

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
Facultad de Ciencias Médicas.
Carrera de Medicina.
UNAN - León.**



**Monografía de Investigación para optar al título de:
“Doctor en Medicina y Cirugía”**

Calidad de la atención prenatal en mujeres atendidas en el Centro de Salud Jairo Bismark Moncada de Somoto, Madriz; en el periodo de Enero – Junio del 2013.

Autoras: Bra. Zayda Lisbeth Bográn Estrada.
Bra. Hansy Adelaida Aráuz Alfaro.

Tutora: Dra. Nora Cárdenas.
Especialista Ginecología y Obstetricia.
Profesor titular de la Facultad de Ciencias Médicas. UNAN – LEON.

Asesor: Dr. Juan Ramón Almendarez Peralta.
Doctor en Medicina y Cirugía. Maestro en Salud Pública.
Profesor titular de la Facultad de Ciencias Médicas. UNAN – LEON.

Somoto, Marzo, 2014.

¡A LA LIBERTAD POR LA UNIVERSIDAD!

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	ANTECEDENTES.....	3
III.	JUSTIFICACIÓN.....	8
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
V.	OBJETIVOS.....	10
VI.	MARCO TEÓRICO.....	11
VII.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	27
VIII.	RESULTADOS.....	33
IX.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	35
X.	CONCLUSIONES.....	38
XI.	RECOMENDACIONES.....	39
XII.	BIBLIOGRAFÍA.....	40
XIII.	ANEXOS.....	44

DEDICATORIA.

Este trabajo de tesis de grado lo dedicamos a **Dios** por darnos la vida, por iluminarnos cada día y darnos fortaleza, y nobleza para afrontar el día a día.

A nuestros **padres** que con mucho esfuerzo económico, cariño, amor y ejemplo han hecho de nosotras personas con valores humanos, morales y sociales para poder desenvolvemos como hijas, esposas, madres y profesionales.

A nuestros **esposos** que han estado a nuestro lado dándonos cariño, confianza y apoyo incondicional para seguir adelante y cumplir nuestras metas en la vida.

A nuestros **hijos** que son el motivo y la razón que nos han llevado a seguir superándonos, para alcanzar nuestros apreciados ideales de superación, ellos fueron los que en los momentos más difíciles nos motivaron para poder superarlos, poder ser ejemplo de ellos y enseñarles que cuando se quiere algo en la vida no hay tiempo ni obstáculo que lo impida para poder lograrlo.

AGRADECIMIENTO.

Nos complace de sobre manera a través de nuestro trabajo exteriorizar nuestro sincero agradecimiento a nuestra casa de estudios UNAN-León ya que con sus distinguidos docentes que con su profesionalismo y ética en las aulas de clases a cada uno de nosotros nos enrumban con sus enseñanzas que nos sirven para ser útiles en la sociedad.

Queremos agradecer a aquellas personas que con sus conocimientos han hecho posible la culminación de esta tesis, principalmente a nuestros tutores: Dr. Juan Ramón Almendarez y Dra. Nora Cárdenas por su asesoría aún en contra del tiempo y la distancia, gracias a sus conocimientos, ideas y recomendaciones fue posible la realización de este trabajo.

A la dirección y equipo de proveedores de la salud del centro de salud Jairo Bismark Moncada por la confianza y accesibilidad que nos prestaron para la revisión de los expedientes clínicos.

Muchas gracias a todos ellos.

RESUMEN.

El presente estudio es de tipo retrospectivo, descriptivo de corte transversal, con el objetivo de valorar la calidad de la atención prenatal en mujeres atendidas en el Centro de Salud Jairo Bismark Moncada de Somoto, Madriz atendidas en el periodo Enero - Junio 2013.

El universo estuvo constituido por 110 Historias Clínicas Perinatales Básicas Simplificadas de los expedientes de las pacientes atendidas en los 5 ambientes de la unidad de salud atendidas por 11 proveedores de salud (4 Médicos y 7 Enfermeras. Se aplicó la ficha previamente diseñada a 110 Historias, que constituyeron la muestra no probabilística por conveniencia, analizando la información con el programa Epi Info Versión 2002, donde se obtuvieron las tablas y gráficos de frecuencias y porcentajes para el análisis.

En los resultados del estudio encontramos que en los datos de antecedentes personales y obstétricos el proveedor de salud cumple en el 98.2%, superando de esta manera lo esperado para el cumplimiento; no así en el llenado de datos del embarazo actual, hay criterios que no fueron registrados correctamente, tales como semanas de amenorrea, medición de la altura uterina, auscultación de la frecuencia cardíaca fetal, movimientos fetales después de la 18 semanas de gestación, evaluación del peso en cuanto al incremento e índice de masa corporal.

Se concluyó que el 98.2 % de las HCPBS fueron llenadas correctamente, los datos socio demográficos y número de expediente se completaron en su totalidad, en muy poco porcentaje 1.8 % no se realizó correctamente el llenado análisis y registro de datos de los resultados de laboratorio.

Se recomienda a proveedores de servicio, apropiarnos y poner en práctica las políticas y/o estrategias del Ministerio de Salud para mejorar la calidad de los controles prenatales y evaluar de manera sistemática la calidad del llenado en las HCPBS.

I. INTRODUCCIÓN.

La gestión de “la calidad del servicio” representa una prioridad estratégica para la dirección de los servicios de salud y a veces, un desafío para los profesionales de la salud, particularmente en los servicios públicos en donde el compromiso personal para cumplir con los estándares de atención a la población, está muchas veces sujeta a procesos políticos, carencia de recursos, bajos salarios y cultura laboral permisiva. Uno de los nuevos enfoques en los modelos de atención integral lo representa el programa de Atención Integral a la mujer, niñez y adolescencia, particularmente el Control Prenatal que inició alrededor de 1901 y se puede asegurar que la obstetricia ha logrado hasta el momento la implementación y extensión de la consulta prenatal, la selección y manejo del riesgo perinatal y la clasificación, selección y aplicación de los métodos de vigilancia materno fetal. ⁽¹⁾⁽²⁾

En la ley General de Salud se establece que corresponde al Ministerio de Salud reglamentar los componentes, organización y funcionamiento del sistema de garantía de calidad, constituido por el conjunto de normas, dicho sistema tiene un componente importante, la Auditoria de la Calidad de la Atención Médica, que el objetivo primordial es la prevención de daños a la salud, que se logra con evaluaciones sistemáticas de los expedientes y abordajes clínicos, en aras de reducir la incidencia de errores en la provisión de los servicios, siendo su última función lograr el máximo beneficio y satisfacción del usuario.⁽³⁾

Nicaragua ha implementado múltiples acciones para disminuir la mortalidad materna desde hace más de una década, muchos de ellos con un enfoque de primer nivel de atención centrada en los paradigmas tradicionales de Atención Prenatal, Mujeres de Alto Riesgo y Parteras Empíricas, los cuales han sido insuficientes. Muchos de los problemas de salud que presentan las embarazadas son evitables, detectables o tratables a través de consultas con personal médico calificado antes del parto. ⁽⁴⁾

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 porque una buena calidad de la misma refleja en gran medida la calidad de la atención de la mujer embarazada.

En este marco, se propuso diseñar una evaluación del cumplimiento de los estándares e indicadores de calidad de las hojas del Control Prenatal mediante análisis minuciosos, ya que esta hoja nos ayuda a la detección de enfermedades maternas sub-clínicas, prevención, diagnóstico temprano, tratamiento de las complicaciones maternas, y la vigilancia del crecimiento y vitalidad fetal.

II. ANTECEDENTES.

La mortalidad materna en el mundo principalmente Latinoamérica y el Caribe es un problema de salud pública y refleja la desigualdad existente en la región que se expresa en la pérdida de más de 600,000 mujeres anualmente a consecuencia de factores relacionados con embarazo ,parto, puerperio; donde las principales causas están relacionadas con causas obstétricas directas (hemorragia postparto 36.6% , síndrome hipertensivo gestacional 18.3%, sepsis puerperal 7.3% y un 38.3% por parto obstruido , prolongado y aborto , las causas obstétricas indirectas vienen obteniendo una mayor participación porcentual en la totalidad de las muertes maternas, generalmente estas causas se identifican con patologías previas referidas: leucemias, hipertiroidismo, cáncer, pancreatitis, trombosis venosa, cardiopatías y VIH, entre otras.⁽⁴⁾

El MINSA y la cooperación externa han venido promoviendo un proceso de ajustes en las políticas y estrategias relacionadas principalmente con la organización de los servicios de salud, con el objeto de garantizar una atención de calidad a la población con énfasis en los grupos poblacionales más desprotegidos y vulnerables, que permita aumentar la cobertura en la atención optimizar los recursos humanos, materiales y financieros.⁽⁴⁾

En 1980 la Dirección del Programa Materno Infantil del MINSA y el grupo nacional de Gineco-Obstetricia elaboraron las normas de control prenatal, mismas que fue difundida en atención primaria para capacitar a todo el personal de salud. En el año de 1988 la misma dirección realiza investigaciones sobre enfoques de riesgos en atención materna infantil y crea bajo criterios de riesgos Normas de Atención del Embarazo estas normas sufrieron cambios a inicios de los años 90 y para 1993-1994 como parte del compromiso del gobierno de Nicaragua de modernizar el estado se realizan reformas en el sector salud con el propósito de descentralizar el aparato administrativo y mejorar la calidad de atención en salud enfocando la atención de manera integral, es así que surge el Modelo de Atención Integral a la Mujer y la Niñez. (MAIMN).⁽¹⁾

A nivel mundial, la OMS reporta para el 2007, que aproximadamente 22.000 mujeres mueren en la región de las Américas, de las cuales el 80% están relacionadas con la gestación o el parto. El riesgo de muerte materna durante la vida de una mujer es casi 40 veces más alto en los países en vías de desarrollo que en los desarrollados. Aunque la mortalidad materna representa la punta de un iceberg del conjunto de complicaciones por embarazo, parto y puerperio, este se usa como un indicador básico de salud materna; en este sentido se calcula que por cada muerte materna, hay 135 casos de complicaciones o enfermedad (Organización Mundial de la Salud, 2007).⁽⁴⁾

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

En América Latina y el Caribe la mayoría de los partos, cerca del 75 por ciento, tiene lugar en centros asistenciales. Pese a ello, en 17 países la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal son mayores de lo previsto para la población en riesgo, de lo que se infiere una deficiente calidad de la atención de salud. Esto indica que las mujeres con complicaciones no tienen acceso a los servicios, debido a barreras económicas o geográficas, o bien que los servicios de salud no están suficientemente equipados o capacitados para abordar el problema.⁽⁴⁾

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 preparadas para brindar cuidados obstétricos de emergencia de calidad.⁽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, llega a la consulta en el tercer trimestre del embarazo cuando las acciones preventivas no son posibles.⁽¹¹⁾

Ada Paca Palao, realizó un estudio en Perú en 2003 donde evaluó la calidad de atención en los servicios de control prenatal y planificación familiar, con una muestra de 1044 pacientes, encontrando que el 83.5% de las usuarias fueron atendidas por gineco-obstetras, 95% de las unidades de salud no cuentan con equipos completos, 38.8% de las usuarias consideran que no había privacidad durante su consulta.⁽²³⁾

Y en el 2011 en Colombia Noguera, Astrid realizó un estudio sobre la evaluación de la calidad de la atención prenatal. Llegó a la conclusión que los recursos humanos que atienden controles prenatales no es suficiente con relación a la demanda de gestantes, el tiempo de duración de la consulta no permite una interacción fuerte con la paciente⁽²⁷⁾.

El 50% de los encuestados considera que la planeación y la organización del programa de control prenatal en el sitio de trabajo dificultan la prestación de un adecuado servicio a las usuarias, el personal de salud que atiende a las gestantes en un gran porcentaje no informa y explica a sus usuarias los procedimientos.⁽²⁷⁾

El estudio investigativo nos arroja que solo en un 40% de las historias clínicas revisadas cuenta con el examen de VIH y su consentimiento informado. Existen deficiencias en las asesorías pre y post prueba de VIH y desconocimiento por parte de las gestantes de este examen.⁽²⁷⁾

En el año de 1990, Bodan Bravo, Robleto, et al en la ciudad de Nandaimé estudiaron la calidad de la Historia Clínica Perinatal Básica (HCPB) valoraron 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 se catalogó como buena en un 57.35% y el 16.17% como regular. ⁽²⁴⁾

En 1992, en el Hospital Milton Rocha del municipio de Cukra Hill, se realizó un estudio acerca del cumplimiento de las normas del control prenatal de embarazos con riesgos obstétricos, el cual se encontró lo siguientes. En los embarazo de bajo riesgo, los datos generales fueron llenado correctamente en el 88% de los casos los antecedentes familiares y personales no se registraron en el 100% de los casos, los datos del embarazo actual no se anotaron correctamente en un 95%, los datos de las consultas subsecuentes de control prenatal se llenaron correctamente en 94%, no se 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 elaboró la curva del incremento de peso y altura uterina en un 99%.

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. ⁽¹⁷⁾

Se realizó un trabajo monográfico titulado "Calidad del Control Prenatal según el llenado de la Historia Clínica Perinatal Simplificada en el Centro de Salud Francisco Buitrago en el cuarto trimestre de 1994" llevado a cabo por Ivette Castillo y Faby Canelón, se encontraron los siguientes resultados: los antecedentes personales se registraron en el 90% de los casos , los antecedentes obstétricos fueron registrados en un 68%.

Los datos registrados en la Historia Clínica Perinatal en más del 50% fueron: sensibilización, (86.6%), vacuna antitetánica (83%), peso anterior (80.2%), Rh (79.2%), grupo sanguíneo (77.4%), EGO, VDRL, Hb (68%) ⁽²⁶⁾

En 1995 se realizó estudio sobre el cumplimiento de las normas del control prenatal en unidades urbanas de atención primaria del municipio de Bluefields encontrando que el 100% de las gestantes se le registro datos personales el 36% de expedientes carecía de historia clínica perinatal los antecedentes patológicos personales y familiares no fueron llenado en un 38.7% y 46.7% respectivamente los antecedentes obstétricos solamente el intervalo intergenésico no se encontró datos en un 4.9%.

Las curvas de incremento de peso y altura uterina no fueron llenado en un 100% de las gestantes, el 51.1% de los expedientes no se les anoto la aplicación de toxoide tetánico previa, los exámenes de laboratorio no se registraron en el 51.1%, el tipo y Rh no se 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. ⁽¹⁸⁾.

Todos estos estudios en su mayoría están centrados en la calidad de atención prenatal no así sobre las 13 actividades básicas de la atención prenatal de calidad, muchos de ellos con enfoque en los usuarios externos no en el personal proveedor de atención al paciente.

III.JUSTIFICACIÓN.

La cobertura del control prenatal en Nicaragua ha aumentado en los últimos años, la captación tardía en el último trimestre del embarazo, un bajo porcentaje de controles prenatales por la usuaria y el llenado incompleto de la historia clínica de parte de los proveedores de salud se ha convertido en una práctica médica inadecuada. La muerte materna y la muerte perinatal son los resultados que conlleva a graves problemas institucionales, sociales, psicológicos y personales, 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.

Uno de los aspectos del control prenatal a ser evaluados es el buen llenado de la Historia Clínica Prenatal (principalmente las 13 actividades básicas o normadas) 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 más apropiado para supervisar el cumplimiento de las normas y brindar los datos indispensables para su evaluación posterior.

El presente trabajo monográfico se enmarca en las necesidades de evaluar el cumplimiento de la calidad de la atención a la mujer embarazada basada en las 13 actividades básicas normadas que se realizan en los controles prenatales a fin de mejorar la atención en salud por parte del proveedor. A través del estudio se describirán características sociodemográficas de la población. Por lo tanto los resultados obtenidos servirán para la evaluación práctica y objetiva del funcionamiento adecuado del estándar de calidad que se mencionará en el presente texto, así como dar pautas para evaluaciones futuras que puedan ser aplicadas en el departamento de Madriz y en otros departamentos del país.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La mortalidad materna en las mujeres nicaragüenses es uno de los principales problemas de salud pública y de interés gubernamental e institucional del MINSA, debido a que en su mayoría ocurre en áreas rurales, en los últimos años en unidades de salud pública atendidas por personal de salud capacitado, siendo este un problema prevenible ya que se cuenta actualmente con herramientas de fácil aplicación si los programas de control de calidad de las mismas se monitorearan y ejecutaran adecuadamente, dando como resultados datos indispensables para intervenciones estratégicas futuras y prevenir posibles complicaciones que terminarían en muertes maternas.

Por lo tanto ante esta situación nos realizamos la siguiente interrogante.

¿Cuál es la calidad de la atención prenatal, de acuerdo al llenado de la HCPBS, en mujeres atendidas en el Centro de Salud Jairo Bismark Moncada de Somoto, Madriz; en el periodo de Enero – Junio del 2013?

V. OBJETIVO GENERAL.

Valorar la calidad de la atención prenatal basada en las 13 actividades básicas normadas en mujeres atendidas en el Centro de Salud Jairo Bismark Moncada de Somoto, Madriz; en el periodo de Enero – Junio del 2013.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Corroborar el llenado de datos, socio-demográficos, biológicos, antecedentes patológicos familiares, personales, y obstétricos de las mujeres en estudio atendidas en control prenatal.
2. Verificar el llenado de los datos del embarazo actual de la hoja del control prenatal de las pacientes en estudio.
3. Constatar si los exámenes de laboratorio fueron prescritos, realizados, registrados e interpretados y comentados adecuadamente, con acción diagnóstica, de tratamiento y/o de referencia.
4. Verificar el cálculo del índice de masa corporal en captación precoz y la elaboración de la curva de ganancia de peso materno y altura uterina para evaluación del estado nutricional de las mujeres captadas en atención prenatal en centro de salud Jairo Bismark Moncada de Somoto.

VI. MARCO TEÓRICO.

CONTROL PRENATAL.

Definición y Generalidades:

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. ^{(1), (11), (16)}

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⁾

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 morbilidad materna y perinatal. ⁽¹⁾

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. ^{(1), (3)}

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. ^{(1), (11)}

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. ⁽¹¹⁾

Además de la captación precoz se requiere que los controles subsiguientes se realicen en forma periódica. ⁽¹⁾⁽¹¹⁾

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 4 controles prenatales; según normas del Ministerio de Salud Pública. ^{(1), (11)}

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⁾

Además, de la reducción de algunos puntos de la tasa de mortalidad perinatal y materna que pueden lograrse por la inclusión del control prenatal extensivo en los programas materno infantiles, hay posibles efectos adicionales de impacto difíciles de medir pero no menos importantes alejar las dudas de las gestantes, despejar los miedos y tabúes, lograr mayor acercamiento y confianza hacia el sistema de salud, una actitud más positiva hacia la maternidad, hacia el espaciamiento de los hijos, y mejoramiento de los hábitos de vida familiares, mejor disposición para el control de crecimiento y desarrollo uterino del niño, fomentar la actitud hacia la lactancia natural, dar a conocer el plan de vacunación, son ejemplos de beneficios colaterales. ⁽¹⁶⁾

Son barreras para el control perinatal efectivo: ^{(16) (23)}

- Su costo, cuando no es gratuito para la usuaria; a esto hay que agregar gastos de transporte, pérdidas de horas laborales entre otros.
- La inadecuada capacidad del sistema de salud
- Problemas en la organización, en la práctica y hasta en la atmósfera con que se brinda el control.

Barreras de orden cultural

- Accesibilidad geográfica
- Descreimiento en las bondades del sistema de salud y en la necesidad del control.

Llenado de datos del Control Prenatal:⁽⁶⁾ (19)

Incluye un interrogatorio que realiza el profesional en forma muy cuidadosa, acerca de los antecedentes de la embarazada y su familia.

Estos datos se registran en la sección prenatal del registro básico de salud perinatal y pediátrica elaborado por el Ministerio de Salud Pública como así también, datos del examen clínico y del laboratorio.

En la Historia Clínica Perinatal, Amarillo significa ALERTA (cuadritos, triángulos o rectángulos en amarillo) e indica que: más información, análisis y decisiones se encuentran registradas en otra/s hoja/s del expediente clínico.

Segmento - identificación de la embarazada:

HISTORIA CLINICA PERINATAL - MINSA NICARAGUA		FECHA DE NACIMIENTO	ETNIA	ALFA BETA	ESTUDIOS	ESTADO CIVIL	Lugar del control prenatal												
DATOS DE FILIACIÓN	NOMBRE Y APELLIDOS	____/____/____ día mes año	<input type="radio"/> blanca <input type="radio"/> indígena <input type="radio"/> mestiza <input type="radio"/> negra <input type="radio"/> otra	<input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> si	<input checked="" type="radio"/> ninguno <input type="radio"/> primaria <input type="radio"/> secund. <input type="radio"/> univers.	<input type="radio"/> casada <input type="radio"/> unión estable <input checked="" type="radio"/> soltera <input type="radio"/> otro													
	DOMICILIO																		
	LOCALIDAD	TELEF.	EDAD (años)		años en el mayor nivel	<input type="radio"/> vive sola <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si													

Nombre y Apellidos: 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 o celular. 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 el círculo amarillo.

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

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

Estudios: Nivel de escolaridad cursado en el sistema formal de educación. Marcar el Nivel de Escolaridad y el máximo Año Aprobado.

Estado Civil: El del momento de la primera consulta. Se entiende por “unión estable” la convivencia permanente con un compañero, sin formalización legal. En “otro” se incluye separada, divorciada, viuda.

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

Lugar del control prenatal: colocar nombre o código de la unidad de salud donde se realiza la atención. Este dato se puede obtener a través de Estadísticas.

Lugar del parto/aborto: colocar nombre o código de la unidad de salud donde se realiza la atención del parto/ aborto. Este dato se puede obtener a través de Estadísticas. **(Llenado Obligatorio)**

No. Identidad: Anotar el número de cédula de identidad, tal y como aparece en la misma, son tres números iniciales que corresponden al lugar de nacimiento, 6 números centrales que corresponden a la Fecha de Nacimiento y los otros cuatro números terminando en una inicial Mayúscula son del código asignado por el Consejo Supremo Electoral. Si no tiene número de cédula, anotar en los números centrales de la fecha de nacimiento el número de expediente que le ha sido asignado, o al menos registre la fecha de nacimiento provista por la usuaria o su familiar. **(Llenado Obligatorio)**

Segmento - Antecedentes Familiares, Personales Y Obstétricos:

El formulario está dividido en varias secciones:

- FAMILIARES:** Incluye TBC, diabetes, hipertensión, preeclampsia, eclampsia, etc. con opciones de 'no' o 'sí'.
- PERSONALES:** Incluye cirugía genito-urinaria, infertilidad, cardiopatía, nefropatía, violencia, VIH, etc. con opciones de 'no' o 'sí'.
- OBSTÉTRICOS:** Incluye gestas previas, abortos (3 espontáneos consecutivos, ectópico), partos (vaginales, cesáreas), nacidos vivos (viven, nacidos muertos), y peso del último prevo (n/c, <2500g, normal ≥4000g).
- FIN EMBARAZO ANTERIOR:** Incluye da (daños) y tiempo (meses/años), EMBARAZO PLANEADO (sí/no) y FRACASO METODO ANTICONCEPCION (no usaba, barrera, DIU, hormo, natural, emergencia).

Antecedentes Familiares: Se refieren a los parientes cercanos de la embarazada (padres, hermanos, abuelos, hijos, cónyuge), los **Personales** a los propios de la embarazada. Marcar el círculo No o Si. En el caso de “otros”, especificar. En el caso de la Diabetes se marcará el tipo de Diabetes o si es Gestacional (Tipo I, Tipo II, G). El termino cirugía genito-urinaria no incluye a las cesáreas. En cuanto al tema de violencia, se recomienda indagar simultáneamente tanto el antecedente como la presencia o no de violencia en el embarazo actual (ver sección de Gestación Actual).

Antecedentes Obstétricos: Llenar las casillas correspondientes interrogando a la embarazada en la secuencia indicada. **El Número de Gestas (Llenado Obligatorio)**, por corresponder a **Antecedentes**, no incluye el embarazo actual; colocar **00** si el embarazo actual es el primero. El número de Gestas debe coincidir con la sumatoria de los Partos (Vaginales + Cesáreas) más Abortos (los embarazos ectópicos son abortos según clasificación de la CIE-10), excepto en el caso de antecedentes de embarazo múltiple.

Marcar las casillas amarillas debajo de **Gestas** en caso de que en la última gestación, el recién nacido hubiera pesado menos de 2500 grs, o que hubiese pesado más de 4000 grs., no consignado (n/c) o normal.

Embarazo Ectópico: Se anota el número correspondiente a los antecedentes de embarazos producidos fuera del útero (Según la CIE clasificado como abortos).

Cada parto múltiple previo se registra como una gesta, con dos o más partos y con dos o más hijos. **Si no ha tenido partos previos** se marcará **00**.

Registrar la cantidad de nacidos vivos y muertos (rectángulo amarillo) y de los nacidos vivos los que viven al momento de la captación en atención prenatal y los que murieron en la primera semana de vida o después de la primera semana (hasta concluir el periodo neonatal); registrar estos últimos en rectángulo amarillo. **Si los antecedentes de estos fuesen negativos, marcar 00.**

Nacidos vivos: Según la CIE-10 cuando el producto muestre cualquier signo de vida después de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo. Se consideran signos de vida si el RN respira, late su corazón, pulsación del cordón umbilical o tiene movimientos apreciables de los músculos voluntarios.

Nacidos Muertos: Según la CIE-10 cuando el producto no evidencia signos de vida luego de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre independientemente de la duración del embarazo.

En el caso de **Abortos** en embarazos anteriores, registrar en el rectángulo amarillo, si ha presentado 3 espontáneos consecutivos, marcar con (x) en el cuadrado amarillo correspondiente. **Si no tiene antecedentes de Aborto**, marcar con **00**.

Abortos: Según la CIE-10 es la expulsión del producto de la gestación antes de las 22 semanas o con un peso menor de 500 gramos.

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

IMC: realizar el cálculo e interpretación (en el expediente) del índice de masa corporal de acuerdo al peso obtenido de la embarazada (**IMC = Kg/Talla en m²**).

Talla (cm): la medida de pie, descalza, talones juntos y cabeza erguida, en centímetros. Se medirá en la primera visita de control.

FUM: el primer día, mes y año de la última menstruación. Si se desconoce el dato anotar 00. Si se obtiene este dato por USG u otro método, no deberá colocarlo en esta casilla sino en el expediente clínico.

FPP: el día, mes y año en que se cumplirán las 40 semanas de gestación. Para su cálculo, usar el Gestograma del CLAP o cualquier otro calendario obstétrico. Como en el ítem anterior, se recomienda llenar siempre este dato. Si se obtiene este dato por USG u otro método, no colocarlo en este círculo sino en el expediente clínico.

EG confiable por FUM: Marcar si la edad gestacional obtenida en el examen clínico se corresponde o no con fecha de última menstruación referida por la embarazada.

Eco (USG) < 20 semanas: Marcar si la embarazada se ha realizado un ultrasonido antes de las 20 semanas de gestación.

Estilos de vida: se anotan los estilos que la paciente refiera, esto se realiza por cada trimestre de gestación.

Fuma: se considera el hábito practicado durante el embarazo actual. En el caso de que la respuesta sea Si, anotar el promedio de cigarrillos consumido por día. **Si la embarazada No Fuma, completar con 0.** Anotar si es fumadora activa o pasiva y hacer la pregunta en cada trimestre del embarazo.

Drogas: marcar si con x cuando utiliza alguna sustancia no indicada por el personal de salud, que sea capaz de producir dependencia. Hacer esta pregunta en cada trimestre del embarazo.

Alcohol: marcar Si con x cuando exista la ingesta diaria de alcohol. Hacer esta pregunta en cada trimestre del embarazo.

Violencia: marcar con x si la embarazada refiere ser víctima de violencia física, sexual, psicológica o verbal **durante la actual gestación**; tanto por su cónyuge como por su entorno familiar o laboral. Hacer esta pregunta en cada trimestre del embarazo. Se recomienda revisar las Normas para abordar este tema.

Antirubéola: Según jornadas nacionales de vacunación. Marcar el círculo correspondiente, si la embarazada refiere haber sido vacunada con anterioridad; Embarazo, si fue inmunizada durante esta gestación; no sabe, cuando y no recuerda si fue o no vacunada; no, si nunca fue inmunizada.

Antitetánica: 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. Constatar esta información preferiblemente a través de la tarjeta de inmunizaciones. En embarazadas no vacunadas anteriormente o sin registro de vacunación anterior, deben recibir el esquema de 5 dosis:

- ✓ 1ra dosis al contacto (captación)
- ✓ 2da dosis un mes después de de la primera dosis (4 semanas)
- ✓ 3ra dosis 6 meses después de la segunda dosis
- ✓ 4ta dosis un año después de la tercera
- ✓ 5ta dosis un año después de la cuarta

En embarazadas que han recibido 3 o 4 dosis de vacuna dT durante la infancia (en cualquier presentación (DPT, Pentavalente o dT), recibirán la 1ra dosis durante el embarazo y la 2da dosis a las 4 semanas después de la 1ra, para completar el esquema de 5 dosis.

Si ya tiene su esquema (respaldado) de 6 dosis previas a su embarazo no se deberá aplicar vacuna, ya que se considera inmunizada.

Examen Normal:

- **Examen de Mamas:** marcar **Si** cuando el resultado del examen sea normal y **No** cuando se detecte alguna anormalidad, en el momento de la captación. Si se encuentran hallazgos en los siguientes controles, deberá anotarse en el expediente clínico.

- **Examen Odontológico:** marcar Si cuando el resultado del examen sea normal y No cuando se detecte alguna anormalidad.
- **Cérvix:** marcar si con x, o no de acuerdo al examen vaginal realizado (Inspección Visual, PAP o Colposcopia). **Papanicolaou Normal**, en caso de habersele 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 describirlo en el expediente clínico.

Grupo y Rh: el grupo sanguíneo que corresponda (A, B, AB, O) registrarlo en la casilla. Para Rh y para sensibilización, marcar las casillas correspondientes; si la embarazada se encuentra sensibilizada Si, o No o si no lo está.

Rh Inmunizada: Referir si la embarazada Rh- ha sido previamente inmunizada.

YGlobulina anti D: marcar si la embarazada ha recibido la globulina anti D. A las 28 semanas de gestación. Y la siguiente dosis, a las 72 horas postparto (esta se anotara en el círculo correspondiente en el segmento de puerperio).

Toxoplasmosis: Marcar si la embarazada se ha realizado el toxotest (IgG o IgM), indicar si el resultado obtenido es negativo (círculos de color amarillo), positivo o si no fue realizado y especificar si fue realizado antes de las 20 semanas o después de las 20 semanas. En caso de aborto y aunque en su servicio se realice serología para toxoplasmosis, no se deberá registrar la variable > 20 semanas.

Fe/Folatos Indicados y Proporcionados: se marca Si cuando son indicados/proporcionados en cada control prenatal, se marca **No** si al momento del parto se constata que no fueron indicados/ proporcionados. Se considera que una gestante tiene anemia cuando el valor de Hb es menor de 11.0 g/dl durante el I o III trimestre. Referir si el valor es inferior estipulado en la norma. Se marcaran las casillas correspondientes en los dos momentos que se realice la Prueba de Hemoglobina los cuales son; antes de las 20 semanas (primera visita antenatal o por un aborto) y otro luego de las 20 semanas.

VIH – Diagnóstico- Tratamiento: Se deberá brindar consejería a fin de que ella tome una decisión informada para aceptar le sea tomada la prueba de VIH antes de las 20

semanas. Cuando se capta la mujer con un embarazo mayor de 20 semanas se marcara el dato de No corresponde (n/c) por las semanas de gestación, independientemente que se realice o no la prueba, cuando la evidencia es la hoja de consentimiento informado. Cuando no se tiene el resultado marcar s/d (sin datos) y se haya realizado la prueba. El expediente es un documento médico-legal y en el cual se deberá consignar los resultados de la paciente.

Sífilis – Diagnóstico y Tratamiento: Marcar con una x si la embarazada se realizó las pruebas treponémicas (FTAABS) o no treponémicas (VDRL o RPR), en el cuadrito asignado; Negativo (-) es No Reactor y Positivo (+) si es Reactor al igual marcar con una x si recibió o no tratamiento en caso de ser positiva y si la pareja también recibió dicho tratamiento en todos los casos deberá especificar si los resultados o el tratamiento fueron antes de las 20 semanas, o a las 20 semanas y después de las 20 semanas de gestación. Marcar si la pareja recibió tratamiento.

Chagas: Marcar con una x si la embarazada se realizó las pruebas de Chagas (PCR), en el cuadrito asignado; Negativo (-) o Positivo (+), así como si no se realizó dicha prueba. Según la normativa del país, se le indicará a las mujeres embarazadas sintomáticas o que vivan en áreas endémicas de la región de acuerdo a comportamiento epidemiológico.

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

Bacteriuria: antes de las 20 semanas y después de las 20 semanas, marcar con x el resultado de la prueba en el círculo asignado; Normal: No refleja presencia de bacterias en la orina y anormal refleja presencia de bacterias en la orina o bien marcar con una X

si dicha prueba no fue realizada. Se deberá realizar una prueba por cada atención prenatal.

Glucemia en Ayunas: Anotar el resultado obtenido de la glucemia obtenida en ayunas en la embarazada antes de las 24 semanas de gestación y a las 24 y más semanas. Marcar el círculo de la derecha cuando el valor sea ≥ 92 mg/dl en cualquiera de los dos momentos de realizarse el examen. Orientar a la embarazada que debe acudir a la unidad de salud sin haber ingerido alimentos. En caso de aborto no se consignará el dato mayor de 24 semanas.

Estreptococo B 35-37, semanas: Indicar si la pesquisa de Estreptococo B en esta edad gestacional realizada con toma recto-vaginal y en medio enriquecido, fue negativa (-) o positiva (+). Si no se realizó en estas condiciones o no se solicitó marcar “no se hizo”. En caso de atención por aborto no aplica llenar esta variable. La infección por Estreptococo B-hemolítico está relacionada con la morbi-mortalidad perinatal.

Preparación para el parto: Marcar si la embarazada ha recibido o no cursos u otras modalidades (consejería o charlas) sobre partos psicoprofilácticos ya sea en las unidades de salud o en casas maternas.

Consejería Lactancia Materna: Marcar si la embarazada ha recibido ya sea en las unidades de salud o en casas maternas, consejería sobre los beneficios, técnicas adecuadas y derechos inherentes a la lactancia materna y de la niñez.

Atenciones Prenatales:

- **Fecha:** Anotar el día, mes y año en que se realiza la atención prenatal, las iniciales del personal de salud que lo efectúa así como la próxima fecha que debe acudir a la unidad de salud.
- **Edad Gestacional:** Las semanas cumplidas desde el primer día de la última menstruación hasta la fecha de la actual consulta.
- **Peso:** En kilogramos (con un decimal), de la embarazada descalza, con ropa liviana.
- **Presión Arterial:** La tensión máxima y mínima expresada en mm Hg, valorada con la técnica adecuada, reposo por 20 minutos antes de la toma, en el brazo hábil, con manguito a la altura del corazón.
- **Altura Uterina:** Medir la altura uterina en centímetros desde el borde superior de la sínfisis pubiana al fondo del útero. Utilizar la técnica del pinzamiento entre los dedos índice y medio.
- **Presentación:** Para la presentación, escribir “cef” (cefálica), “pelv” (pelviana) o “transv” (transversa). Cuando no sea factible recabar el dato, marcar con una raya horizontal en el espacio correspondiente.
- **Frecuencia Cardíaca Fetal (lpm):** Consignar la frecuencia cardíaca 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.
- **Proteinuria:** Marcar Negativo (-) o Positivo (+), la presencia o no de proteínas en las cintas de uronálisis efectuado a la embarazada.
- **Signos de alarma, exámenes, tratamientos:** describir los hallazgos más relevantes encontrados en la atención prenatal.
- **Iniciales del personal de salud que brindó la atención.**
- **Fecha de próxima cita.**

Disposiciones generales del ministerio de salud en el control prenatal.

1. El MINSA deberá intensificar las actividades de atención prenatal en todos los SILAIS, dando prioridad a aquellos con mayores tasas de mortalidad materna o peri natal.
2. Todo el personal de las unidades de salud de primer nivel deberá detectar y captar para la atención prenatal a las embarazadas, en especial a las mujeres con riesgo reproductivo: adolescentes, mujeres añosas y multíparas, durante su atención por cualquier causa en la unidad de salud, a fin de evitar las oportunidades perdidas.
3. Las unidades de salud deberán garantizar que se brinde atención prenatal a todas las mujeres que soliciten espontáneamente tales servicios.
4. Las unidades de salud deberán brindar atención prenatal a todas las mujeres referidas por el personal comunitario, centros alternativos, privados y referirlas para su atención a las instituciones adecuadas.
5. Los hospitales deberán garantizar que toda mujer que egrese de los mismos por un evento obstétrico o ginecológico o por cualquier condición que signifique un riesgo reproductivo se le brinde una adecuada consejería que permita a las usuarias si lo desean la elección de un método de planificación familiar adecuado a sus necesidades individuales.
6. El MINSA deberá establecer coordinaciones permanentes con las instituciones formadoras de recursos humanos en salud para que se incluya en todo el currículo de PRE y postgrado, temas relacionados con la salud reproductiva y la atención prenatal, así como la decisión y la discusión de la presente norma.

7. Se deberá promocionar constantemente, a través de medios masivos de comunicación y consejería la atención prenatal precoz, periódica y completa de acuerdo a la disponibilidad de los recursos y las características de la población, especialmente de las personas en situación de riesgo.
8. La atención prenatal debe ser gratuita cuando sea prestada por instituciones públicas y debe ofrecerse, sistemáticamente, a toda embarazada que acuda a los servicios de salud, independientemente de la causa que motive la consulta, en especial a las mujeres portadoras de mayor riesgo reproductivo.
9. Debe asegurarse la privacidad y atención confidencial de las personas sin discriminación de ningún tipo.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO.

Tipo de estudio: Estudio descriptivo de corte transversal aplicado a la evaluación de servicios de salud.

Área de estudio: Se realizó en los cinco Equipos de Salud Familiar y Comunidad del centro de salud Jairo Bismark Moncada del municipio de Somoto en el departamento de Madriz en el periodo comprendido de Enero a Junio del 2013. Dividido de la siguiente manera: Equipo 1 (1 médico, 2 enfermeras) Equipo 2 (1 médico, 2 enfermeras), Equipo 3 y 4 (1 médico, 2 enfermeras), equipo 5 (1 médico, 1 enfermera). El centro de salud cuenta con una infraestructura de 1 sala para enfermería, 1 sala para médico, con área de admisión, 1 farmacia; la población tiene una accesibilidad de 5-10 minutos a la unidad de salud y para traslado a segundo nivel de atención de 3-5 minutos de la unidad.

Unidad de análisis: Se evaluó información de controles prenatales realizados por personal de salud quién brinda y provee servicios.

Población de estudio: Fueron los 5 Equipos de salud constituidos por 11 proveedores (4 médicos, 7 enfermeras).

Fuente de información: Secundaria mediante revisión de expedientes clínicos, donde el proveedor de la atención ha registrado la información de los procesos de atención. En total se revisaron y analizaron 110 expedientes, (10 de cada proveedor).

Procedimiento de recolección de datos:

1. El protocolo fue presentado a las autoridades, junto a una carta solicitando su apoyo para el acceso a la recolección de datos. Se aseguró la confidencialidad de los resultados, comprometiéndose a no divulgar nombres del personal involucrado en el estudio.

2. Una vez aprobado el apoyo institucional, se procedió a recolectar los datos.
3. Se usaron variables generales para buscar barreras en el cumplimiento de la calidad del registro y del análisis de la información, el nombre no fue recolectado, ni registrado.
4. Se revisaron los expedientes de las pacientes embarazadas seleccionadas, en ellos se valoró el llenado del formulario de los estándares e indicadores de calidad de Atención Prenatal, además se realizó una evaluación de los mismos, utilizando para tal fin una hoja de monitoreo (Anexo 1), en la que se identifica si todos los elementos que comprenden un buen llenado de los criterios a evaluar se utilizan de manera adecuada. Se determinó si en base al comportamiento de los elementos que se llenaron durante la Atención Prenatal se realizaron interpretaciones que permitieron al médico tomar una decisión respecto a la conducta a seguir con la embarazada.
5. Para valorar el porcentaje de atención prenatal, entre los realizados y llenados adecuadamente, que a su vez reflejarán la necesidad de realizar una intervención oportuna.

Instrumento de recolección de la información:

Formato de monitoreo de los estándares de calidad de atención prenatal, entre los que se valoró los datos generales de identificación de las pacientes, los elementos definidos para el Control de prenatal y la interpretación de los datos.

Procesamiento de la información:

Haciendo uso de la hoja de monitoreo se evaluaron cada uno de los expedientes y se registraron en la casilla correspondiente si cumplían adecuadamente con el criterio, no cumple o no aplica.

El Control prenatal se evaluó con los ítems válidos (tanto los marcados adecuadamente como los no marcados) se exceptúan los NA. El valor total de todos los ítems es 100%,

se considera para tal fin que una Atención Prenatal que logra alcanzar el 80% de cumplimiento está adecuadamente elaborada e interpretada.

Posteriormente se analizó la información para poder determinar si se tomaron decisiones de manera oportuna o no, de igual manera se obtuvo a partir de los mismos expedientes el porcentaje de pacientes que recibieron la atención prenatal según lo estiman las Normas del Ministerio de Salud, así como los hallazgos encontrados en las mismas.

Plan de análisis: Los datos fueron procesados y analizados utilizando el paquete estadístico Epi Info en su versión 3.5.4 para Windows. Donde se analizaron en tablas de distribución de frecuencias y los resultados se resumieron en cuadros y gráficos.

Para valorar el cumplimiento de los estándares de calidad de Atención Prenatal se obtuvo información de las historias clínicas perinatales y se observó si cumplieron o no con el registro de la información relevante establecida en las normas de Control Prenatal. Posteriormente se estimó la frecuencia absoluta y la frecuencia relativa del cumplimiento de cada indicador y la sumatoria de todos los indicadores nos dio una idea global de la calidad mediante el registro de la información.

Aspectos éticos:

Durante el estudio se tomaron en cuenta los principios éticos, y se respetó la confidencialidad de la información suministrada por los expedientes. Consentimiento informado y respeto a la información de las usuarias solicitada a través de la dirección del lugar en estudio.

Protección de la confidencialidad: Se explicó el proceso de confidencialidad, previa información de los objetivos del estudio, asegurando que la información obtenida era confidencial y utilizada única y exclusivamente con fines investigativos.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

Variable	Definición	Indicador	Valor
Datos de identificación de la paciente: Edad, procedencia, Estado civil, escolaridad,	Identificación sociodemográfica de la paciente:	Datos llenados adecuadamente:	1.Cumple 2.No cumple NA. No Aplica
Antecedentes personales y obstétricos	Historias previas de enfermedades de parientes de la embarazada,(padres, hermanos, abuelos, esposo, hijos) e historias previas de enfermedades de la embarazada	Registro de algunas patologías familiares y obstétricas de la paciente.	1.Cumple 2.No cumple NA. No Aplica
Medición de talla	Es la distancia entre el suelo y el vértice del cráneo que se expresa en centímetro.	Resultado de la medición en centímetros	1.Cumple 2.No cumple NA. No Aplica
Examen de mamas	Valoración física minuciosa de las mamas durante la captación del embarazo.	Registro de examen realizado	1.Cumple 2.No cumple NA. No Aplica
Semanas de amenorrea	Tiempo expresado en semanas de gestación, de acuerdo a última menstruación, referida por la paciente o por ultrasonido, antes de las semanas 20, de acuerdo al grado de seguridad que demuestre la gestante.	Registro realizado adecuadamente	1.Cumple 2.No cumple NA. No Aplica
Medición del peso	Medida en kilogramos de la mujer antes de la gestación.	Medición expresada en Kg	1.Cumple 2.No cumple NA. No Aplica

Determinación de presión arterial	Signo vital que mide el gasto cardiaco y resistencia vascular periférica.	Medición numérica expresada en Diástole y Sístole	1.Cumple 2.No cumple NA. No Aplica
Medición de altura uterina	Es la altura del útero en centímetros por encima del pubis a partir de las 12 semanas de amenorrea	Medición expresada en centímetros	1.Cumple 2.No cumple NA. No Aplica
Auscultación de FCF a partir de las 20 SG	Registro del latidos cardiacos fetales en el periodo de un minuto por doppler o por estetoscopio.	Registro realizado adecuadamente de acuerdo a SG	1.Cumple 2.No cumple NA. No Aplica
Movimientos fetales después de 18 SG	Percepcion de los movimientos fetales apartir de la semana 17 de amenorrea en las mutigestas y 19 semanas en las primigestas por el examinador	Registro de examen realizado	1.Cumple 2.No cumple NA. No Aplica
Aplicación de vacuna antitetánica			1.Cumple 2.No cumple NA. No Aplica
Exámenes de laboratorio (Grupo y Rh, PAP, VDRL/RPR, Cinta Reactiva/ EGO, Hemoglobina, consejería y prueba voluntaria de VIH.	Pruebas de rutinas enviadas durante el embarazo.	Grupo y Rh PAP, RPR, Cinta reactiva/EGO, Hemoglobina, Prueba de VIH.	1.Cumple 2.No cumple NA. No Aplica
Evaluación del Estado Nutricional en base al Índice de Masa Corporal en captación precoz.	Valor numérico con el que se clasifica el estado nutricional de la gestante se calcula con la formula (IMC = Kg/Talla en m ²)	se interpreta: bajo peso:<18.5 Normal:18.5-24.9 Sobrepeso:25-29.9 Obeso:30.0>	1.Cumple 2.No cumple NA. No Aplica
Evaluación del Estado Nutricional en	Valor numérico con el que se		

base al Incremento de Peso Materno.	clasifica el estado nutricional de la gestante se calcula con la formula (IMC = Kg/Talla en m ²)	se interpreta: bajo peso:<18.5 Normal:18.5-24.9 Sobrepeso:25-29.9 Obeso:30.0>	1.Cumple 2.No cumple NA. No Aplica
-------------------------------------	--	---	--

VIII. RESULTADOS.

En cuanto a la distribución por prestador de servicios encontramos que el 63.6% son enfermeras y el 36,4% son médicos. (Gráfico 1)

De acuerdo a las historias analizadas por ambiente el mayor porcentaje se encuentra en el ambiente 2 con el 38,2% seguido por el 25,5% del ambiente N° 1, el 19% del ambiente 5 y un 17,3% del ambiente 3 y 4. (Gráfico 2)

En cuanto al llenado de los antecedentes personales y obstétricos se encuentran que el 98.2% cumple con el llenado y solamente un 1.8% no cumple. (Gráfico 3)

Encontramos que el llenado de los datos obstétricos de la talla, examen de mamas, medición del peso, presión arterial el 100% cumple, no así con las semanas de amenorrea cumple el 99.1%, la medición de la altura uterina el 96,4% y el 3,6% que no aplica, la frecuencia cardiaca fetal fue registrada en el 96.4% de las historias revisadas y el 3,6% no aplica, en cuanto a los movimientos fetales el 96,4% cumple con el criterio y el 3,6% no aplica, el 100% tiene registrado la aplicación de la vacuna antitetánica. (Tabla 1).

El 100% de los exámenes de laboratorio fueron ordenados. (Gráfico 4)

En cuanto a la evaluación del estado nutricional según el índice de masa corporal el 99.1% cumple solamente el 1% no cumple. (Gráfico 5).

De acuerdo a la evaluación del estado nutricional según la curva de ganancia de peso materno el 99% cumple y el 1% no cumple. (Gráfico 6).

En cuanto a los exámenes de laboratorio ordenados, realizados, registrados y analizados el 92,7% cumple el 7,3% no cumple. (Gráfico 7)

En cuanto a la realización de los exámenes de laboratorio el Grupo y Rh, RPR, y Hemoglobina tienen el 96,4% (cumple) el 3,6% no cumple, en cuanto al PAP el 86,4% cumple y el 13,6% no cumple, cinta reactiva EGO el 99% cumple, la realización de la hemoglobina cumplen un 96.4% y no cumple el 3.6%, el 97,3% cumple en cuanto a consejería y prueba de VIH, el 2,7% no cumple. (Tabla 2).

IX. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

Nuestro estudio da a conocer la realidad que se presenta en nuestro país principalmente en los servicios públicos, refiriéndonos particularmente a la organización de los prestadores de servicios ya que se demuestra que, el ambiente que menor cantidad de prestadores de servicios tiene, es el ambiente 5 con un recurso por calificación profesional en comparación con los otros. Lo que se considera insuficiente para la demanda en cada uno de los ambientes. Estos resultados coinciden con el estudio realizado en el 2011 en Colombia, sobre la evaluación de la calidad de la atención prenatal llegando a la conclusión que los recursos humanos que atienden controles prenatales no es suficiente con relación a la demanda de gestantes esto viene a repercutir en la calidad de atención brindada a las pacientes, ya que no se brindara una prestación de servicio por lo que traerá como consecuencia la clasificación del riesgo perinatal inadecuado.

En cuanto al llenado completo de los antecedentes personales y obstétricos el 98% de las historias cumplen el llenado con calidad, esto es de suma importancia para lograr identificar posibles complicaciones que pueda presentar durante la gestación no es lo mismo de tener una mujer gestante sana y sin antecedente patológicos que una embarazada con enfermedad crónica o aguda, que pueda incrementar la morbi-mortalidad materno-fetal, sin embargos hay criterios en los cuales no cumple 2% algunas de las historia clínica que se incluyeron en este estudio este porcentaje a pesar de ser bajo no se debería dar ya que es un error que pudiera traer consecuencias graves para la mujer y el producto.

En el llenado de los datos obstétricos del embarazo actual, medición de talla, examen de mamas, medición de peso, determinación de la presión arterial, y aplicación de la vacuna dt se cumplieron en un 100% cumpliéndose con calidad, teniendo los valores; medición de la altura uterina auscultación de la frecuencia cardiaca fetal, movimientos fetales después de 18 semanas de gestación un 96.4% siendo en estos ultimo estándares el 3.6% por que no aplica, debido a que en algunas pacientes, no se podían

valorar por la edad gestacional que presentaban en el momento que se daba la atención prenatal.

Se establece en el presente trabajo que el 100% cumple en dar las órdenes de los exámenes de laboratorio. Los exámenes complementarios son de suma importancia para establecer el estado de salud de la paciente y darle seguimiento con tratamiento, en caso necesario y valorar la evolución. Sin embargo los exámenes realizados registrados y analizados 92.7% cumple habiendo un 7.3% que no cumple este porcentaje aunque es mínimo pero, no se cumplió con calidad el llenado por parte del prestador de servicio que puede traer consecuencias fatales para la salud y bienestar de la paciente gestante y el producto ya que de los exámenes depende la selección, manejo y clasificación del riesgo perinatal.

El 99,1% cumple con la realización de cinta reactiva de EGO, el 96,4% cumple con Tipo y Rh, RPR, y Hemoglobina, el 86,4% cumple con el PAP. Y el 97,3% sensibiliza, da consejería para la prueba de VIH. Existen deficiencias en las asesorías pre y post prueba de VIH un 2.7% y desconocimiento por parte de las gestantes de este examen. Estos resultados difieren del estudio realizado en Colombia en el 2011, donde los resultados dicen que solo en un 40% de las historias clínicas revisadas cuenta con el examen de VIH y su consentimiento informado.

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

En cuanto a la evaluación del estado nutricional referente al índice de masa corporal así como la elaboración de la curva de ganancia de peso materno y altura uterina encontramos que el 99,1% cumple, igual porcentaje se reporta para la evaluación del estado nutricional sobre el incremento de peso, el 98,2% cumple con los expedientes y

solamente el 1,8% no cumple este estándar de calidad es importante por lo que podemos detectar los factores que pueden complicar el transcurso del embarazo, el parto y el puerperio, implementándose medidas preventivas así como también nuevos hábitos y estilos de vida saludables. Los cambios del organismo materno durante el embarazo, hacen a veces que no pueda ser precisa la demarcación entre la salud y la enfermedad.

Por consiguiente es necesario el llenado correcto total de la HCPBS para observar a las mujeres atentamente durante todo el embarazo a fin de poder reconocer lo antes posible cualquier anormalidad que amenace el bienestar de la madre y su hijo.

X. CONCLUSIONES.

- ✓ En cuanto a la revisión de la HCPBS encontramos 98% cumple satisfactoriamente con el llenado de los estándares de calidad aplicado en la historia clínica prenatal superando lo esperado.
- ✓ El prestador de servicio no está asignado de manera equitativa por ambiente.
- ✓ El 98% cumple con el llenado completo de los datos sobre antecedentes Personales y obstétricos de la embarazada.
- ✓ El llenado de datos del embarazo actual encontramos deficiencia en el registro de las semanas de amenorrea y la medición de la altura uterina (4%) No Aplica, lo cual no es relevante.
- ✓ Los exámenes de laboratorio ordenados, realizados, registrados y analizados es muy poco el déficit encontrado de (7. %), el problema radica en el registro ya que el 100% de los mismos se ordenan.
- ✓ El 99% cumple con la evaluación del estado nutricional realizando el índice de masa corporal, la curva de ganancia de peso materno y altura uterina.
- ✓ Más del 96% cumple con el análisis, registro de los exámenes de laboratorio, da consejería y toma prueba de VIH.

XI. RECOMENDACIONES.

AL PRESTADOR DE SERVICIOS:

- Como profesionales, apropiarnos y poner en práctica las políticas y/o estrategias para incrementar y mejorar los controles prenatales realizándolos en tiempo y forma en los niveles de atención primaria.
- Evaluar de manera sistemática la calidad del llenado en las HCPBS y otros factores de riesgos importantes para evitar posibles complicaciones obstétricas y fetales.
- Que los médicos realicen obligatoriamente la curva de ganancia de peso ya que es importante para el monitoreo periódico del estado nutricional de las gestantes.

AL CENTRO DE SALUD:

- Brindar educación continua sobre la importancia del llenado correcto de las historias clínicas prenatales a los prestadores de servicio de la atención primaria para la detección temprana de los factores de riesgos.
- Incentivar a la población y en especial a la embarazada y familiares sobre la importancia del control prenatal el cual debe de realizarse de forma precoz y periódico, incentivando la promoción del vínculo madre – hijo y previniendo posibles complicaciones.
- Sensibilizar a los trabajadores de la salud en la mejora de la calidad de atención en todos sus componentes de la HCPBS.

XI. BIBLIOGRAFIA.

- 1) Ministerio de Salud .Normas y Protocolos para la Atención Prenatal, Parto, Recién nacido/a y Puerperio de bajo riesgo .Managua, Nicaragua, 2008.
- 2) Ministerio de Salud. Estándares e indicadores de calidad de los procesos de atención en salud: Planificación Familiar, Salud Materna, Salud Neonatal y de la Niñez, VIH/Sida y uso correcto de las soluciones antisépticas e higiene de manos. Managua, Nicaragua.3ra. edición, 2009.
- 3) Ministerio de Salud. Norma de la Auditoria de la calidad de la Atención Medica. Managua, Nicaragua, Mayo, 2008.
- 4) Instituto de Estudios Estratégicos y Públicas .Reducción de la mortalidad materna: Perspectivas y Desafíos desde los parlamentos para alcanzar los ODM 5. Managua, 2009.
- 5) Diccionario Médico. Océano- Mosby. Edición en Español de 2012.
- 6) Schwarcz Ricardo; Diverges Carlos; Díaz Ángel; Feseina Ricardo- Obstetricia- 6a. ed., 10ª. Reims. Buenos Aires, Argentina: El Ateneo, 2005.
- 7) MINSA, CLAP.OPS/OMS. Sistema Informático Perinatal.6ª. ed. 2010.
- 8) Zurro, Martín; Cano Pérez, J.F:”Atención Primaria: conceptos organización y práctica clínica”. 5ta ed.; editorial Harcourt. Vol. III.2003.
- 9) Pérez Sánchez A.- Donoso Siña E. “OBSTETRICIA”. 4ta ed. Editorial Mediterráneo: 2011.

- 10) Pineda, E.B; Alvarado, E. L .Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. 4ª. Edición. Editorial Limusa S.A. 2006.
- 11) Investigar es Fácil. Manual de investigación. Sequeiro Calero Valinda; Cruz Picón Australia. 2ª edición, 2005.
- 12) Sergio Casini, Gustavo A. Lucero Sáinz, Martín Hertz y Elsa Andina. División obstetricia, Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Guía de control prenatal. Embarazo normal. Universidad veracruzana. Dirección general del área académica de ciencias de la salud Facultad de nutrición-campus Xalapa. Guía para la elaboración de una tesis.2003.
- 13) Roa, Doren. Reducir la Mortalidad Materna ,desafío para Nicaragua; junio 2012.[acceso el 21 mayo 2013].Disponible en :<http://www.elnuevodiario.com.ni/nacionales/254178>
- 14) Charry, J.A.Bernal Arias. Calidad del control prenatal. Manizales, Colombia. Septiembre 2008.[Acceso el 27 mayo 2013].Disponible en: <http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista13.8.pdf>
- 15) Verde Torres, Y. Sifuentes, R.B, R.B. Nivel de Calidad del Control Prenatal.Cuba, 2010. [Acceso el 27 mayo 2013].Disponible en: <http://es.scribb.com/doc/47140212/tesis-original>
- 16) Medal Garrido, Martha. Trabajo monográfico para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía. Calidad del llenado de las hojas de Control Prenatal de pacientes remitidas de Atención Primaria ingresadas en la sala de alto riesgo obstétrico del hospital Regional Asunción ,Juigalpa- Chontales, julio 2007.
- 17) Acevedo Benítez, Danelia. Trabajo monográfico para optar el título de médico y cirujano, cumplimientos de normas en control prenatal de embarazo con alto riesgo obstétrico, Hospital Milton Rocha, Cukra Hill. RAAS. 1992.

- 18) 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.
- 19) MINISTERIO DE SALUD. Atención Integral a la Mujer y a la Niñez. Manual operativo. Managua, Nicaragua. 2008.
- 20) Sotelo Figueiredo, Juan Mamad, El enfoque de riesgo y la mortalidad materna: Una perspectiva Latinoamericana. Boletín oficina Panamericana. Volumen 114. Número 9.2013.
- 21) Ortiz, Marcela. Mortalidad Materna en el siglo XXI. Mujeres hoy. Mayo 2003. [Acceso el 21 mayo 2013].Disponible en: <http://www.mujereshoy.com>
- 22) Gilmore M. Carol. Manual de gerencia de la calidad. El mejoramiento de la calidad. La participación externa OPS/OMS. Manual operativo. Paltex. Vol. 3 N.9. 2000.
- 23) Paca Palaos Ada. Calidad de atención en los servicios de control prenatal y planificación familia. Perú 2003.
- 24) Boden B. Roberto, "Calidad de la Historia Clínica Perinatal Básica por parte de los médicos generales y médicos en servicio social, Nandaime [Monografía] Managua: UNAN, Facultad de Ciencias Médicas; 1990.
- 25) Ramírez Gioconda, Meléndez Carlos. Análisis de la atención del Control Prenatal, en el Hospital Carlos Marxs. Julio-Diciembre 1991.
- 26) 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 Médicas,1994.

- 27) Noguera, Astrid Milena, et.al. Evaluación de la calidad de la atención prenatal a partir de la atención brindada a las usuarias en el centro de salud Suroccidente de la ese Popayán de enero a junio del 2011[Monografía]. Universidad del Cauca, Colombia; 2011.
- 28) Cáceres, Ana Luisa, Muñoz, Glenda. Calidad del Control Prenatal en el centro de salud Jairo Bismark Moncada del municipio de Somoto I trimestre 2008 [Monografía].UPOLI-Esteli.2008.
- 29) Ministerio de Salud. Propuesta Normativa Perinatal. Federación Argentina de Medicina General. Trabajos Científicos. Tomo II .Buenos Aires, Argentina, 2010.
- 30) Donabedian A. La calidad en la atención médica: definición y métodos de evaluación. México: Prensa Médica Mexicana, Reimpresión, 2011.

ANEXOS

CENRO DE SALUD JAIRO BISMARCK MONCADA, SOMOTO, MADRIZ.

FICHA DE RECOLECCIÓN:

Datos Generales:

Número de Equipo de Salud, familiar y comunitario: _____

1. Llena adecuadamente datos sociodemográficos.

Cumple _____ No cumple _____ No aplica _____

2. Antecedentes patológicos personales, familiares y gineco-obstetras.

Cumple _____ No cumple _____ No aplica _____

3. Medición de la talla

Cumple _____ No cumple _____ No aplica _____

4. Examen de mamas.

Cumple _____ No cumple _____ No aplica _____

Cumple _____ No cumple _____ No aplica _____

5. Semanas de amenorrea.

Cumple _____ No cumple _____ No aplica _____

6. Medición del peso

Cumple _____ No cumple _____ No aplica _____

7. Determinación de la presión arterial.

Cumple _____ No cumple _____ No aplica _____

8. Medición de la altura uterina

Cumple _____ No cumple _____ No aplica _____

9. Auscultación de la FCF a partir de las 20 SG

Cumple _____ No cumple _____ No aplica _____

10. Movimientos fetales después de las 18 SG

Cumple _____ No cumple _____ No aplica _____

11. Aplicación de la vacuna antitetánica.

Cumple _____ No cumple _____ No aplica _____

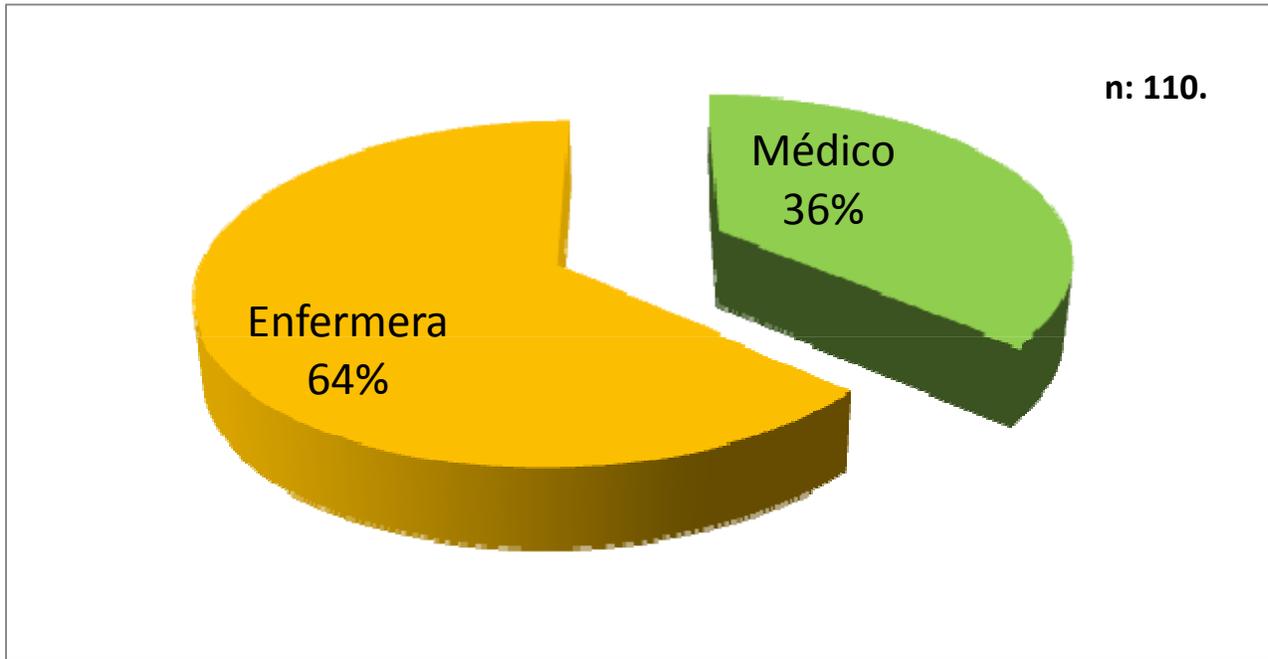
12. Exámenes de laboratorio.

Cumple _____ No cumple _____ No aplica _____

13. Evaluación del estado nutricional en base al índice de masa corporal IMC

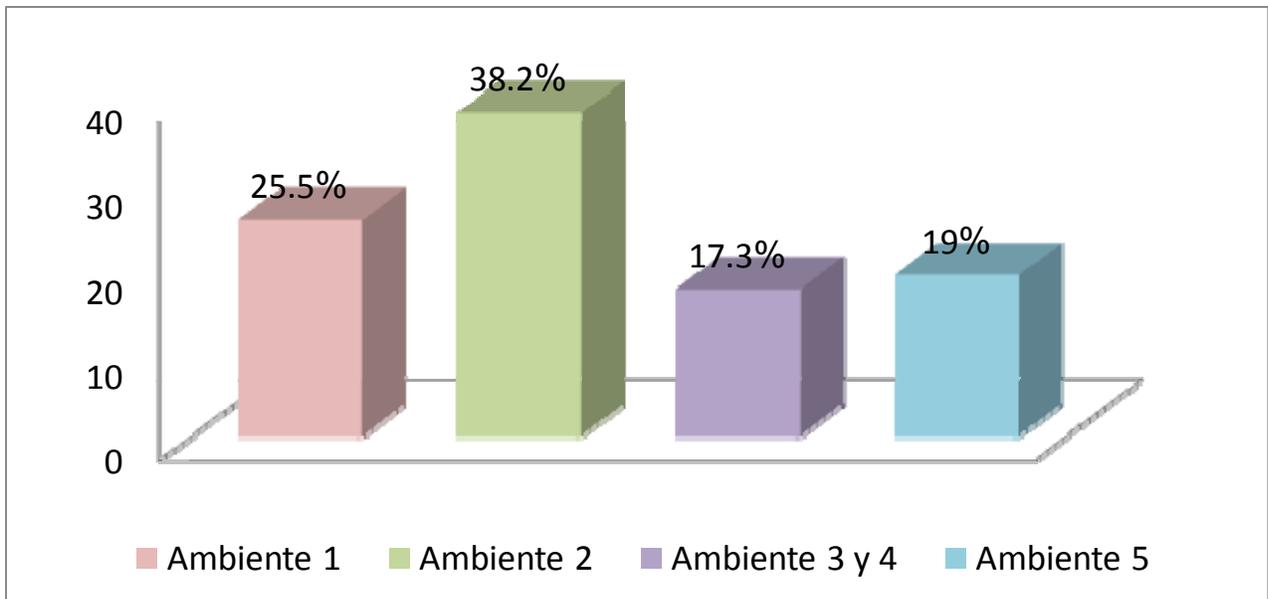
Cumple _____ No cumple _____ No aplica _____

Gráfico 1. Distribución porcentual por calificación profesional del prestador de servicios.



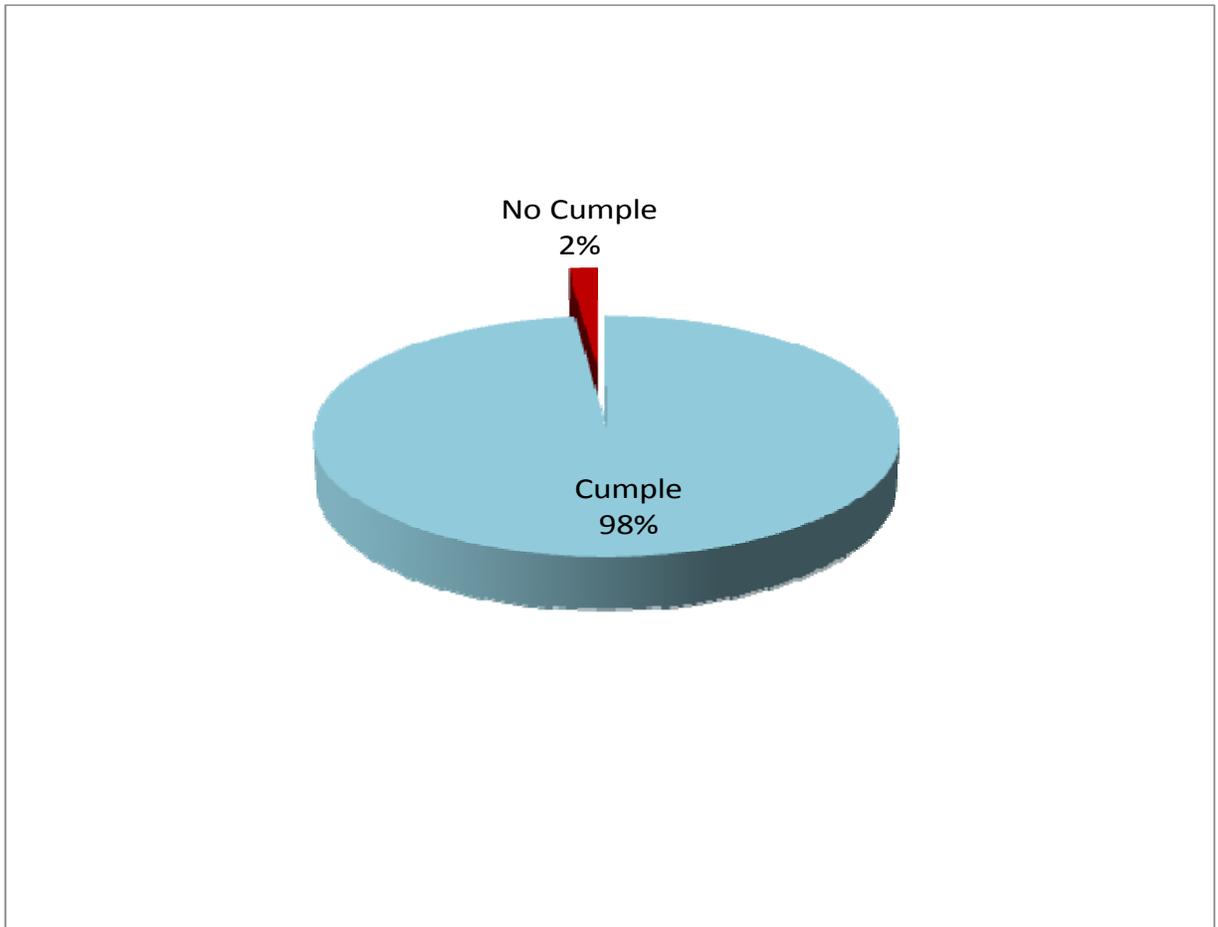
Fuente: Instrumento de recolección de información.

Gráfico 2. Historias clínicas Perinatales Básicas llenadas por prestador de servicios y analizadas por ambiente del embarazo actual Enero-Junio 2013. (N: 110)



Fuente: Instrumento de recolección de información.

Gráfico 3. Historias clínicas Perinatales Básicas con datos completos de antecedentes personales y obstétricos del embarazo actual Enero-Junio 2013. (N: 110)



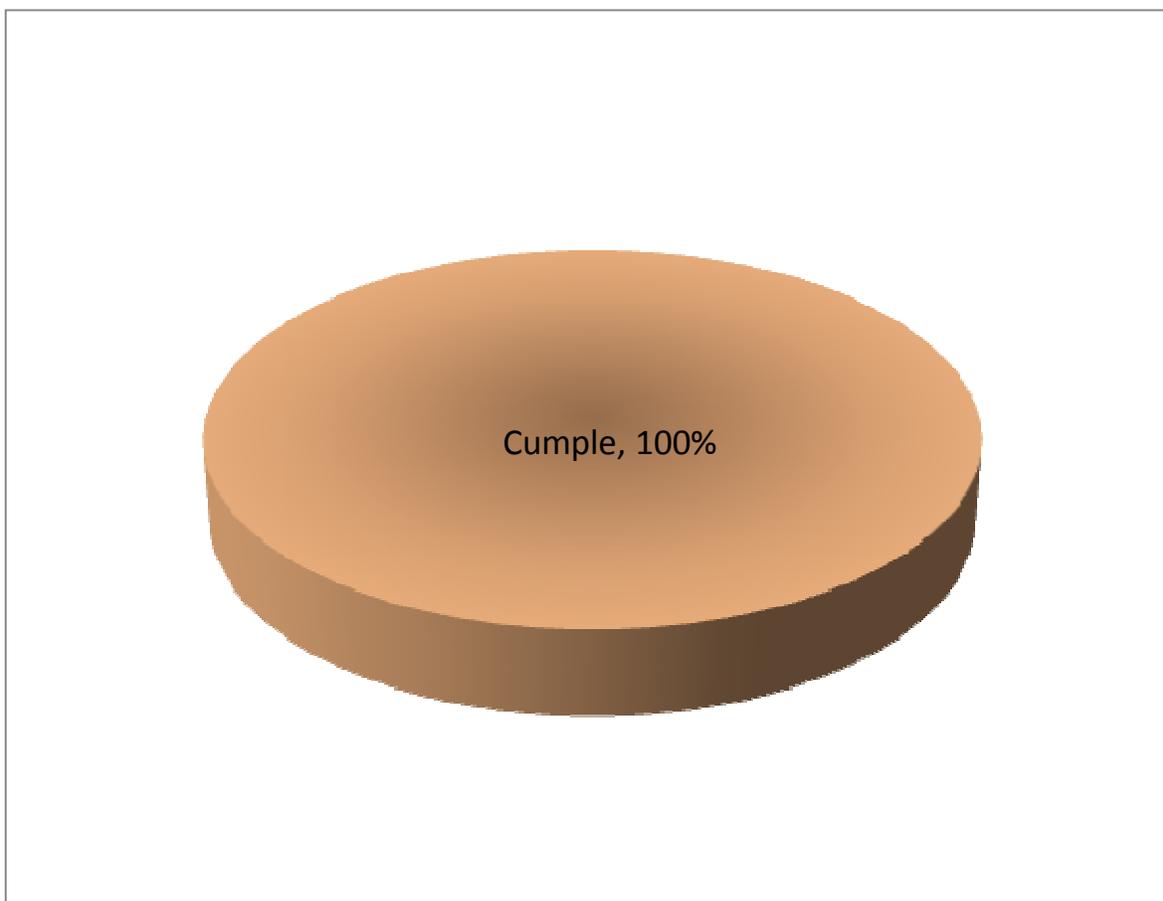
Fuente: Instrumento de recolección de información.

Tabla 1. Calidad del llenado de Historias clínicas Perinatales Básicas con datos obstétricos del embarazo actual Enero-Junio 2013. (N: 110)

Datos obstétricos	Cumplimiento	Porcentaje
Medición de la talla	110	100,0%
Examen de mamas	110	100,0%
Semanas amenorrea	109	99,1%
Medición de peso	110	100,0%
Determinación P/A	110	100,0%
Medición AU	106	96,4%
Auscultación de FCF	106	96,4%
Movimientos fetales después de 18 SG	106	96,4%
Aplicación de vacuna dT	110	100,0%

Fuente: Instrumento de recolección de información.

Gráfico 4. Historias clínicas Perinatales Básicas con órdenes de exámenes de laboratorio en el embarazo actual Enero-Junio 2013. (N: 110)

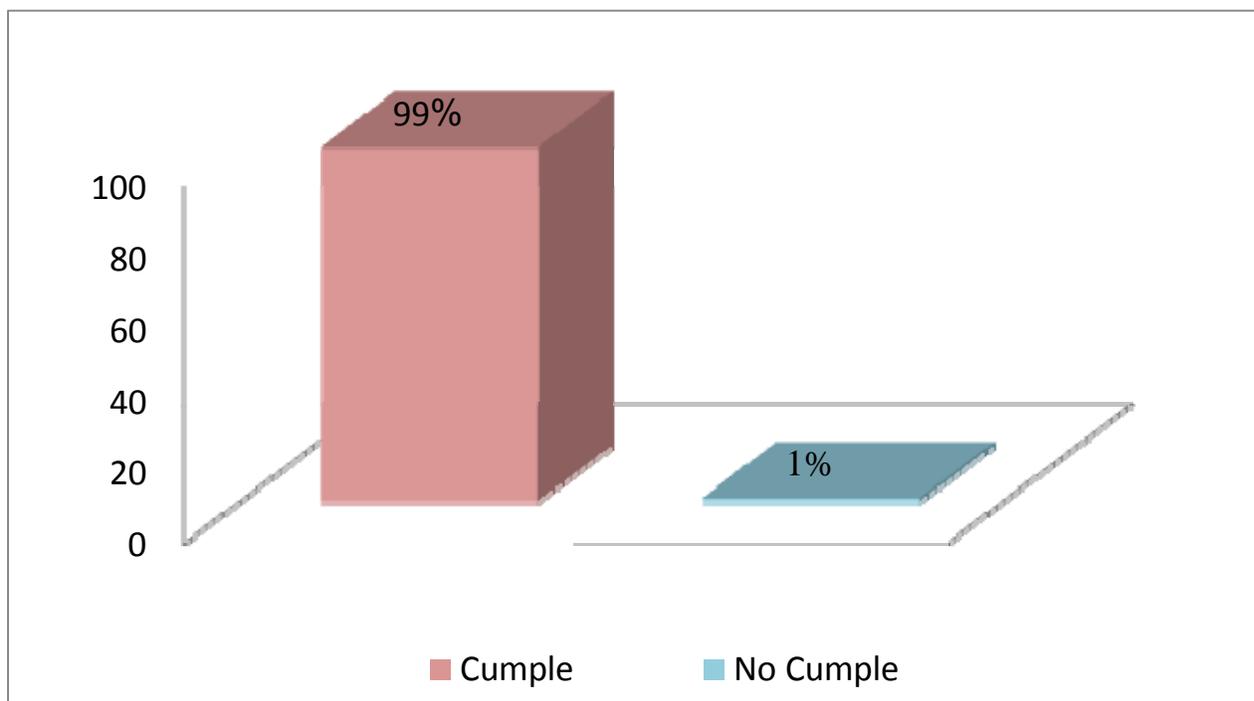


Fuente: Instrumento de recolección de información.

Gráfico 5. Historias clínicas Perinatales Básicas con datos de evaluación del estado nutricional según el índice de masa corporal en el embarazo actual Enero-Junio 2013. (N: 110)

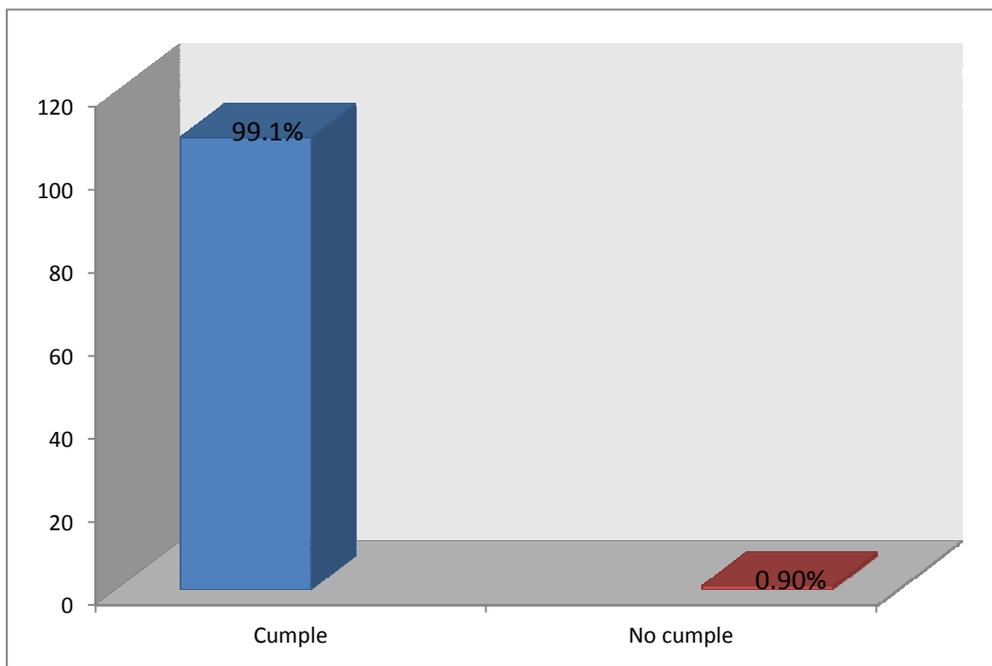


Gráfico 6. Historias clínicas Perinatales Básicas con datos de evaluación del estado nutricional en base al incremento de peso materno en el embarazo actual Enero-Junio 2013. (N: 110)



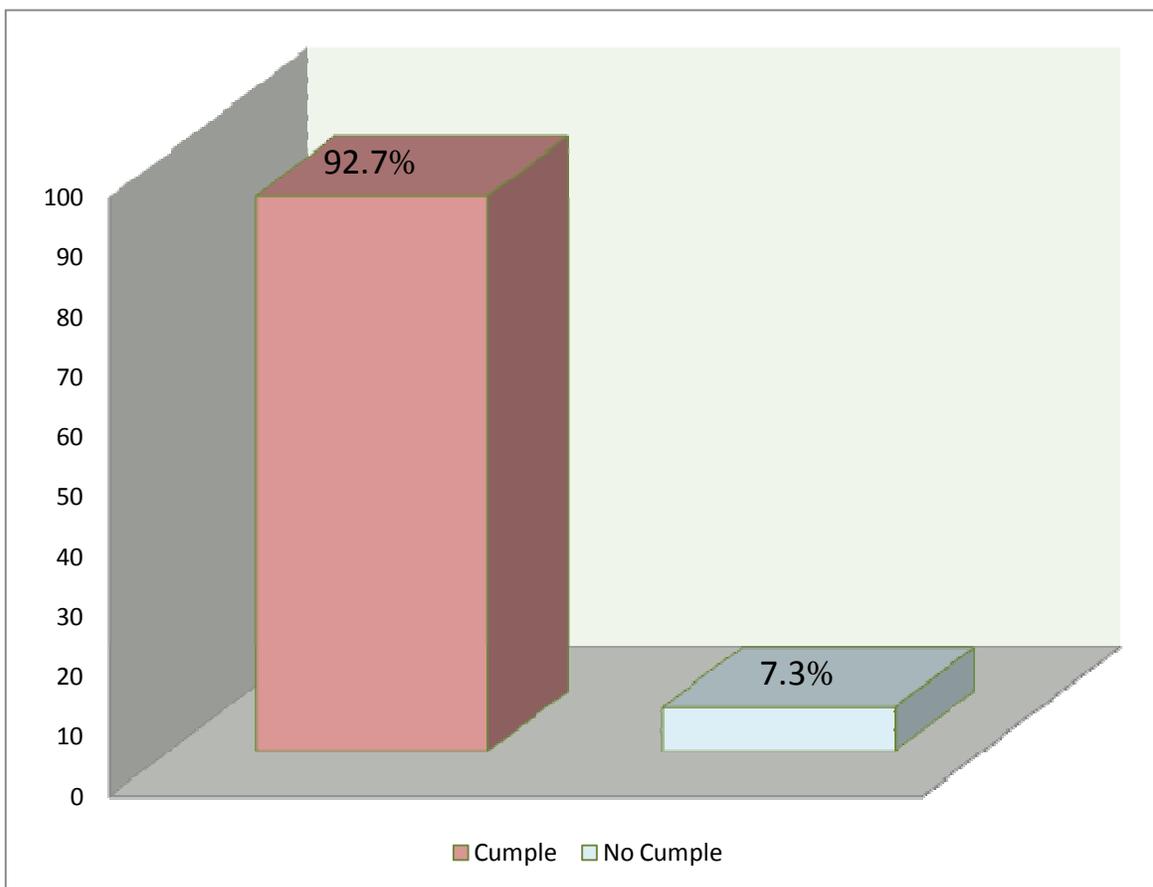
Fuente: Instrumento de recolección de información.

Grafico 7. . Historias clínicas Perinatales Básicas con datos de evaluación del estado nutricional en base a la realización de la curva de ganancia de peso materno y altura uterina en el embarazo actual Enero-Junio 2013. (N: 110)



Fuente: Instrumento de recolección de información.

Gráfico 8. Historias clínicas Perinatales Básicas con datos de exámenes ordenados, realizados, registrados y analizados en el embarazo actual Enero-Junio 2013. (n:110)



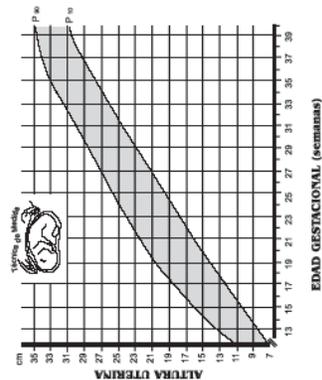
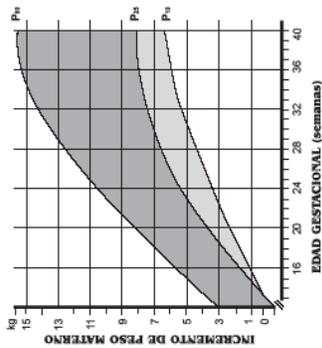
Fuente: Instrumento de recolección de información.

Tabla 2. Calidad del llenado de Historias clínicas Perinatales Básicas con datos de exámenes de laboratorio ordenados, realizados, registrados y analizados en el embarazo actual Enero-Junio 2013.(N=110)

Exámenes	Cumplimiento	Porcentaje
Grupo y Rh		
Cumple	106	96,4%
PAP		
Cumple	95	86,4%
RPR		
Cumple	106	96,4%
Cinta reactiva EGO		
Cumple	109	99,1%
Hemoglobina		
Cumple	106	96,4%
Consejería y prueba de VIH		
Cumple	107	97,3%

Fuente: Instrumento de recolección de información.

CRITERIOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Prom		
Exámenes de laboratorio (Ordenados ,realizados ,registrados, analizados y comentados; con acción diagnóstica, de tratamiento y/o referencia):																							
Grupo y Rh																							
PAP																							
RPR																							
Cinta Reactiva/EGO																							
Hemoglobina																							
Consejería y prueba voluntaria de VIH																							



Ministerio de Salud

Proteja su Embarazo

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

Tome las vitaminas que entregarán en su unidad de salud.

La alimentación variada cuida su salud, la de su hijo/a y garantiza una buena lactancia.

Dale amor a su hijo/a desde el embarazo.

Aplicase la vacuna antitetánica

CUIDE DE SU HIGIENE PERSONAL.

Usted debe recibir atención inmediata si presenta:

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



República de Nicaragua Ministerio de Salud Carné Perinatal



EN CASO DE SEÑALES DE PELIGRO ACUDA DE INMEDIATO AL HOSPITAL



Nombres: _____

Domicilio: _____

Unidad de Salud: _____

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

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

HISTORIA CLINICA PERINATAL - MINSA NICARAGUA

DATOS DEMOGRAFICOS
 NOMBRE Y APELLIDOS: _____ FECHA DE NACIMIENTO: día mes año _____
 DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____ TELER: _____
 EDAD (años): < 20, > 35

ETNIA
 blanca, indígena, mestiza, negra, obo

ALFA BETA
 no, si

ESTUDIOS
 ninguno, primario, secund., univers., años en el mayor nivel

ESTADO CIVIL
 casado, unión estable, soltero, otro, vive solo, no sabe

LUGAR DEL COMO PRENATAL
 Lugar del parto/laborio

ANTECEDENTES
FAMILIARES: TBC, diabetes, hipertensión, preeclampsia, eclampsia, otra cond. médica grave.
PERSONALES: grupo-estrato, VIH, etc.
OBSTETRICOS: gestas previas, abortos, vaginales, nacidos vivos, vivien, nacidos muertos.
FIN EMBARAZO ANTERIOR: día mes año, < 2 gest, > 5 gest.
EMBARAZO PLANEADO: no, si.
FRACASO METODO ANTICONCEP: no, si. Usos: DIU, barrera, DIU, hormona, natural, otro.

GESTACION ACTUAL
PESO ANTERIOR: _____ Kg. **IMC:** ____ **TALLA (cm):** ____
ES CONFIABLE: por FUM, Eco < 20s.
RAMACT: 1º, 2º, 3º. **RAM PAS:** no, si. **DIAGNOSIS:** no, si. **ALCOHOL:** no, si. **VIOLENCIA:** no, si.
ANTRUBEOLA: no, si. **ANTITETANICA:** vigente, no. **EX. NORMAL:** ODONTO, MAMAS.

CERVIX: normal, anormal, no se hizo. **GRUPO:** Rh, inmuniz. **TOXOPLASMOSIS:** < 20sem IgG, > 20sem IgG, 1ª consulta IgM.
RAP: no, si. **COLP:** no, si. **GLUCEMIA EN AYUNAS:** < 92 mg/dl, > 92 mg/dl.
CHAGAS: no se hizo, si se hizo. **BACTERIURIA:** sem., normal, anormal, no se hizo, > 20, > 24.
ESTREPTOCOCCO B: 35-37 semanas, no, si. **PREPARACION PARA EL PARTO:** no, si. **CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA:** no, si.

SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento: Prueba, no, si. **TARV:** no, si. **TRATAMIENTO:** no, si. **Tto. de la pareja:** no, si.

ATENCIONES PRENATALES
 día mes año edad gest. peso (kg) PA altura uterina gresen/tecon FCF (lpm) gpi/mi. fetales protei. hurne. signos de alarma, exámenes, tratamientos. Iniciales personal de salud. próxima cita.

PARTO ABORTO
FECHA DE INGRESO: día mes año. **CONSULTAS PRE-NATALES:** total. **LUGAR DEL PARTO:** Institucional, Domiciliar, Otro. **HOSPITALIZ. EN EMBARAZO:** días. **CORTICOIDES ANTENATALES:** complet., incomplet., ninguno, otros. **INICIO ESPERADO:** no, si. **RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA:** no, si. **EDAD GEST. al parto:** semanas, días. **INTERVENCION QUIRURGICA:** no, si. **TAMANO CEREBRO:** no, si. **ACOMPANIANTE TDP P:** pareja, familiar, otro, ninguno.

TRABAJO DE PARTO: hora min posición de la madre PA PASO cont./10 dilatación altura present. variedad posit. meconio FCF/digo. **ENFERMEDADES:** HTA previa, HTA inducida embarazo, preeclampsia, eclampsia, cardiopatía, nefropatía, diabetes, infección urinaria, ginecología, parto pretermo, R.C.I.U., rotura prem. de membranas, anemia, otro cond. grave.

NACIMIENTO: vivo, muerto. **POSICION PARTO:** sentada, acostada, cuclillas, solitizado por la usuaria. **DESGARROS PRE-NATALES:** no, si. **OCITOCICOS:** no, si. **PLACENTA:** completa, retenida. **LIGADURA CORDON:** no, si. **FALLECE EN LUGAR DE PARTO:** no, si. **REFERIDO:** no, si. **ATENCION MEDICO OBST. ENF. AJEN. E.S.M.A. EMPH. OTO:** no, si. **PUERPERIO INMEDIATO:** día hora TPC PA pulso invul. uter. loquios.

RECEN NACIDO: SEXO, PESO AL NACER, P. CEFALICO, EDAD GESTACIONAL, PESO E.G., CUIDADOS AL RECEN NACIDO, APGAR, REANIMACION, FALLECE EN LUGAR DE PARTO, REFERIDO, ATENCION MEDICO OBST. ENF. AJEN. E.S.M.A. EMPH. OTO. **DEFECTOS CONGENITOS:** no, si. **ENFERMEDADES:** no, si. **TAMIZAJE NEONATAL:** VDRL, TSH, Hipotia, Bilimbu, Tm. **MECONIO 1º día:** no, si. **ANTICONCEPCION:** no, si. **CONSEJERIA:** no, si. **METODO ELEGIDO:** DIU, barrera, DIU, hormona, natural, otro, ninguno.

EGRESO: **EGRESO MATERNO:** día mes año, lugar, responsable. **EGRESO ALTA:** lact. excl., parcial, artificial. **PESO AL EGRESO:** ____ g.

Nombre Recien Nacido: _____ **Responsable:** _____

CLAP/SMR/OPS/OMS

