas (1)

La HCPS tiene sus fundamentos en los conocimientos basados en evidencias científicas y prácticas que han demostrado ser seguras, con el propósito de ofrecer a profesionales y técnicos de la salud una guía que permite enfocar la estrategia de una atención segura, confiable y de calidad con el fin de incidir en la identificación de factores de riesgo para reducir las muertes maternas e infantiles y por consiguiente que les permita a las mujeres embarazadas quedar completamente satisfechas, ya que calidad implica satisfacción (2).

La información que recoge la HCPS cuando es llenada correctamente de forma eficaz y eficiente, permite que esta se convierta en un instrumento de suma importancia para la toma de decisiones a cualquier nivel ya que a través de esta información se puede pronosticar con certeza las posibles complicaciones que puede sufrir la embarazada y

así tomar decisiones con la finalidad de evitar muertes maternas y peri natales controlando el riesgo y atendiendo precozmente las complicaciones obstetricas (3).

La calidad de la información de la HCPS a nivel hospitalario, consiste en saber analizar y reconocer las patologías, los signos y señales de peligro, los antecedentes patológicos familiares, personales y obstétricos, logrando a través de ello actuar debidamente o administrar según normas el tratamiento adecuado e indicado en tiempo y forma y a la usuaria adecuada. Sin embargo ello requiere el compromiso del nivel de atención primario de detectar precozmente a la mujer embarazada para hacerle los controles necesarios en los que se busque la información sobre riesgos a la salud mediante entrevistas, exámenes de laboratorios y procedimientos médicos, y la vez, se evalúe el seguimiento de la mujer detectando precozmente cambios sospechosos de complicaciones en el embarazo o que ponen en riesgo el parto.

Si la información está completa y bien registrada, será un documento de apoyo para el diagnóstico en la atención del parto o de una complicación obstétrica ya sea a nivel hospitalario, clínica privada o cualquier otra unidad.

Por ello hemos considerado importante evaluar la calidad del registro de la HCPS, tomando en cuenta de que se ha considerado una poderosa herramienta informática en los cuidados y seguimientos a la mujer embarazada.

II. Antecedentes

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 (4)

La Historia Clínica Perinatal Simplificada (HCPS) del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) (1,2,3,4), se implementó a partir del 1 de junio de 1990 en el Servicio de Toco ginecología, Sala de Maternidad, del Hospital Zonal General de Agudos Manuel Belgrano". El hospital se encuentra ubicado en la Ciudad de San Martín, Provincia de Buenos Aires. Además es centro receptor de una gran variedad de patologías perinatales.

El Sistema de Información Perinatal (SIP), se encuentra en funcionamiento en el hospital Manuel Belgrano desde el año 1988 en el área de epidemiología perinatal y bioestadística. Este sistema se basa en una historia clínica (HCPB) de una sola página con los datos de interrogatorio, examen y estudios complementarios ordenados en la secuencia cronológica en que se recogerán. Un sistema de alerta, destacado con color amarillo, jerarquiza aquellas situaciones de riesgo aumentado. El Sistema Informático perinatal permite además la comparación de la situación perinatal institucional por su característica uniforme de recolección y análisis de los datos con idénticos criterios.

Nicaragua, como otros países en vías de desarrollo, presenta altas tasas de fecundidad, así con un incremento poblacional acelerado y grandes limitaciones económicas, lo que origina un deficiente estado nutricional en gran parte de la población, además tiene uno de los más altos índices de mortalidad materna según clasificación de organismos internacionales de salud. Las cifras oficiales señalan una tasa de 159 por cada 100 mil nacidos vivos.

Los registros de mortalidad relacionada con el embarazo en el año 2007 en el departamento de Chontales, revelan que ocurrieron cuatro muertes maternas durante el embarazo, las cuales según procedencia, 50% fueron del sector rural y 50% del sector urbano; durante el parto ocurrieron tres muertes, siendo el 100% del sector rural y durante el puerperio ocurrió una muerte procedente del área urbana, para un total de 8 casos.

La información que está registrada en las hojas de Control Prenatal (HCPS) es una información muy importante ya que nos ayuda a la detección de enfermedades maternas subclínicas, prevención, diagnóstico temprano, tratamiento de las complicaciones maternas, y la vigilancia del crecimiento y vitalidad fetal.

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 peri natal 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 a los tabúes que todavía predominan en nuestras sociedades (5).

En un estudio realizado en Colombia en 1990, 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 continua siendo tardía.

Ada Paca Palao, realizó un estudio en Perú en 2003 donde evaluó la calidad de atención en los servicios de control prenatal, 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 (6).

En el año de 1990, Bodan Bravo, en la ciudad de Nandaimé estudio la calidad de la Historia Clínica Perinatal Básica (HCPB), valora el llenado completo de la HCPB por parte del médico general y médicos en servicio social a un total de 136 mujeres,

encontrando dentro de la categoría mala el sector de embarazo actual, hubo déficit en el 55.2%, en la categoría regular el sector patológico este fue de 68.7%. Sobresale el sector antecedentes con un 97.37% como muy buena. Se observa que la mayoría de los sectores se encuentran en las categorías muy buena o buena. En el caso de los médicos en servicio social se encontró déficit en el llenado en un 60.42% en el sector del embarazo actual, y 68.5% en el sector patológico. Del total de historias clínicas perinatal básicas de catálogo como buena en un 57.35% y el 16.17% como regular (7).

En 1992, Milton Rocha, realiza un estudio del municipio de Cukra Hill acerca del cumplimiento de las normas del control prenatal de embarazos con riesgos obstétricos, el cual se encontró lo siguientes datos: en los embarazo de bajo riesgo, los datos generales fueron llenado correctamente en el 88% de los casos los antecedentes familiares y personales no se registraron en el 100% de los casos, los datos del embarazo actual no se anotaron correctamente en un 95%, los datos de las consultas subsecuentes de control prenatal se llenaron correctamente en 94%, no se elaboro la curva de incremento de peso y altura uterina en 99% y 97% respectivamente. En los embarazos de alto riesgo los datos generales fueron llenados correctamente en un 79%, antecedentes familiares y personales en 100%. Los obstétricos en 69% y los datos del embarazo actual no fueron llenados correctamente en 96%, no se elaboro la curva del incremento de peso y altura uterina en un 99%. El 100% de las embarazadas fueron controladas por auxiliar de enfermería se encontró el 37% de captaciones en el primer trimestre del embarazo. Al 81% de los embarazo de bajo riesgos se realizo menos de cuatro controles y el 76% de los embarazo de alto riesgos seis controles o menos no se identificó el riesgo de gestantes y solo fueron referidas el 10% de las ARO. Todo esto puso de manifiesto que el personal no estaba capacitado adecuadamente sobre las normas del control prenatal y la importancia de identificar el riesgo obstétrico. (8)

En 1994, se realiza un trabajo monográfico titulado "Calidad del Control Prenatal según el llenado de la Historia Clínica Perinatal Simplificada en el Centro de Salud Francisco Buitrago en el cuatro trimestre de 1994 "llevado a cabo por Ivete Castillo y Faby Canelón, se encontraron los siguientes resultados: el 70% estaba ubicado en los grupos de 15 a

24 años , el 50% tenía un nivel escolar de primaria , el 51% fue captada en el primer trimestre del embarazo , se realizaron un promedio de 3.8 de controles prenatales, los antecedentes personales se registraron en el 90% de los casos , los antecedentes obstétricos fueron registrados en un 68%. En datos registrados en la Historia Clínica Perinatal más del 50% fueron: sensibilización, (86.6%), vacuna antitetánica (83%), peso anterior (80.2%), Rh (79.2%), grupo sanguíneo (77.4%), EGO, VDRL, Hb (68%) (9).

En 1995 se realiza un estudio sobre el cumplimiento de las normas del control prenatal en unidades urbanas de atención primaria del municipio de Bluefields encontrando que el 100% de las gestantes se le registro datos personales el 36% de expedientes carecía de historia clínica perinatal los antecedentes patológicos personales y familiares no fueron llenado en un 38.7% y 46.7% respectivamente los antecedentes obstétricos solamente el intervalo intergenesico no se encontró datos en un 4.9%. La captación durante el primer trimestre fue de 33.4% estas fueron realizadas por personal médico en un 45.8%, por auxiliares de enfermería 31.1%, enfermeras 4.9% y personal no capacitado 18.2%. Las curvas de incremento de peso y altura uterina no fueron llenado en un 100% de las gestantes, el 51.1% de los expedientes no se les anota la aplicación de toxoide tetánico previa, los exámenes de laboratorio no se registraron en el 51.1%, el tipo y Rh no se registro en el 91.1%. Solamente el 32.2% de los embarazo fueron clasificados; en embarazo ARO (15.6%) y normal (19.6%) el 42% de las embarazadas ameritaba ser clasificado como embarazo ARO, no existía seguimiento del embarazo ya que del total del embarazo estudiados solamente el 37.4% tenían en su historia clínica datos sobre la conclusión del mismo (10).

III. Justificación

El conocimiento de la calidad del control prenatal en relación a sus requisitos básicos y según el llenado de la Historia Clínica Prenatal Básica Simplificada (HCPBS) es de suma importancia por que una buena calidad de la misma refleja en gran medida la calidad de la atención hacia la mujer embarazada.

Dada la importancia de la HCPS como herramienta para la detección oportuna de factores de riesgo y el abordaje adecuado de patologías durante el embarazo, parto y puerperio, se considero evaluar el llenado e interpretación adecuada en pacientes referidas al Hospital Regional Asunción de Juigalpa.

Los resultados de este estudio nos permitirán identificar las dificultades en la calidad de la información que se genera en la Atención Primaria en los cuidados y seguimiento de la salud de la mujer embarazada que puedan ser de utilidad para la atención hospitalaria.

IV. Planteamiento del Problema

¿En qué medida, de acuerdo la información contenida en la HCPS, la atención recibida por las embarazadas en las unidades de atención primaria, cumple con los requisitos de calidad tanto en llenado de la HCPS, como en la aplicación adecuada de las Normas y Estándares para la atención establecidas por el Ministerio de Salud?.

¿En qué medida, la información que brinda el HCPS de las mujeres que han sido trasladadas desde las unidades de atención primaria al Hospital Regional Asunción, tienen la suficiente calidad para que el nivel hospitalario pueda valorar los cuidados y seguimientos realizados?

V. Objetivos:

Objetivo General:

Determinar la calidad de la información registrada en la HCPS y el cumplimiento de estándares de calidad en la atención a la embarazada, en pacientes trasladadas al Hospital Asunción de Juigalpa Chontales, durante el periodo comprendido de Enero-Abril 2010.

Objetivos Específicos:

- 1) Determinar la calidad del llenado de la HCPS por las unidades de atención primaria en salud.
- 2) Establecer la medida en que las pacientes fueron clasificadas correctamente según su riesgo.
- 3) Identificar en qué medida el abordaje fue adecuado según las normas del Programa Control Prenatal y el nivel de riesgo que corresponde.
- 4) Establecer la medida en que el motivo de referencia de estas pacientes, pudo ser previsto mediante la información generada en la HCPS.

VI. Marco Teórico.

La salud perinatal guarda una relación íntima con múltiples factores sociales, culturales, genéticos, económicos y ambientales, pero quizá sea la salud integral de la madre aún desde la etapa preconcepcional y la utilización oportuna y adecuada de servicios médicos prenatales y neonatales de alta calidad, los factores más susceptibles de modificar y de mayor incidencia en las tasas de mortalidad perinatal. Por tal razón los indicadores específicos para evaluar los programas orientados a su reducción apuntan hacia el mejoramiento de los programas de planificación familiar, nutrición, control prenatal y parto.

La muerte materna y la muerte fetal son dos tragedias propias del subdesarrollo de graves repercusiones sociales y psicológicas para el grupo familiar que sobrevive y que trascienden como el resultado final de una serie de circunstancias negativas que van desde la discriminación, la pobreza, la ignorancia, y la falta de recursos hasta la carencia tecnológica y el desacierto o la negligencia en el actuar médico.

Algunas causas registradas de morbilidad y mortalidad perinatal y materna pueden prevenirse si el programa de control prenatal funcionan adecuadamente. Unos de los aspectos del control prenatal a ser evaluados es el buen llenado de la Historia Clínica Perinatal Simplificada que refleja en gran medida la calidad de la atención a la mujer embarazada y el funcionamiento adecuado del mismo siendo el sistema de registros de la información el instrumento mas apropiado para supervisar el cumplimiento de las normas y brindar los datos indispensables para su evaluación posterior.

La Historia Clínica Perinatal Base Simplificada (HCPBS) es un documento de fácil llenado para cualquier profesional de la salud que realice atención obstétrica, esta debe uniformar el contenido de la información correspondiente al embarazo, parto, puerperio y recién nacido. El ordenamiento de los datos deberá permitir su recolección y volcado en un tiempo breve y agilizar su ulterior análisis, ya sea por quien lo recogió como por aquel que no habiéndolo hecho, necesita información incluida en la historia, cuenta con casilleros de color amarillo que indican algunos factores que frecuentemente pueden

aumentar el riesgo perinatal, pretendiendo alertar al personal responsable del cuidado de la madre y el niño para facilitar la toma de decisiones que las normas locales disponen, su uso sencillo y de bajo costo cumple con la finalidad de reunir en una sola hoja una serie de datos fáciles de obtener que resuma toda la información mínima indispensable para una aceptable atención perinatal (11).

Objetivos de la HCPBS (12, 13)

1. Servir de base para planificar la atención de la embarazada y su hijo y facilitar el funcionamiento de los servicios perinatales en el nivel primario de atención de baja complejidad.
2. Normalizar y unificar la recolección de los datos.
3. Facilitar al personal de salud aplicar sus normas de atención para la embarazada y el recién nacido.
4. Ofrecer elementos básicos para la supervisión de los centros de atención primaria para la madre y el recién nacido.
5. Ayudar en la capacitación del equipo de salud.
6. Conocer las características de la población atendida.
7. Constituir un registro de datos de interés legal para la mujer embarazada y su hijo, el equipo de salud y la institución responsable de la atención.
8. Constituir un registro de datos perinatales básicos para la investigación de servicios de salud.

Enfoque de riesgo (14)

El enfoque de riesgo es un método de trabajo en la atención de la salud de las personas, la familia, las comunidades, se fundamenta en el hecho de que no todos los individuos tienen la misma posibilidad o riesgo de padecer un daño determinado, ya que dicha probabilidad en algunos es mayor que en otros. Esta diferencia establece un gradiente de necesidades, de cuidados que va desde un mínimo para los individuos de bajo riesgo hasta un máximo necesario solo para aquellos con alta probabilidad de sufrir alteraciones de salud en el futuro.

Factor de Riesgo, es toda característica o circunstancia de individuos o grupos que se asocian con mayor posibilidad de desarrollar un estado particular. Son características que se asocian significativamente con resultados adversos y cuya importancia va a unir a la prevalencia en la población con las posibilidades de realizar cambios.

Factor de riesgo perinatal: Entre los factores que inciden en la evolución del embarazo y de su producto se pueden diferenciar los que se asocian con un riesgo potencial y los que se asocian con un riesgo real.

Factor de riesgo potencial: figuran fundamentalmente los preconcepcionales (clase social, estado civil, nivel académico, paridad, edad materna). Requieren fundamentalmente atención prenatal y neonatal durante el parto. El objetivo fundamental en este grupo es controlar la evolución del proceso para evitar que el riesgo se convierta en real.

Factor de riesgo real (alto riesgo obstétrico – ARO): la patología o anomalía ya se encuentra establecida (toxemia, diabetes, hemorragia, anemia), da origen a su vez a la constitución de dos grupos: uno con aquellos casos cuyo problema puede ser abordado eficazmente en el centro donde son captados (anemia por déficit de hierro) y otros que requieren derivación a centros de mayor complejidad en el momento oportuno del embarazo o para la atención del parto (enfermedad hemolítica fetal).

Factores de riesgo materno, son todas las situaciones o acontecimientos relacionados a la madre o al proceso del trabajo de parto que predisponen al producto a tener un riesgo. Entre otros antecedentes de IVU en las últimas semanas previo al nacimiento del bebé, la ruptura prematura de membranas, el trabajo de parto prolongado...etc.

Factores de riesgo neonatales, son todas las características propias o condiciones que tiene el producto que lo hacen ser un feto o neonato de riesgo, entre otras se encuentran las semanas de gestación, el bajo peso al nacer.

Factores que entran en riesgo de mortalidad prenatal materna:

- A. Preconcepcionales (antes de aparición del embarazo).
- Nivel socioeconómico bajo.
 - Analfabetismo
 - Mal nutrición materna.
 - Talla baja.
 - Obesidad.
 - Madre adolescente(<18 años)
 - Edad materna avanzada.> 35 años)
 - Gran multiparidad.
 - Corto intervalo ínter genésico (< 18 meses)
 - Antecedentes familiares (Diabetes, tuberculosis pulmonar, sífilis, malformaciones Congénitas)
 - Antecedentes obstétricos(abortos, muerte perinatal, embarazos prolongados)
 - Patología previa al embarazo (hipertensión arterial, diabetes, cardiopatía, tiroides, Toxoplasmosis, insuficiencia renal)
- B. Del embarazo(aparecen durante el embarazo)
- Anemia (Hb <10 gr. o Hto < 30%)
 - Control prenatal deficiente.
 - Captación tardía o ausencia de control prenatal.
 - Poca ganancia de peso.
 - Excesiva ganancia de peso.
 - Habito de fumar.
 - Alcoholismo.
 - Hipertensión inducida por el embarazo.
 - Enfermedades de repercusión en embarazo actual (infección de vías urinarias, Toxoplasmosis, tiroides, etc.)
 - Embarazo múltiple.
 - Embarazo prolongado.
 - Hemorragias.

- Retardo del crecimiento intrauterino.
- Ruptura de membranas.
- infección ovular.
- Incompatibilidad sanguínea feto materna.
- Amenaza de parto pretermino

Control prenatal

Se entiende por control prenatal a la serie de contactos, entrevistas, o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar, la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza, con el objetivo de detectar los riesgos, prevenirlos, anularlos o solucionarlos, asegurar en lo posible que todo embarazo culmine en un niño sano sin deterioro de la salud de la madre (15)

Con el control prenatal se persigue: la detección de enfermedades maternas subclínicas, la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo, la vigilancia del crecimiento y la vitalidad fetal, la disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo, la preparación psicofísica para el nacimiento, la administración de contenidos educativos para la salud, la familia y la crianza. El control prenatal para poder considerarlo óptimo debe cumplir los siguientes requerimientos básicos:

1. **Precoz o temprano:**

- Tratando que sea en el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. Además torna factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir.

2. **Periódico:**

- La frecuencia de los controles prenatales varía según el riesgo que presenta la

embarazada. Las de bajo riesgo requieren un número menor de controles de alto riesgo.

3. **Completo o integral:**

- Los contenidos mínimos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación, y rehabilitación de la salud.

4. **Extenso o de amplia cobertura:**

- Solo en la medida que el porcentaje de población controlada sea alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas) se podrán disminuir las tasas de morbi-mortalidad materna y perinatal.

En general, para realizar un control prenatal efectivo, de por sí ambulatorio, no se precisan instalaciones costosas, aparatos complicados, ni laboratorios sofisticados; pero sí se requiere el uso sistemático de una historia clínica que recoja y documente la información pertinente, y el empleo criterios de tecnología sensibles que enuncien tempranamente la existencia de un riesgo mayor que el esperado.

El control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos y oportunidad, diferenciado, acorde al riesgo, tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva. Es importante que la embarazada comience su control prenatal en el primer trimestre, es decir que a la falta de menstruación durante dos periodos consecutivos concurra al servicio de salud. El comienzo del control en los tres primeros meses de embarazo (captación precoz) es de gran importancia, ya que pueden garantizar que el desarrollo del embarazo sea dentro de la normalidad, evitando riesgos para la madre y su futuro hijo. Además de la captación precoz se requiere que los controles subsiguientes se realicen en forma periódica. En embarazos normales la frecuencia del control prenatal es:

- 1 vez por mes hasta el sexto mes
- 1 vez cada 15 días en el séptimo y octavo mes
- 1 vez por semana hasta el nacimiento.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud OMS. El número de controles prenatales de forma ideal es de 8 a 10 controles por el lapso total de la gestación, siempre que esta sea de carácter normal. Lo mínimo son 5 controles prenatales; según normas del Ministerio de Salud Pública. Aplicando en forma rutinaria y extensiva, conjuntamente con otras medidas de salud pública como la atención institucional del nacimiento, el empleo de criterios de riesgo para determinar referencias y niveles de asistencia y la atención inmediata de los recién nacidos, contribuye a evitar muertes lesiones maternas y perinatales (16).

El primer contacto con la mujer gestante debería ser utilizado para realizar la historia clínica, dado que es la mejor fuente de información para evaluar los diferentes riesgos y de esta forma convertirse en un elemento de planificación para el futuro cuidado prenatal. No siempre los clínicos toman acciones basadas sobre la información obtenida de las historias clínicas o manejan de manera apropiada la información del carnet prenatal. La experiencia de la utilización de métodos de recolección de la información como es la Historia Clínica Perinatal Base ha mostrado un déficit en el llenado de la misma, impidiendo realizar un correcto análisis de la información. Una investigación clínica aleatorizada demostró que la utilización de una metodología estructurada en la recolección de información durante la primera consulta resultó en una mejor y más completa información y una optimización de las acciones clínicas.

Para realizar un relevamiento de las acciones del control prenatal se ha convenido en una serie de preguntas referidas a la identificación socio educacional, antecedentes familiares, personales, obstétricos y del embarazo actual, cuya respuesta es por sí, una pauta que debe seguir quien realice el control de una gestante. Estas preguntas representan una minuciosa y completa anamnesis, y sus respuestas consignadas en forma de cruz, se vuelcan en la Historia Clínica Perinatal Base. Este formulario integra el Sistema Informático Perinatal junto con el Carnet Perinatal, los formularios complementarios diseñados para el alto riesgo y los programas de computación para el ingreso de las historias y procesamiento de los datos (Schwarcz R y col. 1983, 1987).

Este sistema informático es utilizado ampliamente en Argentina y fue oficialmente Publicado en la Propuesta Normativa Perinatal (DIR. Mat. Inf. MINSA, 1993).

Por otro lado podemos decir que la HCPS es un instrumento diseñado para ayudar en las decisiones relacionadas con el manejo clínico individual de la mujer (durante el control prenatal, parto y puerperio) y del neonato (desde el nacimiento hasta el momento del alta). Cuando su contenido forma parte de una base de datos, la HCPS se convierte en un instrumento útil para la vigilancia de eventos maternos y neonatales. En ambos roles, es esencial que los datos registrados en la HCPS sean completos, validos, confiables y estandarizados.

PRIMERA ATENCION PRENATAL

La primera atención prenatal según las normas y protocolo, debe de ser brindada por el recurso mas calificado disponible que exista en la unidad de salud, se espera que dure entre 30 y 40 minutos. El recurso debe entregar a la mujer embarazada su carnet perinatal y explicar la utilidad e importancia del mismo, así como su obligatoriedad de presentarlo para toda consulta.

Esta debe realizarse durante el primer trimestre o antes de la semana 12 de embarazo; sin embargo, se puede efectuar durante la edad gestacional que se identifique en la mujer en el momento de la primera atención.

Interrogatorio

Es importante preguntar a la embarazada sobre ciertos factores de riesgos potenciales y reales como: ¿Trabaja? , ¿Qué tipo de trabajo? o la exposición a agentes teratogénicos (Metales pesados, químicos tóxicos, radiación ionizantes), vivienda (tipo, tamaño, numero de ocupantes), condiciones sanitarias, disponibilidad de servicios básicos (agua potable, luz eléctrica, letrina e inodoros). Investigar sobre malaria o hepatitis en zonas endémicas, además averiguar sobre alergias, uso actual de medicamentos, trombosis o embolia, desprendimiento o placenta previa en embarazos

anteriores, partos distócico anteriores retardo del crecimiento uterino, y también sobre si es portadora del VIH-SIDA ya que estos pueden significar un riesgo para desarrollar complicaciones durante el embarazo por lo cual deberá ser referida al especialista para que sea atendida según normativas. (17, 18)

Examen Físico

Efectuar medición de talla.

Determinar el índice de masa corporal (IMC). El índice se obtiene del cálculo del peso en Kg. entre la talla en metros y se expresa en Kg. /m². Es importante además relacionar el IMC con el incremento de peso materno ya que sus valores son directamente proporcionales, es decir, a mayor IMC mayor será el IPM.

Buscar signos clínicos de anemia severa: Palidez en piel, uñas, conjuntivas, mucosa oral y punta de lengua, falta de aire.

Exámenes de Laboratorio

En orina: Examen general de orina (EGO).

En Sangre: Prueba de VIH- SIDA previa consejería y consentimiento informado de la embarazada, RPR, Hemoglobina (HB), tipo y RH, Glucemia.

En caso de bacteriuria positiva: explique a la usuaria sobre el cuadro clínico, los riesgos en el embarazo y la importancia de cumplir el tratamiento. Si la captación se esta realizando en el tercer trimestre del embarazo, indicar para que inicie la preparación del parto psicoprofilactico y explicar la importancia de la lactancia materna exclusiva y anticoncepción posparto. Sensibilizar a la embarazada para que invite a su pareja, miembro de la familia o amiga a las siguientes atenciones para que puedan involucrarse en las actividades y aprendan como apoyarla a lo largo del embarazo. (19)

SEGUNDA ATENCION PRENATAL.

La segunda visita debería programarse cerca de la semana 26 de embarazo, Se estima una duración aproximada de 20 minutos como mínimo.

Interrogatorio

- Preguntar sobre signos, síntomas o situaciones particulares que se han presentado desde la primera atención prenatal relacionados o no con la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB).
- Preguntar acerca de la fecha en que la madre tuvo el primer reconocimiento de los movimientos fetales para registrarlo en el expediente clínico.
- Indagar acerca del cumplimiento de todas las indicaciones de la primera atención, la ingesta de otros medicamentos, diferentes al hierro y ácido fólico.
- Interpretar y dar a conocer a la embarazada los resultados de exámenes prescritos en la primera atención prenatal(19)

Examen Físico

Además de lo realizado en la primera atención prenatal, efectuar lo siguiente:

- Determinar la presentación del feto según maniobras de Leopold.
- Auscultar latidos fetales.
- Considerar el examen vaginal utilizando un espejo únicamente si no fue realizado en la primera visita. Si la embarazada está sangrando, no realizarlo y referirla. Si el proveedor es especialista lo puede efectuar y realizar manejo según Protocolo de Emergencias Obstétricas.
- Revisar la presencia de edema generalizado.

Exámenes de Laboratorio

Sangre: Repetir indicación de Hemoglobina sólo si en el primer resultado del examen estaba por debajo de 11 g/l o se detectan signos de anemia severa en el examen físico de esta atención.

Indicar nuevamente el resto de exámenes (VIH/SIDA, RPR, Tipo de Rh, Glucemia) si no se los ha realizado.

TERCERA ATENCION PRENATAL

La tercera atención debe realizarse a las 32 semanas de embarazo o alrededor de esa fecha y su duración es de 20 minutos como mínimo. Si no asistió a la segunda atención, esta atención debe incluir todas las actividades de la segunda visita y la duración debería extenderse el tiempo que sea necesario. Algunas embarazadas tendrán su parto antes de la siguiente atención programada. El proveedor (a) debe aconsejar a la embarazada sobre los síntomas y signos de los pródromos del trabajo de parto normal o de un parto pretérmino, la asociación de éste último con alta mortalidad perinatal. Además de que hacer en caso de pérdida de líquido amniótico, dolor abdominal, sangrado vaginal.

Interrogatorio

- Preguntar sobre signos, síntomas o situaciones particulares que se han presentado desde la segunda atención prenatal hasta la actual, estén o no relacionados con la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB).
- Indagar acerca del cumplimiento de todas las indicaciones de la segunda atención, la ingesta de otros medicamentos, diferentes al hierro y ácido fólico.

Examen Físico

- Determinar la presentación (cefálica-pélvica), posición (derecha o izquierda) y situación (longitudinal, transversa, oblicua) del feto según maniobras de Leopold.
- Auscultar latidos fetales.

- Considerar el examen vaginal (utilizando un espéculo) únicamente si no ha sido realizado en la primera y segunda atención prenatal. Si la embarazada está sangrando, no realizarlo y referirla. Si el proveedor es especialista lo puede efectuar y realizar intervenciones según Protocolo de Emergencias Obstétricas.

Exámenes de Laboratorio

Sangre: repetir indicación de Hemoglobina sólo si en el primer resultado del examen estaba por debajo de 11 g/l o se detectan signos de anemia severa en el examen físico de esta atención.

Indicar nuevamente el resto de exámenes (Tipo y Rh, Glucemia) si no se los ha realizado aún, además indicar RPR y VIH.

CUARTA ATENCION PRENATAL

La cuarta atención, puede ser la última, tiene lugar entre la semana 36 y 38 semanas de gestación. En esta atención es extremadamente importante detectar aquellas embarazadas con fetos en presentaciones anómalas para su referencia a un nivel superior a fin de realizarles evaluación obstétrica.

Durante esta atención se debe informar nuevamente a la embarazada sobre los beneficios del parto institucional, de la lactancia materna exclusiva y la anticoncepción, así como, la disponibilidad de métodos anticonceptivos en el consultorio para las púerperas (19)

Interrogatorio

Preguntar sobre signos, síntomas o situaciones particulares que se han presentado desde la última atención prenatal hasta la actual estén o no relacionados con la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB), por ejemplo: salida de líquido amniótico, dolor

abdominal o lumbar, contracciones uterinas, sangrado, movimientos fetales.

Indagar acerca del cumplimiento de todas las indicaciones realizadas en su atención prenatal anterior, la ingesta de otros medicamentos, diferentes al hierro, ácido fólico, calcio y aspirina.

Examen Físico

- Determinar la presentación (cefálica-pélvica), posición (derecha o izquierda) y situación (longitudinal, transversa, oblicua) del feto según maniobras de Leopold.
- Auscultar latidos fetales.
- Considerar el examen vaginal (utilizando un espéculo) únicamente si no fue realizado en la primera visita. Si la embarazada está sangrando, no realizarlo y referirla. Si el proveedor (a) es especialista lo puede efectuar y realizar intervenciones según protocolo de Emergencias Obstétricas.
- Relación feto-pélvica a través de examen pélvico en unidades de salud donde se encuentre recurso con esta calificación o especialista para evaluar posibilidades de Desproporción Feto-pélvica, Relación Feto-Pélvica.

Exámenes de Laboratorio

Sangre: Hemoglobina cuando se detecte signos de anemia severa en el examen físico o control de tratamiento.

Indicar nuevamente el resto de exámenes (VIH/SIDA, RPR, Tipo y Rh, Glucemia) si no se los ha realizado aún y orientarle que los lleve en cuanto tenga los resultados de los mismos.

Preguntar por algunos signos y síntomas que pueden presentarse en este trimestre y orientar según sea el caso: además de los mencionados en la primera, segunda y tercera atención, se puede presentar:

- Embarazo prolongado, rotura espontáneas de la bolsa de líquido amniótico, por lo que oriente y refiera.
- Si hay signos y síntomas de Inicio de Trabajo de Parto.

- Muerte fetal intrauterina.

Para ayudar a los usuarios del SIP a alcanzar este ideal el presente manual incluye la siguiente información:

- Explicación concisa acerca de la definición y conceptos relacionados con los términos incluidos en la HCPS.
- Cuando sea relevante, se sugiere el uso de formas validadas para obtener el dato (ya sea por pregunta, observación o medición).
- Descripción concisa de la justificación para la inclusión de la variable en la HCPS.

Los términos de la HCPS serán presentados tanto en su denominación completa como en su versión abreviada o iniciales. En la presente Historia Clínica Perinatal, amarillo significa alerta (cuadritos, triángulos o rectángulos en amarillo) e indica que: mas información, análisis y decisiones se encuentran registradas en otras hojas del expediente clínico.

LISTADO DE FACTORES DE RIESGOS PERINATALES

Se debe promover el control prenatal a las características individuales o condiciones Socios demográficos desfavorables:

- Edad menor de 17 años o mayor de 35 años.
- Ocupación: esfuerzo físico, carga horaria, exposición a agentes físicos, químicos y biológicos, estrés.
- Desocupación personal y/o familiar.
- Situación inestable de la pareja.
- Baja escolaridad.
- Talla inferior a 150 cm.

- Peso menor de 45 Kg.
- Dependencia a drogas ilícitas y abuso de fármacos en general.
- Violencia doméstica.

HISTORIA REPRODUCTIVA ANTERIOR.

- Muerte perinatal en gestación anterior
- Recién Nacido con peso al nacer menor de 2.500 g o igual o mayor de 4.000g.
- Aborto habitual o provocado.
- Cirugía uterina anterior.
- Hipertensión.
- Nuliparidad o multiparidad.
- Intervalo intergenesico menor de 2 años.

DESVIACIONES OBSTETRICAS EN EL EMBARAZO ACTUAL.

- Desviaciones en el crecimiento fetal, número de fetos o del volumen del líquido amniótico.
- Ganancia de peso inadecuado.
- Amenaza de parto de pretérmino o gestación prolongada.
- Preclampsia.
- Hemorragias durante la gestación.
- Madre con factor Rh negativo con o sin sensibilización.
- Óbito fetal.

ENFERMEDADES CLINICAS

- Cardiopatías.
- Neuropatías.
- Nefropatías.
- Endocrinopatías.

- Hemopatías.
- Hipertensión arterial.
- Epilepsia.
- Enfermedades infecciosas.
- Enfermedades auto inmunes.
- Ginecopatías.
- Anemia (hemoglobina < 9 g/dl).

La presencia de alguno de estos factores califica a la embarazada como de alto riesgo y la excluyen del control de bajo riesgo, objeto de esta guía. Las necesidades de hierro y ácido fólico aumentan durante el embarazo y que es difícil que una mujer embarazada pueda satisfacer esta mayor demanda solo con la dieta.

Los suplementos de hierro han sido sugeridos como una estrategia para mejorar el estado de hierro materno y así mejorar la sobrevivencia y salud de la madre, el tamaño fetal, incluyendo el estado de hierro y desarrollo del niño durante el periodo neonatal y post-neonatal.

Estándar de calidad en la atención a la embarazada (20):

A toda embarazada que acude a su Atención Prenatal (APN) se le deberá de llenar la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) registrando e interpretando las 13 actividades normadas.

Definición:

Las 13 Actividades normadas para registrar en la HCPB e interpretar:

1. Antec. Personales y Obstétricos
2. Medición de talla
3. Examen de mamas
4. Semanas de amenorrea
5. Medición del peso
6. Determinación de PA
7. Medición de Altura Uterina
8. Auscultación de FCF(A partir de las 20 SG)
9. Mov. Fetales(Después de 18 SG)
10. Aplicación de vacuna antitetánica
11. Exámenes de laboratorio (Grupo y Rh, PAP, VDRL / RPR, EGO, Hb, consejería y prueba voluntaria de VIH)

12. Evaluación del Estado Nutricional mediante el Índice de Masa Corporal en captación precoz

13. Evaluación del Estado Nutricional en base al incremento de peso.

**PASOS INDISPENSABLES HA SEGUIR PARA EL BUEN LLENADO DE LA HCPS.
Sección de la Historia Clínica Perinatal. (Versión Nicaragua febrero 2005)**

SEGMENTO I: Identificación de la embarazada

Parto en:

Anotar el número de código de la unidad de salud en donde se atendió el parto/cesárea (7 espacios). Si el código de la unidad de salud es el 321, entonces se registrará 0000321.

No. Identidad:

Anotar el número de cédula de identidad, tal y como aparece en la misma, son:

- 3 números iniciales que corresponden al lugar de nacimiento.
- 6 números centrales que corresponden a la Fecha de Nacimiento y
- 4 números terminando en una inicial Mayúscula son del código asignado por el Consejo Supremo Electoral.

Nombre:

Consignar los nombres y apellidos, preferiblemente como aparecerían 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. Consignar dirección exacta para efectos de la búsqueda activa de inasistentes.

Localidad:

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

Teléfono:

El teléfono del domicilio. Si no tuviera, anotar un número de teléfono cercano, en donde la unidad 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:

La de la embarazada en años cumplidos a la primera consulta **Prenatal** (captación). Si es menor de 20 años o mayor de 35 años, marcar la casilla amarilla.

Alfabeto:

Si lee y escribe marcar Si, en caso contrario marcar No.

Raza:

Marcar el casillero que corresponda a la raza a la que declara pertenecer la embarazada.

Estudios:

- Nivel de escolaridad cursado en el sistema formal de educación.
- Registrar únicamente el año más alto que haya sido aprobado.

Estado Civil:

Registrar el estado civil según corresponda: Casada, unión estable, soltera, otro (se incluye separada, divorciada, viuda).

Se entiende por “unión estable” la convivencia permanente con un compañero, sin formalización legal.

SEGMENTO II: ANTECEDENTES FAMILIARES, PERSONALES Y OBSTETRICOS

Familiares:

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

Personales:

Se refieren a los antecedentes propios de la embarazada.

Notar que la lista incluye las patologías mencionadas en los antecedentes, familiares más otros 5 antecedentes (cirugía genito urinaria, infertilidad, cardiopatía, nefropatía y violencia).

Obstétricos:

Llenar las casillas correspondientes interrogando a la embarazada en la secuencia indicada.

Gestas:

El Número de Gestas, por corresponder a Antecedentes, no incluye el embarazo actual; colocar 00 si el embarazo actual es el primero. Cada parto múltiple previo se registra como una gesta, con dos o más partos y con dos o más hijos. La suma de Abortos y Partos (vaginales y cesáreas) debe ser igual al número de Gestas.

Marcar las casillas amarillas debajo de Gestas en caso de que en la última 2 gestación el recién nacido hubiera pesado menos de 2500 grs., o que hubiese pesado más de 4500grs.

Abortos:

Se define como Aborto a la expulsión antes de las 22 semanas del producto de la gestación muerto o con un peso menor de 500 gramos.

Partos/vaginales–cesáreas

- Se refieren al número de partos.

- Si no ha tenido partos previos se marcará 00.
- Si corresponde se anotará el número de partos y de ellos preguntar.

¿Cuántos fueron partos vaginales y Cuantos fueron por cesárea?

Registrar la cantidad de:

- Nacidos vivos y muertos (rectángulos amarillo) y
- Nacidos vivos los que viven al momento de la captación en atención prenatal y
- De los que murieron en la primera semana de vida o después de la primera semana.
 1. Registrar estos últimos en rectángulos amarillos.
 2. Si los antecedentes de estos fuesen negativos, marcar 00.

NACIDOS VIVOS

Según la CIE 10 se clasificará un recién nacido 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 recién nacido respira, late su corazón, su cordón pulsa o tiene movimientos apreciables de los músculos voluntarios.

La calificación 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.

NACIDOS MUERTOS

Según la CIE 10 se clasificará un recién nacido 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.

VIVE

Se refiere al número de hijos que están vivos al momento de la consulta.

MUERTOS 1ra SEMANA

Se refiere a los recién nacidos que nacieron vivos pero que murieron dentro del periodo comprendido entre el nacimiento y hasta el séptimo día (6 días, 23 horas, 59 minutos) y se registrará en el Rectángulo correspondiente.

MUERTOS DESPUÉS DE 1ra SEMANA

Se refiere a los recién nacidos que nacieron vivos pero que murieron después de la primera semana de vida (7 días o más). No hay límite superior y en teoría incluye las muertes ocurridas hasta el mismo día de la consulta, lo que se registrará en el rectángulo correspondiente.

Fin Anterior Embarazo

Anotar el mes y el año de finalización del embarazo inmediatamente anterior al actual, ya sea que haya terminado en parto/cesárea o aborto. Marcar 00 si se trata de una primigesta.

Marcar con x el cuadrado amarillo en caso de un intervalo intergenesico menor de 1 año o mayor de 5 años.

Embarazo Planeado

Se refiere al embarazo deseado o que sucede en un momento oportuno, cuando se cumplan ambas condiciones se marcará Si, cuando no se cumpla una de las dos condiciones se marcará No (en amarillo)

Fracaso de Método Anticonceptivo

Se entiende por fracaso si la mujer estaba usando método anticonceptivo en el momento de la concepción. Marcar con x en el cuadrado amarillo el método usado, barrera se refiere a diafragma y condón. Qx se refiere a esterilización quirúrgica.

SEGMENTO

EMBARAZO ACTUAL – ATENCION PRENATAL

Embarazo Actual.

En esta sección se registran todos los datos relacionados con el embarazo actual.

Se registran los datos recabados durante la primera atención prenatal (captación) y se va completando en las atenciones o visitas sucesivas.

Peso Anterior

Se refiere al peso habitual de la mujer antes del embarazo actual.

Preguntar: ¿Cuánto pesaba antes de este embarazo? Se registrará el peso expresado en kilogramos.

Cuando se desconoce el peso previo a la embarazada es captada en las primeras 12 semanas, se registrará el peso en esa primera atención prenatal como Peso Anterior.

Cuando el peso anterior es desconocido, estimarlo utilizando la tabla de peso materno para la talla, según edad gestacional diseñada por el CLAP.

Se recomienda pesar sin zapatos y con lo mínimo de ropa posible o una bata de examen, calibrar la pesa al menos cada semana.

Este dato es útil para evaluar el estado nutricional de la mujer antes del embarazo. La medida más utilizada es el Índice de Masa Corporal (IMC) que se calcula dividiendo el peso en kilogramos (Kg.) sobre el cuadrado de la talla expresada en metros (m²).

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.

Fecha de última menstruación (FUM)

Este dato es esencial para estimar 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.

Fecha Probable de Parto (FPP)

Para estimar la FPP se recomienda utilizar:

- El gestograma diseñado por el CLAP/SMR o cualquier otro calendario obstétrico. Haciendo coincidir la flecha roja del gestograma que dice “fecha en que comenzó la última menstruación” con la fecha del primer día de la menstruación, la FPP quedará indicada por la fecha calendario que marca el punto de la semana 40 del gestograma.
- 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.

Antitetánica

La eliminación del tétanos neonatal es otro de los retos de esta región. Una de las estrategias claves para alcanzar esta meta es vacunar a todas las mujeres en edad reproductiva.

Marcar Si con una X en previa cuando ha tenido al menos una dosis de vacuna antitetánica y marcar No cuando no ha recibido ninguna vacuna antitetánica. En el esquema actual del Programa Nacional de Inmunizaciones, la vacuna antitetánica utilizada es la dT, la cual se puede administrar a cualquier edad gestacional. Se considera inmunizada cuando se ha recibido 2 dosis, independientemente del intervalo entre dosis, el cual preferiblemente debe ser entre 4 a 8 semanas.

Antirubéola

La eliminación de la Rubéola y el síndrome de Rubéola Congénita (SRC) es uno de los retos pendientes en la región de las Américas. Una forma de contribuir a este esfuerzo nacional y regional es indagar en forma rutinaria sobre el estado de vacunación anti-rubéola durante el control prenatal. Según esquema local.

Marcar la casilla Previa:

- Si la embarazada refiere haber sido vacunada con anterioridad.
- No sabe, cuando no recuerda si fue o no vacunada.

Marcar la casilla amarilla:

- Si fue inmunizada durante esta gestación
- No, si nunca fue inmunizada.

Grupo y Rh

Anotar en el recuadro el grupo sanguíneo (Grupo) que corresponda (A, B, AB, O).

Para "Rh" marcar (+) si la mujer es Rh positivo y (-) si es Rh negativo.

Marcar las casillas correspondientes; si la embarazada se encuentra inmunizada Si, o No si no lo está. Se entiende que la mujer esta SENCIBILIZADA cuando tiene anticuerpos anti D. si la mujer esta inmunizada (tendrá positivo el test para anticuerpos irregulares, también llamado test de Coombs indirecto).

Fuma

Se refiere a si la gestante esta fumando al momento de la consulta.

Si la embarazada No Fuma, completar con 00.

Si la embarazada Si Fuma, anotar el promedio de cigarrillos consumidos por día.

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).

Alcohol

Se refiere a la ingesta actual de cualquier tipo de bebida con alcohol en su contenido, por ejemplo: vino, cerveza, tequila, whisky, etc. Mencione sobre todo aquellas bebidas que son tradicionales localmente.

Preguntar: ¿Ha tomado alguna bebida alcohólica en este embarazo?

Anotar en la HCPS si la mujer ha ingerido alcohol en este embarazo (NO/SI).

Marcar Si con X cuando la ingesta diaria es mayor que el equivalente a 2 vasos de vino por día.

El consumo de alcohol puede cambiar a lo largo del embarazo, por esa razón, la HCPS sugiere indagar este dato al menos una vez en cada trimestre preguntando: Desde su última visita, ¿ha tomado alguna bebida alcohólica?

Drogas

Marcar si con X cuando utiliza alguna sustancia no indicada por el personal de salud, que sea capaz de producir dependencia: marihuana, cocaína, anfetaminas, alucinógenos, heroína, entre otras.

Examen Clínico Normal

Para muchas mujeres, el control prenatal marca el primer contacto con los servicios de salud y por lo tanto ofrece la oportunidad de evaluar el estado de salud en general, además del relacionado con la gestación actual.

Marcar Si cuando el resultado del examen sea normal y No cuando se detecta alguna anomalía, la que hay que describir.

Examen de Mamas Normal

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 en la tercera visita prenatal, una vez que se ha establecido confianza entre la gestante y el servicio.

Marcar Si cuando el resultado del examen sea normal y No cuando se detecte alguna anomalía, la que hay que describir.

Examen Odontológico Normal

El examen odontológico ha adquirido importancia por la posible asociación entre enfermedad periodontal con parto prematuro, bajo peso al nacer, preeclampsia y muerte fetal y la transmisión del estreptococo mutans de la madre hacia el niño y su 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 referir al odontólogo.

Papanicolaou Normal

En caso de haberse realizado dicho examen en el último año o durante el embarazo actual, marcar en la casilla Negativo (-) si el resultado fue normal o Positivo (+) si el resultado fue patológico, lo que hay que describir.

Si se encuentra alguna anomalía cervical o se duda que la gestante pueda regresar después del parto, considerar tomar un PAP durante el control prenatal.

Cérvix normal

Se recomienda la realización del examen vaginal con espejo como parte de la evaluación del control prenatal (en la captación y se aprovecha para la toma de PAP) con la finalidad de detectar anomalías o infecciones cervicales. Se anotará anormal en inspección visual, si el cuello está sano se registrará normal.

Infección por Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH)

La Región de las Américas se encuentra inmersa en las estrategias globales de una generación de niños libre de VIH y sífilis congénita y en garantizar el acceso universal al tratamiento a todas las personas que viven con VIH/SIDA.

Ambas estrategias intentan cumplir con parte de los Objetivos y Metas de Desarrollo del Milenio y para ello es necesario ofrecer el tamizaje para VIH a todas las gestantes y asegurar el tratamiento profiláctico para evitar la transmisión vertical del VIH.

Registrar Test VIH: solicitado: Si o No.

VDRL/RPR (Reagina Plasmática Rápida)

La detección y tratamiento de la sífilis en el embarazo ha sido definida como una de las estrategias claves para la eliminación de la sífilis congénita.

Marcar con X, anotando la fecha del resultado de la prueba en el cuadrado asignado; antes de las 20 semanas y después de las 20 semanas, Negativo (-) es No reactor y Positivo (+) si es reactor.

A las mujeres con pruebas reactivas, se les deberá brindar consejería e información sobre la enfermedad, sus riesgos y la necesidad de tratar a sus parejas sexuales y al niño después del nacimiento.

Hemoglobina

La anemia es un problema de salud pública 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.

Se considera que una gestante tiene anemia cuando el valor de hemoglobina es menor a 11,0 g/dl durante el primer o tercer trimestre, o cuando el valor de la hemoglobina durante el segundo trimestre es menor a 10,5 g/dl.

Los valores obtenidos se registraran en los rectángulos correspondientes y en caso que los niveles sean inferiores a 11 gramos, marcar el circulo amarillo.

Como con frecuencia lo que se determina es el valor del hematocrito, se recomienda dividir este valor entre 3 y este valor se anota en la casilla correspondiente a la hemoglobina.

Examen General de Orina (EGO)

Bacteriuria asintomática se refiere a la colonización bacteriana del tracto urinario en ausencia de síntomas.

En lugares donde el urocultivo no es una opción, la cintilla reactiva en orina podrá ser una alternativa durante el control prenatal.

Marcar con x el resultado de la prueba en el cuadrado asignado; antes de las 20 semanas y después de las 20 semanas, ANOTAR FECHA.

Se marcara Bacteriuria:

- Negativo (-) No refleja infección urinaria (Normal), cuando el urocultivo sea negativo (menos de 100,000 unidades formadores de colonia/ml), o en la tirilla reactiva es negativa.
- Positivo (+) traduce infección urinaria (anormal), si el Urocultivo o la tirilla reactiva tienen resultados positivos.

Fe/Folatos indicados y Proporcionados

Existe consenso en que los requerimientos.

Atención prenatal

Este sector se destina al registro de los datos que deben anotarse en cada consulta durante el embarazo.

Durante la atención prenatal se debe proporcionar:

- 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.
- Preparar un plan de parto.
- Entrenar en psicoprofilaxis (técnicas de relajación y respiración).
- Aumentar la percepción de autocontrol de la mujer, entre otros
- Consejería sobre lactancia materna.

Dispone de 9 columnas que corresponden cada uno a una consulta. Si se realizaran más de 9 consultas, adjuntar otro formulario de la HCPB repitiendo solamente el:

- NOMBRE de la embarazada
- CODIGO del establecimiento
- NUMERO de identidad de la embarazada.

Edad gestacional.

Las semanas cumplidas desde el primer día de la última menstruación hasta la fecha de la actual consulta.

Marcar con una X el triángulo amarillo de la esquina derecha inferior:

- Cuando sea una captación tardía o
- La edad gestacional se desconoce por FUM.

Peso

En kilogramos (con un decimal), de la embarazada descalza, con ropa liviana.

Marcar con una X el triángulo amarillo de la esquina derecha inferior:

Tensión Arterial máx. /min (mmHG)

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.

Marcar con una X el triángulo amarillo de la esquina derecha inferior:

- Cuando los valores encontrados muestren una alteración en las cifras tensionales comparadas con las cifras anteriores al embarazo y/o entre mediciones en el mismo embarazo.

Altura Uterina.

Medir la altura uterina en centímetros desde el borde superior de la sínfisis pubiana al fondo del útero.

Marcar con una X el triangulo amarillo de la esquina derecha inferior:

- Cuando los valores encontrados muestren una alteración en las medicinas comparadas con la semana de gestación al momento de la consulta. Utilizar la técnica del pensamiento entre los dedos índice y medio.

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.

Marcar con una X el triangulo amarillo de la esquina derecha inferior:

- Cuando después de las 36 semanas de gestación se encuentre una presentación diferente a la cefálica.

Frecuencia Cardiaca Fetal

Consignar la frecuencia cardiaca fetal en latidos por minuto a partir de las 20 semanas de gestación.

Movimiento Fetal

Consignar los movimientos fetales a partir de las 18 semanas de gestación.

Las casillas en blanco pueden ser utilizadas:

- Una para la próxima cita la que debe anotarse con la fecha que corresponda a la consulta subsiguiente en la otra casilla en blanco se registra las iniciales de quien realiza la atención prenatal.

SEGMENTO

PATOLOGIAS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Las complicaciones que aparecieron en el embarazo estarán registradas al momento del parto y aquellas que ocurran en el parto estarán ya registradas al momento del egreso donde se revisara y anotara cualquier complicación detectada en el puerperio.

El llenado de las patologías del Embarazo, parto y puerperio debe completarse incluso hasta en el ultimo control puerperal (42 días).

Se codificaran según los códigos de la lista de Patologías Maternas impresa en el reverso de la HCPB. Si la patología no estuviera codificada en el reverso de la HCP se sugiere obtener el código del listado de la CIE 10 (patologías del embarazo, parto y puerperio).

Tomar nota que en este recuadro existen dos variables resumen:

- Ninguna (que será llenada al egreso materno si es que no se produjo ninguna patología durante el embarazo, el parto y el puerperio) y 1 o más, que debe marcarse no, bien una complicación sea detectada, antes o luego del egreso.

Se debe tener presente que en caso que una mujer reingrese se deberá marcar esta opción y registrar en la HCPS la patología que la motiva.

Esta sección debe ser cuidadosamente revisada al momento del alta para asegurarse que todas las complicaciones han sido incluidas.

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.

VII. Material y Método

Tipo de estudio:

El presente estudio es descriptivo, de corte transversal.

Unidad de análisis:

La unidad de análisis fue cada una de las Historia Clínica Prenatal Simplificada (HCPS) de mujeres embarazadas trasladadas de las diferentes unidades de salud de la red de servicios del SILAIS Chontales, y que fueron atendidas en el hospital “Asunción” de Juigalpa Chontales en el periodo comprendido entre Enero-Abril de 2010..

Población de estudio:

La población de estudio lo constituyeron 372 mujeres embarazadas ingresadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Asunción, en el periodo de estudio, referidas de los diferentes municipios atendidos por el Ministerio de Salud SILAIS Chontales.

Criterios de inclusión:

1. Pacientes embarazadas que fueron referidas de las unidades de salud primaria de la red de servicios del SILAIS Chontales y que fueron ingresadas a la unidad de salud, en el período de estudio.
2. Pacientes que portan su tarjeta de control prenatal.

Instrumentos de recolección de datos:

Para la recolección de la información se utilizó como principal instrumento la HCPS, la cual ha sido definida como la herramienta de cuidados y seguimiento del embarazo, paralelo a la cual se adaptó una herramienta complementaria para registrar la calidad del llenado (Ver anexos).

Fuente de información:

La fuente de información fue secundaria, dado que los datos corresponden a los registrados en la HCPS y/o expedientes clínicos.

Procedimientos para la recolección de la información:

- 1) Presentar a las autoridades hospitalarias y del SILAIS de Chontales la propuesta del estudio, para consensuar interés en materia de investigación y contar con el visto bueno de las autoridades.
- 2) Una vez aceptado el protocolo por la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN-León, se procederá a solicitar autorización para acceder a la información de las mujeres embarazadas trasladadas desde la unidades de salud.
- 3) Se procederá a registrar la información necesaria en el instrumento complementario.

Plan de análisis:

Para valorar la calidad de llenado de la historia clínica se reviso los indicadores y/o segmentos incluidos en la HCPB, entre estos: Datos socio demográficos y biológicos, Antecedentes patológicos personales, familiares y Gineco-obstétricos, embarazo actual, exámenes de laboratorio, asistencia prenatal en el embarazo actual, curva de ganancia de peso, curva de altura uterina, etc.

Una vez recolectada la información se procedió a la realización de una base de datos con método electrónico computarizado utilizando el programa estadístico SPSS en español versión 17, se procesaron los datos realizándose un análisis utilizando distribución de frecuencia simple mediante valores absolutos y cifras relativas en porcentajes.

De la información de las historias clínicas perinatales básicas simplificadas, para valorar la Calidad del llenado del control prenatal, la evaluación de los resultados se efectuó a través de las variaciones en el diligenciamiento de la historia clínica, de la cuantificación de los defectos en el llenado de las mismas y de los errores en la identificación del riesgo obstétrico detectado. Los resultados fueron analizados por medio de cuadros y gráficos elaborados en el programa estadístico SPSS para Windows en español versión 15. Los resultados son presentados en cuadros y gráficos.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

1.- Calidad del Llenado de la HCPS:

Definición Operacional: Hace referencia a que todos los ITEMS incluidos para el estudio del riesgo en la HCPS tengan registrada la información y de forma legible.

1. No está registrada
2. Está registrada pero no es legible
3. Está registrada correctamente y es legible.

2.- Clasificación adecuada del riesgo:

Definición Operacional: Categorización de la mujer embarazada por el personal de salud según nivel de riesgo establecido en las normas.

1. Hay información pero no permite clasificar el tipo y nivel de riesgo.
2. Alguna información para clasificar el tipo y nivel de riesgo está debidamente registrada.
3. Toda la información para clasificar el tipo y nivel de riesgo está debidamente registrada.

3.- Adecuación del abordaje según normas y riesgo identificado:

Definición Operacional: Si el documento refleja que se han tomado las medidas pertinentes a los riesgos identificados.

Valores:

1. El manejo que se hizo de la paciente fue adecuado al o a los riesgos identificados.
2. El manejo que se hizo de la paciente no fue adecuado al o a los riesgos identificados.

4.- Medida en que la información pudo haber predicho los traslados:

Definición Operacional: Si el motivo del traslado y el diagnóstico de egreso de la paciente se pudo haber predicho con la información encontrada en la HCPS.

Valores:

1. La información encontrada en HCPS nos sugiere la ocurrencia de la complicación que llevó al traslado.
2. La información encontrada en HCPS, sugiere que podría haber una complicación, pero esta no es específica con el motivo de traslado.
3. La información encontrada en HCPS, sugiere que la complicación que llevó al traslado podría ocurrir.
4. La información encontrada en HCPS, evidenciaba la complicación que llevó al traslado.

VIII. Resultados

Durante el periodo en estudio, se analizaron 372 casos de pacientes trasladadas al Hospital Asunción de Juigalpa, por múltiples causas relacionadas con el embarazo y parto, los detalles respecto del comportamiento en relación a cada variables se muestran a continuación.

En relación al objetivo No.1: Determinar la calidad del llenado de la HCPS por las unidades de atención primaria en salud, se tomo en cuenta los datos correspondientes a cada uno de los segmentos incluidos en la HCPB, entre estos, los Datos Generales, Antecedentes Patológicos Personales y Familiares, Antecedentes Obstétricos, datos relacionados al embarazo actual, tal a como lo establece la HCPB.

Al analizar la Calidad del Llenado de los datos del Control Prenatal de las Historias Clínicas Perinatales Básicas Simplificadas en los Datos sociodemográficos de las embarazadas referidas (edad, escolaridad, estado civil...) se encontró lo siguiente:

El 100% de las referencias registraron adecuadamente la edad de la mujer, por grupos de edad, el grupo etareo que predomino en las embarazadas fue el de menores de 20 años con 98 de los casos (26.3%) población considerada de mayor riesgo), seguida el grupo de 20-24 años con 93 casos (25%) y de 25-29 años con 23%.

Se observo que en el nivel de escolaridad, en el 100% de pacientes este dato estuvo consignado, en este sentido, hubo un predominio de las embarazadas con primaria incompleta con 104 casos (28.0%), le continuaron las analfabetas con 27.7%, un 22.3% había alcanzado un nivel de secundaria incompleta y solamente un 4.3% (tenían un nivel universitario).

Respecto al Estado Civil, en el 100% de pacientes este dato fue registrado, la mayoría 51.6% estaba acompañada (en unión estable), un 29% estaba casada y 18% (69) refirieron ser solteras. Ver Cuadro No.1.

Al evaluar la calidad de llenado en este segmento de la HCPB y su interpretación, en el 85 % de los casos esta información fue insuficiente (318) y solamente 53 de las embarazadas referidas (14.2%) tenían la información completa, observándose un caso de registro no legible. EN cuanto a la utilidad de la información registrada en este segmento, el 51.9% (193) de los casos analizados (372), la información sugería datos de riesgo de complicación, sin embargo no fue el motivo para efectuar el traslado de paciente a la unidad hospitalaria. Ver cuadro N0 2.

De la Calidad del Llenado de los datos de Antecedentes patológicos personales, familiares y gineco-obstétricos se obtuvieron los siguientes resultados: un 30.6%(114) registro este hecho. Las principales patologías registradas como antecedentes se muestran en el cuadro 6, siendo estas la Hipertensión Arterial en 81 casos (71.0%) y la Diabetes Mellitus en 27 casos (23.6%).

Respecto a la calidad de llenado de este segmento (AFP) de la HCPB y su interpretación, en el 98.9% de los casos esta información se registro de manera completa (368) y solamente 4 de las embarazadas referidas (1.1%) tenían información insuficiente. Al valorar la utilidad de la información registrada en este segmento de antecedentes familiares, se encontró que, en el 69.4% (258) de los casos analizados (372), la información no sugería datos de riesgo de complicación y solamente en un 0.3% (1) de los casos, la información sugería riesgo y fue el motivo de traslado de la paciente a la unidad hospitalaria. Ver cuadros No. 3.

En cuanto a los antecedentes patológicos personales, un 3.2%(12) registro este hecho. Las principales patologías registradas como antecedentes personales fueron la Preeclampsia con 6 casos (50%), la Hipertensión Arterial en 3 casos (25%) y Diabetes Mellitus, cardiopatías y cirugía del tracto reproductivo con 1 caso cada una respectivamente (8.3%).

Respecto a la calidad de llenado de este segmento (APP) de la HCPB y su interpretación, en el 99.2% de los casos esta información se registro de manera completa (368) y solamente 3 de las embarazadas referidas (0.8%) tenían información

insuficiente. Al valorar la utilidad de la información registrada en este componente de la HCPB sobre antecedentes patológicos personales, se encontró que, en el 96.8% (360) de los casos analizados (372), la información no sugería datos de riesgo de complicación y solamente en un 0.3% (1) de los casos, la información sugería riesgo y fue el motivo de traslado de la paciente a la unidad hospitalaria. Ver cuadros No. 4.

En relación al segmento de relacionado a los **Antecedentes Gineco obstétricos** de las embarazadas, se considero las gestas, partos, abortos, legrados, nacido vivos y muertos, hijos vivos y fecha de terminación del último embarazo, encontrando que:

Respecto al número de gestas de las embarazadas, se encontró que, el 77.9% tenía de 1 a 3 embarazos y en general 149 (40.01% del total) cursaban el primer embarazo. El promedio de embarazos por mujer fue de 2.6. 13.- Al considerar el número de partos, se encontró que, el 48.9%(182) eran nulíparas, 18.8%(70) eran primíparas y un 5.9% (22) eran grandes multíparas. El promedio de partos por mujer fue de 1.3.

Referente al número de cesáreas, se encontró que el 10.8%(40) tenían este antecedente. En este grupo, el 90% (36 de 40) habían tenido una cesárea. Del antecedente de abortos, se encontró que un 14.5% de las embarazadas en estudio (54/372) tenían este antecedente. En este grupo, el 88.8% (48 de 54) habían tenido solamente un aborto.

En cuanto al antecedente de nacidos muertos, se encontró que solamente 1.6% de las embarazadas en estudio (6/372) registraban este hecho, en las cuales, 67% habían tenido un producto habitado al nacer. De manera similar solamente tres de las embarazadas tenían antecedente de un producto muerto en antes de la primer semana de vida (0.8%)

Al considerar el número de hijos vivos, se encontró que la mayoría, un 41.3%(154) no tenían hijos, un 24.7% (92) tenían un hijo y solamente 19 de las embarazadas en estudio tenían 6 y + hijos vivos. El promedio de hijos por mujer fue de 1.5.

Al evaluar la fecha de finalización del último embarazo para determinar el periodo intergenesico, se encontró que en un 55.9% (208) esta había ocurrido en un tiempo mayor de 5 años y solamente en un 3.2% (12) esta fecha había ocurrido en un tiempo menor de un año al momento en que se efectuó la captación del embarazo actual. Es importante mencionar que en un 40.9% de los casos este dato no estuvo consignado, ver cuadro No 5.

Respecto a la calidad de llenado de este segmento de la HCPB sobre antecedentes Gineco - obstétrico, en el 96.8% de los casos esta información se registro de manera completa (360) y al valorar la utilidad de la información registrada, se encontró que, en el 71.2% (265) de los casos analizados (372), la información no sugería datos de riesgo de complicación y solamente en un 0.3% (1) de los casos, la información sugería riesgo y fue el motivo de traslado de la paciente a la unidad hospitalaria. Fue evidente la complicación que llevo a efectuar el traslado de la embarazada en un 10.8%. Ver cuadro No.6

En relación al Objetivo Especifico 2: Establecer la medida en que las pacientes fueron clasificadas correctamente según su riesgo, se encontró lo siguiente:

El 79% de las pacientes referidas fue clasificado al momento de ser captada al control prenatal como alto riesgo obstétrico con factor potencial (294). Al valorar información registrada en el segmento embarazo actual, se encontró que, el registro del peso de la embarazada en 71.2% (268) de los casos analizados (372), la talla en 82.3% de los casos (306), la fecha de la última menstruación y fecha probable del parto en mas del 90%. Ver cuadro 7 y grafico No1.

En cuanto al envió de exámenes de rutina en el proceso de atención a la embarazada, se encontró que, solamente al 25.3% (94) de los casos referidos (372), se les había realizado BHC, tipo y RH al 49.7%(185), prueba de RPR antes de las 20 SG solamente a un 25.5% (95) y examen general de orina al 33%(124), a un 27.7% se había realizado la prueba de VIH. El **porcentaje de resultados patológicos** para cada uno

de estos exámenes es bajo, a excepción del EGO donde los resultados patológicos alcanzan hasta un 40%.

Otros datos importantes de embarazo actual, son el registro de los hábitos maternos en cuanto al consumo de tabaco y alcohol, los que mostraron un consumo casi nulo para ambos (0.3%). El examen clínico y de mamas se registro en mas de la mitad de los casos. Ver cuadro No. 7.

Respecto a la calidad de llenado de este segmento de la HCPB, en el 98.1% de los casos esta información se registro de manera insuficiente (365) y solamente 7 de las embarazadas referidas (1.9%) tenían información completa. Al valorar la utilidad de la información registrada en este segmento relacionado con el embarazo actual, se encontró que, en el 82.3% (306) de los casos analizados (372), la información no sugería datos de riesgo de complicación y solamente en un 0.3% (1) de los casos, la información sugería riesgo y fue el motivo de traslado de la paciente a la unidad hospitalaria. Ver cuadro No. 8

En relación a la asistencia prenatal durante el curso del embarazo, se encontró que una cuarta parte, 27.7% (103) de los casos analizados (372), no habían tenido ningún CPN, un alto porcentaje, 43.8% (163) se había realizado 4 o mas CPN. El promedio de CPN por embarazada fue de 3.0.

Referente a las semanas de gestación al momento de la referencia, se encontró que la mayoría, un 66.3%(247) de los casos analizados (372), tenían de 37-41 SG, 27.9% (104) cursaban entre 20 y 36 SG, con un promedio de SG de 36.9, es decir eran embarazos a término.

En cuanto al índice de masa corporal, el mayor porcentaje, un 36.6%(136) de aquellas en quienes se calculo tenían un valor dentro de los valores aceptados como normales, siendo importante el peso ocupado por las que mostraron sobrepeso y obesidad (32.3 sumados ambos grupos). El incremento de peso observado en el embarazo, se encontró que, en el 46.5%(173) de los casos analizados (372), habían mostrado un

crecimiento adecuado en el peso. Este dato se pudo valorar en un 40.9%(152) de las pacientes en estudio.

En relación al Objetivo Especifico 3: Identificar en qué medida el abordaje fue adecuado según las normas del Programa Control Prenatal y el nivel de riesgo que corresponde, se encontró lo siguiente:

Al considerar el registro de las acciones realizadas en el CPN, se encontró que, en el 72.3% (269) de los casos se les referidos (372), estaba registrada la presión arterial, identificándose un 3% con hipertensión gestacional. La altura uterina estaba consignada en 70% de las embarazadas e igualmente en más de dos tercios se había registrado el foco cardiaco fetal y los movimientos fetales.

Al considerar la evolución clínica del embarazo, se encontró que en 56 de los casos, se presento una patología (15%). La principal patología observada fue la Preeclampsia con 2.4%. Ver grafico No. 3

Respecto a la calidad de llenado de este segmento de la HCPB, en el 73.9% (275) de los casos esta información se registro de manera completa.

Al valorar la utilidad de la información registrada en este componente de la HCPB relacionado con el embarazo actual, se encontró que, en el 84.1% (313) de los casos analizados (372), la información no sugería datos de riesgo de complicación y solamente en un 1.6% (6) de los casos, la información sugería riesgo y fue el motivo de traslado de la paciente a la unidad hospitalaria. Ver cuadro No. 10

En relación al Objetivo Especifico 4: Establecer la medida en que el motivo de referencia de estas pacientes, pudo ser previsto mediante la información generada en la HCPS, se encontró lo siguiente:

Los principales motivos de referencia de la embarazada a una unidad de mayor resolución fueron la Variación de frecuencia cardiaca fetal con 124 casos (33.3%), la

amenaza de parto prematuro con 58 casos (15.6%), la circular de cordón con 49 casos (13.2%) y la ruptura prematura de membranas. Al evaluar la correlación entre el diagnóstico con el cual se trasladó a la paciente y los datos registrados en la HCPB, se observó que esta correlación solamente en el 55% (205/372) de los casos. Ver cuadro No. 12.

IX. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El control prenatal, la atención del parto y la asistencia inmediata del recién nacido constituyen las tres intervenciones más importantes que el equipo de salud puede realizar para consolidar una buena salud perinatal. La normatización es el proceso mediante el cual se establecen reglas de actuación ante determinadas situaciones ya sean científicas, técnicas, laborales, docentes o administrativas y persigue como objetivo fundamental la unificación de conductas, la satisfacción de las necesidades sociales y las posibilidades de un mejor control.

La Historia Clínica Perinatal Base Simplificada (HCPBS) es un documento de fácil llenado para cualquier profesional de la salud que realice atención obstétrica, esta permite uniformar el contenido de la información correspondiente al embarazo, parto, puerperio y recién nacido. El ordenamiento de los datos permite su recolección y volcado en un tiempo breve y agilizar su posterior análisis, ya sea por quien lo recogió como por aquel que no habiéndolo hecho, necesita información incluida en la historia, cuenta con casilleros de color amarillo que indican algunos factores que frecuentemente pueden aumentar el riesgo perinatal, pretendiendo alertar al personal responsable del cuidado de la madre y el niño para facilitar la toma de decisiones que las normas locales disponen, su uso sencillo y de bajo costo cumple con la finalidad de reunir en una sola hoja una serie de datos fáciles de obtener que resuma toda la información mínima indispensable para una aceptable atención perinatal

El objetivo del presente trabajo fue evaluar el uso adecuado que hacen los profesionales de la salud de la Clínica Perinatal Base Simplificada (HCPBS) como herramienta en la gestión clínica del riesgo. Se evaluaron 372 HCBS de pacientes referidas a una unidades segundo nivel de atención. De acuerdo a este análisis, el 100% de las referencias registraron adecuadamente la edad de la mujer, encontrando que el grupo etéreo que predominó en las embarazadas referidas fue el de menores de 20 años con 98% de los casos, esto es importante por tratarse de una grupo

poblacional, considerado de mayor riesgo, por el grado de inmadurez alcanzado en el sistema reproductivo.

La educación es importante en el cuidado de la salud; la baja escolaridad y el analfabetismo han sido mencionados como factores de riesgo potenciales. En la población en estudio, se observó un bajo nivel educativo, más de la mitad (56%), tuvo una escolaridad por debajo del sexto grado (Primaria Incompleta), la cual se asocia con menor utilización de los servicios prenatales y se generalmente se expone a otras situaciones de riesgo por tener menos acceso a labores con mayor remuneración, además del nivel de cuidado observado. Estos resultados concuerdan con la realidad del territorio donde existe un bajo nivel de escolaridad.

El estado Civil, estuvo registrado en el 100% de pacientes, destacando el hecho de que en este grupo, el 80% de las mujeres tenía pareja estable (casadas + acompañadas). Esto es importante, dado que se ha observado mayor exposición a múltiples riesgos para madres solteras, dado el estrés excesivo al que están sometidas por la inestabilidad económica y emocional y en menor grado en las acompañadas porque no tienen seguridad con su pareja, importante para la adecuada evolución del embarazo.

La calidad de llenado en el primer segmento de datos generales en la HCPB y su interpretación, mostró en un 85 % de los casos información fue insuficiente (318) dado que solamente 53 de las embarazadas referidas (14.2%) tenía la información completa.

En el segmento de antecedentes patológicos personales, familiares y gineco-obstétricos, casi el 100% mostró una adecuada calidad en el llenado e interpretación de este segmento de la HCPB. Se encontró que una de cada tres embarazadas (114) tenía antecedentes familiares, siendo las principales patologías registradas la Hipertensión Arterial la Diabetes Mellitus, siendo importante destacar el hecho, de que al valorar la utilidad de la información registrada en este segmento de antecedentes familiares, en dos terceras partes (69.4%), de los casos analizados, la información no sugería datos de riesgo. En los antecedentes patológicos personales, casi el 100% (99.2%) de los casos registro esta información de manera completa y las principales patologías

registradas fueron la Preeclampsia e Hipertensión Arterial inducida, ambas relacionadas. Los resultados observados se corresponden con lo esperado, dado que de acuerdo a registros institucionales y a la literatura medica constituyen las mas comúnmente observadas, lo que debe tenerse en cuenta para la consejería durante el curso del embarazo. A pesar de que ello, estas patologías registradas no constituyeron el factor de riesgo motivo para trasladar a una unidad de mayor resolución. ,

En relación al segmento de antecedentes Gineco obstétricos, en el 96.8% de los casos esta información se registro de manera completa (360) y respecto a la utilidad de la información, en el 71.2% (265) de los casos analizados, esta la información no sugería datos de riesgo de complicación. 40% de los casos eran primigesta, el promedio de embarazos por mujer fue de 2.6 y un 20% eran multíparas y/o gran multíparas. Un 10.8%(40) tenían antecedente de cesáreas, 1.6% de las embarazadas (6/372) registraban antecedentes de nacido muerto y en correspondencia con las gestas, la mayoría (41.3%) no tenían hijos vivos, con un periodo intergenesico de acuerdo a fecha de último parto, mayoritariamente (55.9%) con un tiempo mayor de 5 años.

En general, en el 96.8% de los casos, esta información se registro de manera completa (360) y al valorar la utilidad de la información, en el 71.2% (265) de los casos analizados, la información no sugería datos de riesgo de complicación, no siendo el motivo relacionado al traslado.

El 79% de las pacientes había sido clasificada al momento de ser captada al control prenatal como alto riesgo obstétrico dad la presencia de un factor potencial. Entre los principales factores observados es de mencionar la edad (gran parte era adolescente), la baja escolaridad, etc.

En el segmento embarazo actual, casi el 100% (98.1%) de los casos registro esta información de manera insuficiente (365) y en cuanto a la utilidad de la información registrada, en la mayor parte de los casos analizados (82%), la información no sugería datos de riesgo de complicación.

La asistencia prenatal y específicamente, el número de controles prenatales se considera un factor importante en la salud perinatal. En el grupo en estudio, una cuarta parte (27.7%) no habían tenido ningún CPN, siendo relevante el hecho de que un alto porcentaje (43.8%) se había realizado 4 o más CPN. De acuerdo a las semanas de gestación, dos tercios de los casos analizados (66.3%) tenían de 37-41 SG y un alto porcentaje (27.9%) cursaban entre 20 y 36 SG, es decir eran embarazos a término y preterminos.

Contrario a lo esperado, no se encontró relación entre antecedentes de CPN y riesgo de complicación, lo que puede explicarse porque además del número de controles prenatales, es importante que este cumpla con las características necesarias para ser óptimo, además se debe tomar en cuenta la idoneidad del recurso que realizó el CPN.

Al evaluar las acciones realizadas durante la asistencia prenatal, en el 73.9% (275) de los casos esta información se registró de manera completa y en cuanto a la utilidad, en el 84.1% de los casos analizados, la información no sugería datos de riesgo de complicación.

La calidad del control prenatal es importante para que cumpla con los objetivos del mismo, si tomamos como referencia el porcentaje de embarazadas a las cuales se les efectuó la toma de papanicolau (23.1%), biometría hemática (25.3%), RPR antes de las 20 SG (25.5%), significa que solamente en una de cada cuatro embarazadas se cumplió con lo establecido en el estándar de calidad para el momento de la captación de la embarazada, en el que se establece de acuerdo a Normas de Atención y estándares de Calidad Nacionales, el efectuar al menos trece actividades, preestablecidas.

El nivel de cumplimiento en las actividades establecidas es muy bajo y explicaría en parte el uso posiblemente inadecuado de la HCPB como herramienta para la gestión del riesgo en la asistencia prenatal, cuyo fin es el cuidado de la salud y detección oportuna del riesgo a fin de evitar exponer a la embarazada, parturienta y puérpera al evento muerte, por complicaciones que se pueden prevenir y manejar oportunamente según normas y protocolos establecidos.

Aspectos importantes tales como , la medición del peso, medición de la talla registro de la PA, registro de la altura Uterina, auscultación de FCF después de 20 SG, valoración movimientos fetales después de la 18 SG, vacunación antitetánica muestran un cumplimiento en el registro de 70%, con un bajo cumplimiento en el envío de exámenes de rutina elementales en la reducción de la mortalidad perinatal. Según la literatura y estadísticas institucionales, patologías como la infección de vías urinarias, la ruptura prematura de membranas, figuran entre las más frecuentes, en el tercer trimestre del embarazo, las Normas Nacionales para la Atención Prenatal, Parto de Bajo Riesgo y Puerperio, reconocen un 2-8% de afectación por IVU en las embarazadas.

Es importante destacar el hecho de que en el curso clínico del embarazo, un 15% de los casos presento algún evento mórbido, siendo las principales patologías observadas fue la Preeclampsia e Hipertensión inducida por el embarazo.

Esta investigación significó un esfuerzo en la evaluación de la utilización del la HCPS como herramienta básica la gestión del riesgo durante el embarazo, en pacientes referidas a una institución de segundo nivel de atención. Es importante que el personal de salud asuma el compromiso por la mejora continua en la prestación de servicios, sobretodo en la atención a la embarazada, se debe promover la toma de conciencia sobre la relación que existe entre los factores de riesgo identificados en la HCPS y las alternativas para evitarlo.

Se debe tener presente que quizás la prevención primaria de algunas complicaciones identificadas de previo, sea una meta difícil de alcanzar, sin embargo se puede lograr sobre todo durante la asistencia prenatal mediante la detección y tratamiento oportuno de patologías asociadas al embarazo, tal es el caso de las infecciones de vías urinarias, la Preeclampsia, etc. promoviendo la adhesión temprana a la atención prenatal y la vigilancia continua con responsabilidad.

El personal médico y quienes trabajan en educación para la salud deben unir sus esfuerzos al difundir la información acerca sobre y la importancia de tratar oportunamente las patologías durante el embarazo y los factores de riesgo a la salud

materna y salud del recién nacido, es ampliamente conocida, la asociación que hay entre la atención médica prenatal y transnatal.

Es necesario diseñar intervenciones educativas específicas que lleven a elevar el conocimiento sobre los determinantes de algunas patologías propias del embarazo, parto y puerperio, para prevenirlas. Esta educación en salud, debe ser una actividad diseñada a facilitar intervenciones efectivas, de ahí la importancia de la implementación de los protocolos de atención a la embarazada y su evaluación periódica.

X. CONCLUSIONES

1. El grupo en estudio correspondió en su mayoría a embarazadas menores de 20 años (segmento considerado de alto riesgo obstétrico) con bajo nivel de escolaridad (56% por debajo de la primaria completa), siendo la información contenida en este segmento general de la HCPB insuficiente (85%).
2. Las principales patologías registradas como antecedentes patológicos familiares fueron la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus, a nivel personal las principales patologías fueron la Preeclampsia, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, **en ambos segmentos la información fue registrada de manera completa por arriba del 98% y en menos del 1%(0.3) esta fue evidenciada como la causa de complicación que llevo al traslado.**
3. Según antecedentes Gineco obstétricos la mayor parte (40.01%) cursaban el primer embarazo, 10% tenían antecedentes de una cesárea, con un periodo intergenesico mayor de 5 años, **la información de este segmento estuvo registro de manera completa casi en la totalidad (985) y en menos del 1%(0.3) de los casos esta información sugería riesgo y fue el motivo de traslado de la paciente.**
4. El 79% de las pacientes referidas fueron clasificadas con factor de riesgo potencial al momento de ser captada al control y solamente en una de cada cuatro (25) se cumplió con el envío de exámenes de rutina establecidos para la atención a la embarazada **y en cuanto a la calidad de llenado de este segmento, solamente 7 de las embarazadas referidas (1.9%) tenían esta información completa.**
5. La mayoría (72.3% tenía antecedentes de CPN, con un índice de masa corporal en valores aceptados al ser captada al CPN, un incremento adecuado de peso durante la gravidez (46%), con **una evolución clínica patológica en un 15% de las gestas, siendo la Preeclampsia la principal patología observada.**
6. La mayoría (66.3%) tenían de 37-41 Semanas de Gestación al momento del traslado (a termino, siendo los principales motivos de referencia la Variación de frecuencia cardiaca fetal, amenaza de parto prematuro, circular de cordón y la ruptura prematura de membranas, **encontrándose una correlación entre diagnostico de traslado y los datos registrados en la HCPB, solamente en el 55% de los casos.**
7. **Solamente en una de cada cuatro embarazadas se cumplió con lo establecido en estándar de calidad para el momento de la captación de la embarazada, lo que explicaría en parte el uso posiblemente inadecuado de la HCPB como herramienta para la gestión del riesgo en la asistencia prenatal.**

1. XI. RECOMENDACIONES

A nivel Nacional.

1. Fortalecer el programa de control prenatal mejorando los esfuerzos en educación, sobretodo durante el segundo y tercer trimestre del embarazo de tal forma que se ayude a la mujer a identificar condiciones que conllevan a complicaciones al final del embarazo.

A nivel de SILAIS.

2. Implementar y evaluar constantemente el cumplimiento de normas en el manejo de las situaciones de riesgo que presentan las mujeres durante el embarazo y trabajo de parto, de tal forma que ayuden a prevenir diversas complicaciones.
3. Promover y enfatizar en la importancia de una captación precoz de la embarazada al control prenatal pero sobretodo en la atención de calidad, que permita la detección temprana de posibles factores de riesgo.
4. Promover en las unidades de salud el estudio adecuado de la HCPS como herramienta de gestión del riesgo durante le embarazo y en el periodo perinatal.

A nivel de hospital y/o municipios.

5. Dar a conocer resultados a personal de salud encargado de brindar atención a la embarazada y recién nacido para favorecer un mejor abordaje en el servicio.
6. Fomentar en el personal de salud la importancia del enfoque de riesgo y de esta manera garantizar un manejo adecuado de los grupos de riesgo, contribuyendo a disminuir los efectos adversos que pueden derivar de los mismos.
7. Promover los estudios para evaluar la calidad de atención en la embarazada y recién nacido (aplicación de estándares de calidad) y buscar alternativas de solución en conjunto con personal de salud.

XII. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Díaz AG, Schwarcz R, Díaz Resello JL, et al. Sistema informático perinatal. Montevideo 1993. Publicación Científica CLAP 1203.
- 2) Gagnon AJ. Individual or group antenatal education for childbirth/parenthood. Cochrane database of systematic reviews 2000, Issue 4. Art No: CD002869. DOI:10.1002/14651858.CD002869.
- 3) Díaz AG, Schwarcz R, Díaz Resello JL, et al. Sistema informático perinatal. Montevideo 1993. Publicación Científica CLAP 1203.
- 4) Zurro, Martín; Cano Pérez, J.F: "Atención Primaria: conceptos organización y práctica clínica". 4ta ed.; editorial Harcourt. Vol. I.
- 5) Fascina R, De Mu cio B, Diaz Rossello JL. Salud sexual y Reproductiva. Guía para la continua atención de la mujer y el recién nacido. Focalizada en APS. Montevideo 2007. Publicación Científica CLAP/SMR 1562.
- 6) Organización Panamericana de la salud. Plan regional de VIH/ITS para el sector salud 2006-2015. Unidad de VIH/SIDA. Washington DC: OPS, 2005.
- 7) Organización Panamericana de la salud. Clasificación estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud CIE-10. Décima revisión. Washington DC: OPS, 1995.
- 8) Caballero García Gonzalo. Trabajo monográfico para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía. Cumplimiento de las normas de Control Prenatal en Unidades Urbanas de atención primaria de la ciudad de Bluefields. 1995.
- 9) Castillo Guzmán Ivette y Canelo Pérez Fanny. "Calidad del Control Prenatal según llenado de Historia Clínica Perinatal Simplificada, Centro de salud Francisco Buitrago, cuarto trimestre 1994 [Monografía] Managua : UNAN, Facultad de Ciencias Medicas, 1994.

- 10) Caballero García Gonzalo. Trabajo monográfico para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía. Cumplimiento de las normas de Control Prenatal en Unidades Urbanas de atención primaria de la ciudad de Bluefields. 1995.
- 11) "Propuesta Normativa Perinatal". Federación Argentina de Medicina General - Trabajos Científicos Ministerio de Salud de la Nación. Año: 1999. Tomo II.
- 12) Schwarcz Ricardo; Diverges Carlos; Díaz Ángel; Feseina Ricardo- Obstetricia- 5a. ed., 9ª. Reims. Buenos Aires: El Ateneo, 2003.
- 13) Sergio Casini, Gustavo A. Lucero Sáinz, Martín Hertz y Elsa Andina. División obstetricia, Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Guía de control prenatal. Embarazo normal.
- 14) Sotelo Figueiredo, Juan Mamad, El enfoque de riesgo y la mortalidad materna: Una perspectiva Latinoamericana. Boletín oficina Panamericana. Volumen 114. Numero 4. Abril 1993.
- 15) Schwarcz Ricardo; Diverges Carlos; Díaz Ángel; Feseina Ricardo- Obstetricia- 5a. ed., 9ª. Reims. Buenos Aires: El Ateneo, 2003
- 16) "Propuesta Normativa Perinatal". Federación Argentina de Medicina General - Trabajos Científicos Ministerio de Salud de la Nación. Año: 1999. Tomo II.
- 17) Pérez Sánchez A.- Donoso Siña E. "OBSTETRICIA". 3ra ed. Editorial Mediterráneo: 1999. Capítulo 12, p.214-231.
- 18) Ministerio de Salud (1997) Normas para la atención prenatal, parto de bajo riesgo y puerperio. Managua, MINAS.
- 19) Ministerio de Salud. Estándares e Indicadores de Calidad de Procesos de Atención de Salud Materno Neonatal. Managua, Nicaragua, Febrero 2009.

Anexos

CLAP - OPS/OMS MINSA - NICARAGUA

Parto en _____ N° Identidad _____

NOMBRE: _____ Fecha de nacimiento _____
 DOMICILIO: _____ EDAD años < de 20 > de 20 > de 35
 LOCALIDAD: _____ TEL: _____

ANTECEDENTES

FAMILIARES: <TBC pulmonar> <diabetes> <hipertensión> <preclampsia/eclampsia> <otros>

PERSONALES: Cirugía tracto reproductivo Infertilidad VIH Cardiopatía nefropatía condición médica grave

OBSTÉTRICOS

gestas previas abortos vaginales nacidos vivos viven fin anterior embarazo día mes año _____ < de 1 año > de 5 años

ÚLTIMO PREVIO: < de 2500 g > de 4500 g 3 espont. consec. partos cesáreas nacidos muertos muertos 1° sem. después 1° sem.

Preeclampsia/eclampsia FRACASO METODO ANTICONCEPTIVO no barrera DIU Píldora Iny. hormonal OX. natural

EMBARAZO ACTUAL

PESO ANTERIOR _____ kg TALLA (cm) _____ FUM _____ FPP _____

DUDAS ANTIETANICA actual 1° 2°/R ANTRUBEOLA previa no sabe GRUPO Rh _____ FUMA cigarrillos por día _____ ALCOHOL DROGAS

Ex/ CLINICO normal Ex. MAMAS normal Ex. ODONTOLÓGICO normal PAPANICOLAOU normal VIH solicitado

CERVIX normal < de 20 sem > de 20 sem Hb < 20 sem Hb > 20 sem EGO < de 20 sem > de 20 sem Fe/Folatos Indicados Proporciónados ESTREPTOCOCCOS B 35 a 37 semanas

ATENCIÓN PRENATAL EN:

Fechas	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Edad Gestacional									
Peso (kg)									
Tensión arterial máx/min (mm HG)									
Alt. uterina pubis fondo present. Cef./pelv./Tr.									
F.C.F. (lat./min) Movimiento fetal									

PATOLOGIAS EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Ninguna Preeclampsia Nefropatía Corioamionitis R.C.I.U. hemorragia 2da. mitad otras

HTA previa Eclampsia Diabetes Infección urinaria rotura pre. memb. hemorragia post parto Códigos _____

HTA inducida embarazo Cardiopatía Otra condición grave Amenaza parto pret. hemorragia 1ra. mitad Infección puerperal Códigos _____

PARTO ABORTO

Fecha Ingreso _____ CARNÉ CONSULTAS PRENATALES _____ HOSPITALIZACIÓN EMBARAZO _____ CORTICOIDES ANTENATALES CICLO ÚNICO Semana inicio _____ INICIO Espontáneo RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO EDAD GEST. PARTO _____

Partograma Total _____ Inducido Inducido Cesárea electiva No EG Sem _____ Tiempo hasta el parto Sem _____ Por FUM _____

Presentación Cef. Pélvico Trans.

TERMINACION

espont. forceps cesárea vacuum otra hora _____ min. _____ día _____ mes _____ año _____

Indic. princ. de parto operatorio o inducción _____ MÚLTIPLE orden fetos _____

Nacimiento vivo EPISIOTOMIA Oxitocina Manejo Act. Alumb. PLACENTA completa DESGARRO MEDICACION EN PARTO _____ anest. reg. _____ anest. gen. _____ analges. _____ oxitoc. _____ antibiot. _____ sulfato magnesio _____ transfusión _____ otros _____

ATENDIO médico _____ enf./obst. auxil. _____ estud./empr. _____ nombre RN _____

PARTO nombre _____

NEONATO nombre _____

RECÉN NACIDO

SEXO _____ PESO AL NACER _____ g PER. CEF. _____ cm LONGITUD _____ cm EG CONFIABLE sem. _____ días PESO E.G. _____ g APGAR 1° _____ minuto 5° _____ REANIMACIÓN FALLECE EN SALA DE PARTO REFERIDO

DEFECTOS CONGENITOS ENFERMEDADES TAMIZAJE NEONATAL Hippatía Audición Bilirrubina Meconio 1° día Boca Arriba

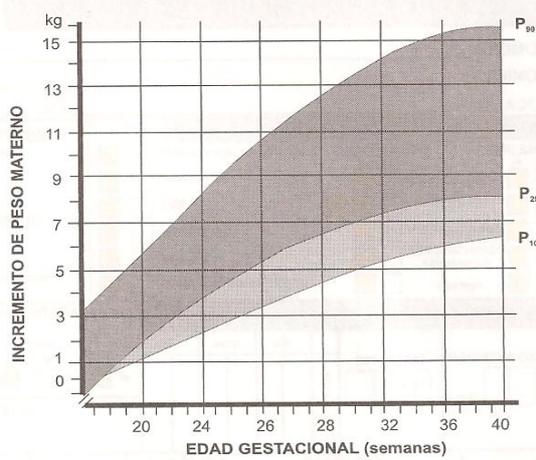
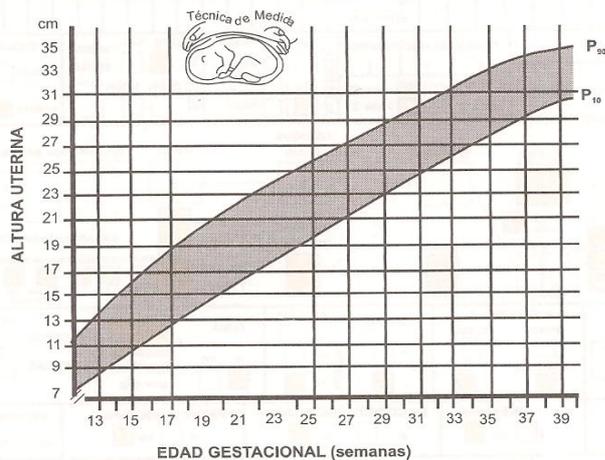
EGRESO R.N.

vivo vivo después del traslado fallece fallece después del traslado EDAD _____ días completos LACTANCIA exclusiva parcial fórmula PESO AL EGRESO _____ g EGRESO MATERNO viva fallece Antirrubeola postparto

Buena tolerancia oral Signos vitales estables Buena coloración Higiene del recién nacido BCG Aplicada Número de Identidad _____ Recibió Consejería en PF Egresada con Método de PF referida hormonal otro

Nombre RN: _____ Responsable del alta _____ Responsable del alta _____

Amarillo significa ALERTA e indica que: más información, análisis y decisiones se encuentran registradas en otras/s del expediente clínico



CLAP (OPS/OMS) - Sistema Informático Perinatal

LISTADO DE CODIGOS

Historia Clínica Perinatal - Base

PATOLOGÍAS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (EPP)

- 50 GESTACION MULTIPLE
- 51 HIPERTENSION PREVIA
- 01 Hipertensión previa esencial complicando EPP
- 02 Hipertensión previa secundaria complicando EPP
- 52 PREECLAMPSIA
- 04 Hipertensión transitoria del embarazo
- 05 Preeclampsia leve
- 06 Preeclampsia severa y moderada
- 53 Hipertensión previa con proteinuria sobre agregada
- 54 ECLAMPSIA
- 55 CARDIOPATIA
- 56 DIABETES
- 57 Diabetes mellitus insulino-dependiente previa
- 58 Diabetes mellitus no insulino-dependiente previa
- 59 Diabetes mellitus iniciada en el embarazo
- 07 Test de tolerancia a la glucosa anormal
- 60 INFECCION URINARIA
- 08 Bacteriuria asintomática del embarazo
- 61 OTRAS INFECCIONES
- 62 Infecciones del tracto genital en el embarazo
- 09 Sífilis complicando EPP
- 10 Gonorrea complicando EPP
- 11 Malaria
- 12 Infección herpética anogenital (herpes simplex)
- 63 Hepatitis viral
- 64 TBC complicando EPP
- 78 Rubeola complicando EPP
- 65 PARASITOSIS COMPLICANDO EPP
- 66 RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO
- 67 AMENAZA DEL PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO)
- 13 incompetencia cervical
- 68 DESPROPORCION CEFALOPELVICA
- 14 Parto obstruido por malposición y anomalía de la presentación del feto
- 15 Parto obstruido debido a anomalía de la pelvis materna
- 69 OTROS PARTOS OBSTRUIDOS POR CAUSA FETAL
- 69 HEMORRAGIA DEL PRIMER TRIMESTRE
- 17 Mola hidatiforme
- 18 Aborto espontáneo y aborto retenido
- 19 Embarazo ectópico
- 20 Aborto inducido y terapéutico
- 21 Amenaza de aborto
- 70 HEMORRAGIA DEL 2º Y 3º TRIMESTRE
- 22 Placenta previa con hemorragia
- 23 Desprendimiento prematuro de placenta

- 24 Hemorragia anteparto con defecto de la coagulación
- 25 Ruptura uterina antes o durante el parto
- 26 Laceración obstétrica del cuello del útero
- 71 ANEMIA
- 27 Anemia por deficiencia de hierro
- 72 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS
- 28 Infección del saco amniótico y membranas
- 73 INFECCION PUERPERAL
- 29 Sepsis puerperal
- 30 Infección mamaria asociada al nacimiento
- 74 HEMORRAGIA POSTPARTO
- 31 Placenta retenida
- 32 Utero atónico
- 33 Laceraciones perineales de 1º y 2º grado
- 34 Laceraciones perineales de 3º y 4º grado
- 75 OTRAS PATOLOGIAS MATERNALES
- 35 Placenta previa sin hemorragia
- 36 Hiperemesis gravídica
- 37 Enfermedad renal no especificada durante el embarazo sin mención de hipertensión
- 38 Dependencia de drogas
- 39 Sufrimiento fetal
- 40 Polihidramnios
- 41 Oligosomios (sin mención de ruptura de membranas)
- 42 Trabajo de parto y parto complicado con complicaciones de cordón umbilical
- 43 Complicaciones anestésicas durante parto y puerperio
- 44 Embolismo obstétrico
- 45 Falla de cierre de la herida de cesárea
- 46 Falla de cierre de la episiotomía
- 47 SIDA
- 76 HIV positivo
- 48 Neoplasia maligna del cuello uterino
- 49 Neoplasia maligna de la glándula mamaria

PATOLOGIA NEONATAL

- 50 ENFERMEDAD DE MEMBRANAS HIALINAS
- 51 SINDROMES ASPIRATIVOS
- 52 APNEAS POR PREMATUREZ
- 53 OTROS SDR
- 01 Ductos arteriales persistentes
- 02 Persistencia de la circulación fetal
- 03 Neumonía congénita
- 04 Neumotorax y enfisema intersticial
- 05 Taquipnea transitoria
- 06 Enfermedad respiratoria crónica originada en el periodo perinatal

HEMORRAGIAS

- 07 Enfermedad hemorrágica del recién nacido
- 55 Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal
- 56 Hemorragia umbilical (excluye las onfalitis con hemorragia)

HIPERBILIRUBINEMIAS

- 08 Enfermedad hemolítica por isoinmunización Rh
- 09 Enfermedad hemolítica por isoinmunización ABO
- 10 Ictericia neonatal asociada a parto de pretérmino
- 58 HEMATOLOGICAS (excluyendo P50-P59)
- 11 Policitemia neonatal
- 12 Anemia congénita

OTRAS AFECIONES HEMATOLOGICAS

- 13 OTRAS AFECIONES HEMATOLOGICAS
- INFECCIONES
- 14 Diarrea
- 15 Meningitis
- 16 Onfalitis
- 17 Conjuntivitis
- 59 Infecciones de la piel del recién nacido
- 18 Septicemia
- 20 Enterocolitis necrotizante (ECN)
- 49 Tétanos neonatal
- 60 Sífilis congénita
- 61 Enfermedades congénitas virales
- 68 Síndrome de Rubeola congénita (SRC)
- 69 Citomegalovirus (CMV)
- 70 Toxoplasmosis congénita
- 39 HIV positivo

OTRAS INFECCIONES DEL PERIODO PERINATAL

- NEUROLOGICA (EXCLUYE MALFORMACIONES)
- 33 Hidrocefalia adquirida
- 34 Leucomalacia periventricular y cerebral
- 35 Trauma obstétrico con lesión intracranial, del SNC y del sistema nervioso periférico
- 36 Hemorragia intracranéa no traumática
- 37 Convulsiones
- 71 Encefalopatía hipóxico isquémica
- 38 Otras afecciones del estado cerebral

METABOLICA/NUTRICIONAL

- 43 Síndrome de "hijo de diabética"
- 45 Hipoglicemia
- 46 Otras afecciones metabólicas y nutricionales
- 66 OTRAS PATOLOGIAS RN
- 40 Retinopatía de la prematuréz
- 41 Hernia inguinal
- 65 Síndrome de daño por frío

INDICACION PRINCIPAL DE PARTO QUIRURGICO O INDUCCION

- 01 Cesárea previa
- 02 Sufrimiento fetal agudo
- 03 Desproporción céfalo-pélvica
- 04 Alteración de la contractilidad
- 05 Parto prolongado
- 06 Fracaso de la inducción
- 07 Descenso detenido de la presentación
- 08 Embarazo múltiple
- 09 R.C.I.U.
- 10 Parto de pretérmino
- 11 Parto de postérmino
- 12 Presentación podálica
- 13 Posición posterior
- 14 Posición transversa
- 15 Ruptura prematura de membranas
- 16 Infección ovular (sospechada o confirmada)
- 17 Placenta Previa
- 18 Abruptio placentae
- 19 Ruptura uterina
- 20 Preeclampsia y eclampsia
- 21 Herpes anogenital
- 22 Condilomatosis genital
- 23 Otras enfermedades maternas
- 24 Muerte fetal
- 25 Madre exhausta
- 26 Otras

76 VIH

MEDICACION DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

- 01 Lidocaína o similar
- 02 Aminas simpatomiméticas
- 03 Gases anestésicos (pentrane-fluorano-óx. nitroso)
- 04 Barbitúricos
- 05 Relajantes musculares
- 06 Diazepóxidos
- 07 Mepardina
- 08 Espasmolíticos
- 09 Oxitocina
- 10 Prostaglandinas
- 11 Betalactámicos (Penicilinas-cefalosporinas)
- 12 Aminoglucósidos (gentamicina-amykacina)
- 13 Eritromicina
- 14 Metronidazol
- 15 Betamiméticos
- 16 Inhibidores de Prostaglandinas
- 17 Antagonistas del calcio
- 18 Sulfato de magnesio
- 19 Hidralazina
- 20 Beta bloqueantes
- 21 Otros antihipertensivos
- 22 Sangre y derivados
- 23 Heparina
- 24 Corticoides
- 25 Cardiotónicos
- 26 Diuréticos
- 27 Aminofilina
- 28 Insulina
- 29 Difemiltantoína
- 30 Otros

ANOMALIAS CONGENITAS

- 120 Anencefalia
- 121 Espina bífida/Meningocele
- 122 Hidranencefalia
- 123 Hidrocefalia
- 124 Microcefalia
- 125 Holoprosencefalia
- 127 Otras anomalías del Sistema Nervioso Central
- 128 Tronco arterioso
- 129 Trasposición grandes vasos
- 130 Teralogía de Fallot
- 131 Ventrículo único
- 132 Doble tracto de salida de vent. derecho
- 133 Canal atrio-vent. completo
- 134 Atresia pulmonar
- 135 Atresia tricúspide
- 136 Síndrome de hipoplasia de corazón izquierdo
- 137 Coartación de aorta
- 138 Retorno venoso pulmonar anómalo total
- 139 Otras anomalías circulatorias/respiratorias
- 140 Paladar hendido
- 141 Fístula traqueo-esofágica
- 142 Atresia esofágica
- 143 Atresia de colon o recto
- 144 Ano imperforado
- 145 Onfalocelo
- 146 Gastrosquisis
- 147 Atresia duodenal
- 148 Atresia yeyunal
- 149 Atresia ileal
- 150 Otras anomalías gastrointestinales
- 151 Gantales malformados
- 152 Agenesia Renal bilateral
- 153 Riñones poli o multiquísticos o displásicos
- 154 Hidronefrosis congénita
- 155 Extrofia de la vejiga
- 156 Otras anomalías nefrouriñarias
- 157 Trisomía 13
- 158 Trisomía 18
- 159 Síndrome de Down
- 160 Otras anomalías cromosómicas
- 161 Labio hendido
- 161 Polidactilia
- 162 Sindactilia
- 163 Displasia esquelética
- 164 Pes equinovarus / talovalgus (Pie Bot)
- 165 Hernia Diafragmática
- 166 Hidrops fetalis
- 167 Oligoamnios severo
- 168 Otras anomalías musculoesqueléticas
- 169 Anomalías tegumentarias

HCPE/VP-03/03

Calidad de la información brindada por la HCPS en pacientes que fueron trasladadas de unidades de atención primaria al hospital: “Asunción” de Juigalpa Chontales. Enero - octubre del 2008.

Componentes de la HCPS	Calidad de la información			Utilidad de la información encontrada como pronóstico del problema que llevó al traslado			
	Información insuficiente	Registros no legibles	Información completa	No sugiere riesgos de complicación,	Sugiere riesgos, pero no es la del motivo de traslado.	Sugiere que la complicación que llevó al traslado podría ocurrir.	Se evidenciaba la complicación que llevó al traslado.
Identificación de la embarazada							
Antecedentes familiares y personales							
Antecedentes obstétricos							
Embarazo actual							
Evolución del embarazo							
Patologías durante el embarazo							

Cuadro 1. Características socio demográficas de las mujeres trasladadas desde Unidades de Atención Primaria al Hospital Regional “La Asunción” de Juigalpa, Chontales por complicaciones obstétricas.

Variables	No	%
Edad		
• < de 20 años	98	26.3
• De 20-24 años	93	25.0
• De 25-29 años	86	23.0
• De 30-40 años	55	14.7
• De 35 y + años	40	10.7
Escolaridad		
• Analfabeta	103	27.7
• Alfabetizada	1	0.3
• Primaria incompleta	104	28.0
• Primaria Completa	39	10.5
• Secundaria incompleta	83	22.3
• Secundaria completa	26	7.0
• Universitario	16	4.3
Estado civil		
• Casada	111	29.8
• Acompañada	192	51.6
• Soltera	69	18.5
Total	372	100

Fuente: Expediente Clínico.

Cuadro 2. Calidad del llenado de la HCPS y utilidad de la información generada de las mujeres trasladadas desde Unidades de Atención Primaria al Hospital Regional “La Asunción” de Juigalpa, Chontales por complicaciones obstétricas.

Variables	No	%
Calidad de Llenado		
• Información completa	53	14.2
• Registro no legible	1	0.3
• Información insuficiente	<u>318</u>	<u>85.5</u>
Utilidad de la información registrada		
• Información sugiere riesgo de complicación y no es motivo del traslado	<u>193</u>	<u>51.9</u>
• Información sugiere riesgo de complicación y es el motivo del traslado	1	.3
• Información no sugiere riesgos	178	47.8
Total	372	100

Fuente: Expediente Clínico.

Cuadro 3. Antecedentes patológicos familiares encontrados, la Calidad del llenado de esa información en la HCPS y la utilidad de esa información de las mujeres trasladadas desde Unidades de Atención Primaria al Hospital Regional “La Asunción” de

Variables	No	%
Antecedentes		
• Tuberculosis	3	2.6
• Diabetes Mellitus	27	23.6
• Hipertensión Arterial	81	71.0
• Pre eclampsia	2	1.7
• Otras patologías	3	2.6
Calidad de Llenado		
• Información completa	368	98.9
• Información insuficiente	4	1.1
Utilidad de la información		
• Información sugiere riesgo de complicación y no es motivo del traslado	113	30.4
• Información sugiere riesgo de complicación y es el motivo del traslado	1	0.3
• Información no sugiere riesgos	258	69.4
Total	372	100

Juigalpa, Chontales por complicaciones obstétricas.

Cuadro 4. Antecedentes patológicos Personales encontrados, la Calidad del llenado de esa información en la HCPS y la utilidad de esa información de las mujeres trasladadas desde Unidades de Atención Primaria al Hospital Regional “La Asunción” de Juigalpa, Chontales por complicaciones obstétricas.

Variables	No	%
Antecedentes médicos personales		
• Diabetes Mellitus	1	0.3
• Hipertensión Arterial	3	0.8
• Pre eclampsia	6	1.5
• Cirugía del tracto reproductivo	1	0.3
• Cardiopatías	1	0.3
• Sin patologías	360	96.8
Calidad de Llenado		
• Información completa	369	99.2
• Información insuficiente	3	0.8
Utilidad de la información		
• Información sugiere riesgo de complicación y no es motivo del traslado	11	3.0
• Se evidenciaba complicación que llevo al traslado.	1	0.3
• Información no sugiere riesgos	360	96.8
Total	372	100

Cuadro 5. Antecedentes gineco obstétricos de las mujeres trasladadas desde Unidades de Atención Primaria al Hospital Regional “La Asunción” de Juigalpa, Chontales por complicaciones obstétricas.

Variables	No	%
Gestas		
• Primigesta	149	40.0
• De 2 - 3 gestas (bigestas + trigestas)	141	37.9
• De 4- 5 gestas	43	11.5
• De 6 y + gestas	39	10.4
Partos		
• Nulípara	182	48.9
• Primípara	70	18.8
• Bipara	53	14.2
• Multípara (3-5 partos)	45	12.0
• Gran multípara (6 y + partos)	22	5.9
Cesáreas		
• Ninguna	332	89.2
• Una	36	9.7
• Dos	4	1.1
Abortos		
• Ninguno	318	85.5
• Uno	48	12.9
• Dos	5	1.3
• Tres	1	0.3
Total	372	100

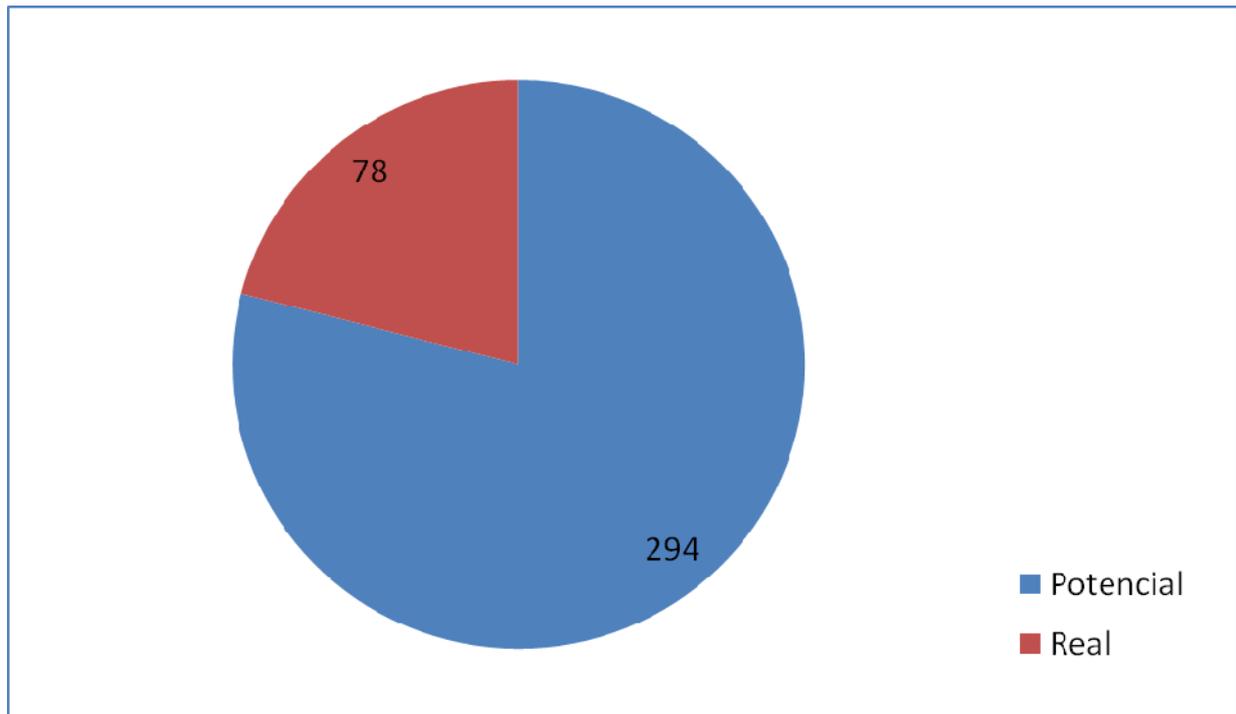
Cuadro 5. Antecedentes gineco obstétricos de las mujeres trasladadas desde Unidades de Atención Primaria al Hospital Regional “La Asunción” de Juigalpa, Chontales por complicaciones obstétricas (Continuación).

Variables	No	%
Hijos Vivos		
• Ninguno	154	41.3
• Un hijo	92	24.7
• Dos hijos	56	15.0
• De 3-5 hijos	51	13.7
• De 6 y + hijos	19	5.1
Edad de los Vivos según embarazo anterior		
• Menor de un año	12	3.2
• 1 a 4 años	0	0.0
• Mayor de 5 años	208	55.9
• No registrado	152	40.9
Total	372	100

Cuadro 6. Calidad del llenado de la HCPS sobre antecedentes gineco obstétricos y su utilidad de las mujeres trasladadas desde Unidades de Atención Primaria al Hospital Regional “La Asunción” de Juigalpa, Chontales por complicaciones obstétricas

Variables	No	%
Calidad de Llenado		
• Información completa	360	96.8
• Información insuficiente	12	3.2
Utilidad de la información		
• Información sugiere riesgo de complicación y no es motivo del traslado	66	17.7
• Información sugiere riesgo de complicación y es el motivo del traslado	1	0.3
• Se evidenciaba complicación que llevo al traslado	40	10.8
• Información no sugiere riesgos	265	71.2
Total	372	100

Gráfico 1. Clasificación del riesgo de acuerdo al protocolo de manejo de las embarazadas referidas desde las unidades de Atención Primaria. Hospital Asunción. Enero - Abril 2010.



Cuadro 7. Calidad del llenado de la HCPS sobre información del embarazo actual de las mujeres trasladadas desde Unidades de Atención Primaria al Hospital Regional “La Asunción” de Juigalpa, Chontales por complicaciones obstétricas

Variables	No	%
Peso (372)	268	72
Talla (372)	306	82.3
Fecha de última regla (372)	338	90.9
Fecha probable del parto	335	90.1
Registro de vacunas TT (372)	269	72.3
Biometría Hemática (372)	94	25.3
Tipo y RH (372)	185	49.7
Valoración del cérvix (372)	134	36
RPR antes de las 20 SG (372)	95	25.5
RPR después de las 20 SG (372)	43	11.6
Examen General de Orina (372)	124	33.3
Papanicolaou (372)	86	23.1
Prueba de VIH (372)	103	27.7
BHC con resultados patológicos (94)	1	1.06
RPR antes de las 20 SG (95)	2	2.1
RPR después de las 20 SG (43)	1	2.3
Examen General de Orina patológico (124)	50	40.3
Hábitos de fumado (372)	1	0.3
Hábitos de alcohol (372)	0	0.0
Examen Clínico (372)	220	59.1
Examen de mamas (372)	217	58.3
Examen odontológico (372)	127	34.1

Cuadro 8. Calidad del llenado de la HCPS sobre información del embarazo actual de las mujeres trasladadas desde Unidades de Atención Primaria al Hospital Regional “La Asunción” de Juigalpa, Chontales por complicaciones obstétricas

Variables	No	%
Calidad de Llenado		
• Información completa	7	1.9
• Información insuficiente	365	98.1
Utilidad de la información		
• Información sugiere riesgo de complicación y no es motivo del traslado	65	17.5
• Se evidenciaba complicación que llevo al traslado	1	0.3
• Información no sugiere riesgos	306	82.3
Total	372	100

Cuadro 9. Atención prenatal recibida en las unidades de atención primaria por las mujeres trasladadas desde Unidades de Atención Primaria al Hospital Regional “La Asunción” de Juigalpa, Chontales por complicaciones obstétricas

Variables	No.	%
Controles prenatales realizados		
• Ninguno	103	27.7
• De 1-3 CPN	106	28.4
• De 4 y + CPN	163	43.8
Número de semanas de embarazo a la captación		
• Menos de 12 semanas de gestación	2	0.6
• De 12_19 Semanas de gestación	1	0.3
• De 20-36 Semanas de gestación	104	27.9
• De 37-41 Semanas de gestación	247	66.3
• De 42 y + Semanas de gestación	18	4.8
Clasificación según IMC		
• Menor de 19.8	16	4.3
• De 19.8 a 26	136	36.6
• Mayor de 26 a 29	45	12.1
• Mayor de 29	77	20.7
Incremento de Peso		
• Adecuado	173	46.5
• Inadecuado	47	12.6
• No valorable	152	40.9
Total	372	100

Cuadro 10. Calidad del llenado de la HCPS sobre Atención Prenatal recibida por las mujeres trasladadas desde Unidades de Atención Primaria al Hospital Regional “La Asunción” de Juigalpa, Chontales por complicaciones obstétricas

Variables	No	%
Calidad de Llenado		
• Información completa	275	73.9
• Registro no legible	1	0.3
• Información insuficiente	96	25.8
Utilidad de la información		
• Información sugiere riesgo de complicación y no es motivo del traslado	48	12.9
• Información sugiere riesgo de complicación y es el motivo del traslado	6	1.6
• Se evidenciaba complicación que llevo al traslado	5	1.3
• Información no sugiere riesgos	313	84.2
Total	372	100

Gráfico 2. Cumplimiento del registro de las acciones de Atención Prenatal realizadas en Atención Primaria a las embarazadas referidas desde las unidades de Atención Primaria. Hospital Asunción. Enero - Abril 2010.

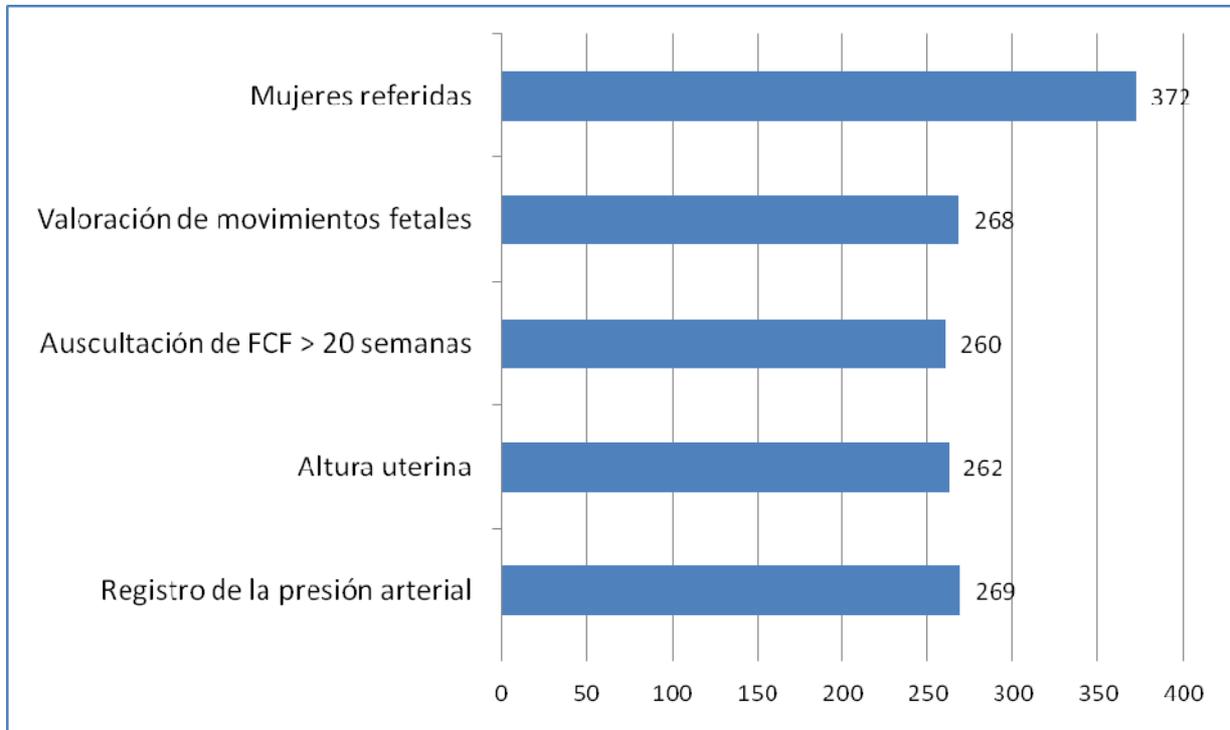
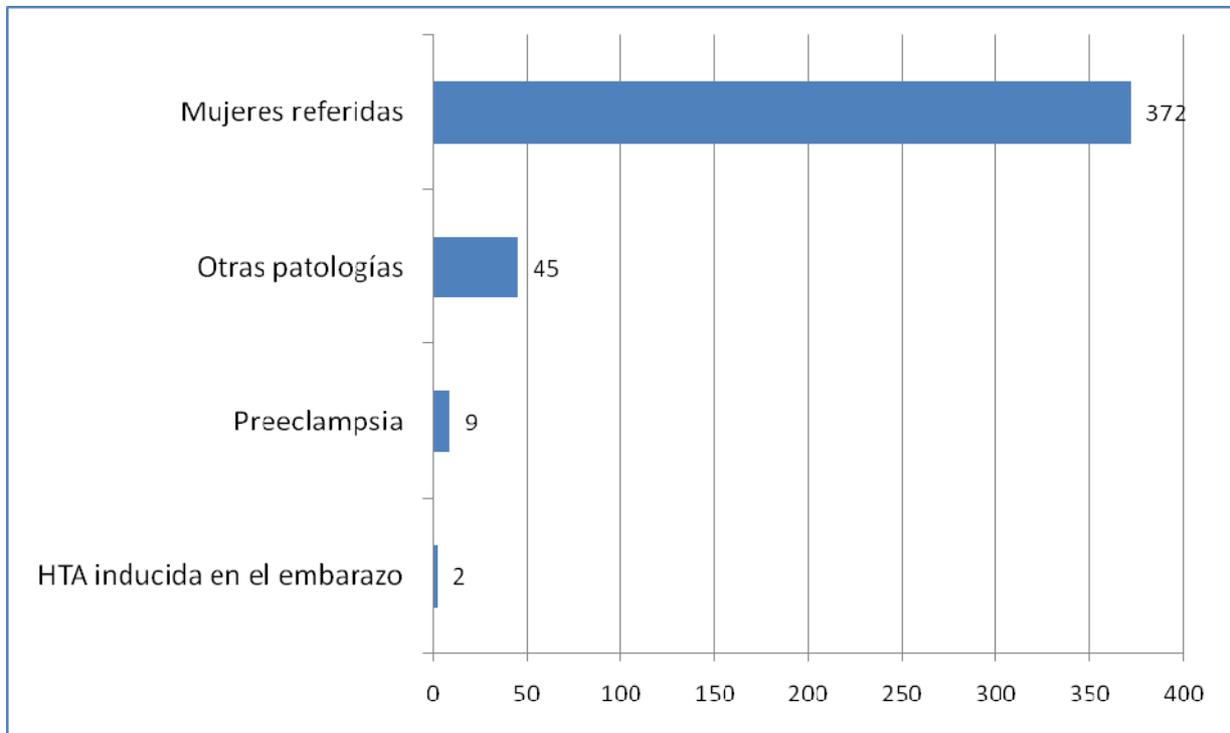


Gráfico 3. Patologías identificadas en el embarazo a las embarazadas referidas desde las unidades de Atención Primaria. Hospital Asunción. Enero - Abril 2010.



Cuadro 11. Cumplimiento de los estándares de calidad de acuerdo a normas de protocolo de las mujeres desde las unidades de atención primaria al Hospital Regional “La Asunción” de Juigalpa, Chontales.

Utilidad	No	%
Antecedentes Personales	372	100
Antecedentes Obstétricos	360	96.8
Medición del Peso	265	71.2
Medición de la talla	306	82
Examen de mamas	217	58.3
Semanas de amenorrea	372	100
Vacunación antitetánica	269	72.3
Biometría Hemática	94	25.3
Tipo y RH	185	49.7
Valoración del cérvix	134	36
RPR antes de las 20 SG	95	25.5
RPR después de las 20 SG	43	11.6
Examen General de Orina	124	33.3
Papanicolaou	86	23.1
Prueba de VIH	103	27.7

Fuente: Expediente Clínico.

Cuadro 12. Condición que ameritó el traslado de las mujeres desde las unidades de atención primaria al Hospital Regional “La Asunción” de Juigalpa, Chontales.

Diagnóstico	No	%
Preeclampsia leve o moderada	17	4.6
Preeclampsia severa	2	0.5
Ruptura Prematura de Membranas	43	11.6
HTA inducida embarazo	5	1.3
Amenaza de parto prematuro	58	15.6
Trabajo de parto prolongado	22	5.9
Cesárea anterior	31	8.3
Variación de frecuencia cardiaca fetal	124	33.3
Circular de cordón	49	13.2
Oligoamnios	21	5.6
Total	372	100