



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN-LEON
Facultad de Ciencias Médicas
Carrera de Medicina**



Tesis para optar el Título de Doctor en Medicina y Cirugía.

Tema:

Cumplimiento de los estándares de calidad en el llenado completo de la Historia Clínica Perinatal en el Centro de Salud de Waspam-Atlántico Norte en el periodo Julio-Septiembre del año 2014.

Autoras:

- **Bra. Milagros Josefina Meléndez Álvarez.**
- **Bra. Daine Omara Reyes Alemán**

Tutora:

**Dra. Lidia del Carmen Ortiz.
Gineco-Obstetra**

Asesor:

Dr. Francisco Tercero Madriz. PhD



RESUMEN

La atención prenatal periódica, continua y completa a las embarazadas es una de las actividades que ha sido priorizada desde hace décadas por el ministerio de salud, pues está demostrado que su aplicación incide en la disminución de las complicaciones del embarazo y de la mortalidad materna y perinatal.

La historia clínica es una hoja sencilla que cumple con la finalidad de recolectar datos que ayuden de una manera directa a mejorar la calidad de atención las pacientes y ofrecer elementos básicos para la supervisión de los centros de atención, sin embargo su incorrecto o incompleto llenado se ha convertido en una costumbre en la actualidad, por lo cual nuestro objetivo principal en este estudio fue evaluar en qué medida se están cumpliendo los estándares de calidad en el llenado completo de la historia clínica perinatal en el centro de salud de Waspam Atlántico- Norte conociendo de esta manera las debilidades y deficiencias del personal de salud en relación al llenado de la misma.

Se realizó un estudio sobre la evaluación de programas de salud a través de la investigación del llenado de los 13 indicadores de calidad normados por el MINSA mediante la revisión de 200 Historias clínicas perinatales del área de estudio, dando como resultado que del 100% de los expedientes evaluados solo el 17.5% cumplen con los requisitos estipulados, encontrando mayor error en los ítems: exámenes de laboratorio con 66%, antecedentes personales y obstétricos 63.5% y la evaluación del estado nutricional en base al IMC con un 55%.



DEDICATORIA

Dedicamos esta tesis a:

- ❖ *Dios: por permitirnos culminar nuestra carrera con éxito, a pesar de las adversidades que se presentan día a día.*

- ❖ *Nuestros amados padres y esposos: por expresarnos su amor y apoyo incondicional a lo largo de toda nuestra carrera y de nuestra vida.*



AGRADECIMIENTO

- ❖ *A nuestros tutores y asesores Dra. Lidia del Carmen Ortiz y Dr. Francisco Tercero Madriz por su tiempo, dedicación y entrega para la elaboración de esta tesis.*
- ❖ *Al personal del Centro de Salud Oswaldo Padilla del Municipio de Waspam – Atlántico -Norte, por acogernos y facilitarnos con la mayor disposición la información solicitada.*



Índice

Introducción.....	1
Antecedentes.....	3
Justificación.....	7
Planteamiento del problema.....	8
Objetivo General.....	9
Objetivo Específico.....	9
Marco Teórico.....	10
Diseño Metodológico.....	29
Resultados.....	33
Discusión.....	34
Conclusión.....	35
Recomendaciones.....	36
Bibliografía.....	37
Anexos.....	41



INTRODUCCION

La mortalidad materna y perinatal son indicadores de la eficacia en la atención que se le brinda a la mujer embarazada, guardando una estrecha relación con muchos determinantes que influyen en la salud de la mujer embarazada y sus niños por nacer. Estos incluyen las condiciones socioeconómicas, educacionales, políticas, sociales, de las organizaciones de salud de la comunidad, y a sus recursos financieros y humanos, así como también varían de acuerdo a la geografía, el clima, las condiciones de vivienda y sus características culturales⁽¹⁾

En Nicaragua de un total de 5,4 millones de habitantes más de la mitad son mujeres y las mujeres en edad fértil (MEF) representan el 49% del total, de ellas el 14% son analfabetas y solo un 10% alcanzó algún grado de educación superior. Además una de cada 4 mujeres adolescentes, entre 15 a 19 años de edad ya son madres o están embarazadas, representando el 18% del total de embarazos. Encontramos también que cada año mueren alrededor de 144 mujeres en edad reproductiva, sin incluir el alto subregistro de casos que se calcula hasta en un 50%, y que la mortalidad materna representa cerca del 4% de todas las causas de muerte, considerándose como una de las más altas del continente, ya que cada año mueren 60 mujeres como promedio, es decir una muerte casi cada dos días, siendo “las mujeres que viven en el área rural, de 20 a 34 años, con bajo nivel de educación y poco acceso a servicios de salud el perfil humano y social de la muerte materna en el país”.⁽¹⁾

Precisamente para el año 2007, el 64% de las muertes maternas, se concentraron en 6 SILAIS (Matagalpa, RAAN, RAAS, Jinotega, Chontales y Managua), observándose solamente un “leve descenso” del 6%, pasando de 119 casos en el 2005 y 2006 a 112 en el 2007, lo cual se ve asociado además a tasas de cobertura de atención al parto y puerperio que siguen siendo bajas, comportamiento que se ratifica con las cifras del MINSA, cuya cobertura de controles prenatales fue de 70.2 % (2001), 67.5%(2002), 69.6% (2003), 66% (2004), 71.6% (2005) es decir menores a las alcanzadas en el 2000 del 75.2%.⁽³⁾



La historia clínica perinatal (HCP) es una hoja de uso sencillo, de bajo costo que cumple con la finalidad de reunir una serie de datos fáciles de obtener que ayudan de manera directa a mejorar calidad de atención de las pacientes, facilita al personal de salud a aplicar las normas de atención a la embarazada y ofrecer elementos básicos para la supervisión de los centros de atención. Es un documento de alto valor médico, gerencial, legal y académico; su correcta administración y gestión contribuye a optimizar los establecimientos de salud, identificar a las pacientes de alto riesgo obstétrico para su mejor valoración y manejo, proteger los intereses legales de la paciente, personal de salud, así como proporcionar información con fines de investigación y docencia.⁽⁴⁾

A pesar de todos los esfuerzos para mejorar el sistema de salud desde la aplicación de las normas propuestas por el MINSA, es frecuente encontrarnos deficiencias, desde captaciones tardías del embarazo, pocos controles prenatales, y un llenado incompleto de la historia clínica perinatal que se ha convertido en una desafortunada costumbre en la práctica médica moderna. A través de este estudio se pretende conocer si se está cumpliendo con los estándares de calidad en el llenado completo y correcto de la HCP ya que este es un documento de gran importancia que tiene como objetivo la prevención, clasificación y manejo integral de la embarazada.



ANTECEDENTES

El programa de control prenatal surge en Nicaragua en 1980 como estrategia del ministerio de salud (MINSa) en busca de brindar a la población femenina una atención adecuada durante el embarazo. Para 1987 se integra al control prenatal la historia clínica perinatal base (HCPB) elaborada por el Centro Latinoamericano de Perinatología en la región de las Américas (CLAP), con el fin de que la información obtenida en este documento ayude a disminuir la mortalidad materna y perinatal con la inclusión de procesos de comunicación, educación y evaluación de los servicios de salud para mejorar la satisfacción de las usuarias⁽⁵⁾

En 1985 a nivel nacional diversos investigadores han venido estudiando la calidad de atención prenatal brindada por el MINSa. Ese mismo año un estudio realizado por las doctoras Acevedo y Zapata encontraron graves deficiencias en el cumplimiento de las normas sobre todo en llenado de la HCP. ⁽⁶⁾ En 1990 un estudio realizado por las doctoras Altamirano y Salas sobre el manejo de la HCP en el primer y segundo nivel de atención reveló un alto porcentaje de expedientes con llenado inadecuado y captación tardías. ⁽⁷⁾

En 1988 se realizó un estudio sobre Evaluación de la calidad del Programa de Control Prenatal en Área 5 Región II (Malpaisillo y El Jicaral, municipios de León) se encontró que el 33.75% del llenado administrativo de la HCP era inadecuado, de todas las Captaciones al Programa solamente el 33.8% fue precoz, buen resultado en la aplicación de Antitetánica con un 87.26% y el 80.6% tenían exámenes de laboratorio incompleto. ⁽⁸⁾

En 1990 un estudio sobre valoración de la Atención a embarazadas captadas en el control prenatal en el centro de Salud Telpaneca, se encontró que el llenado de la papelería fue deficiente y alto porcentaje de pacientes con controles inadecuados y bajo porcentaje de pacientes captadas de manera precoz, así como deficiencias en la



realización de los exámenes de laboratorio, con alto porcentaje de abandono por parte de pacientes captadas. ⁽⁹⁾

En 1991 se estudió sobre cumplimiento de las normas del control Prenatal en Embarazadas con Riesgo en el Hospital Milton Rocha Cukra Hill, se encontró que la HCP no era llenada adecuadamente, no se manejaban bien los criterios de Riesgo, no se utilizaba el Sistema de Referencia y Contra - referencia, no se animaba a la embarazada a continuar en sus controles y no se cumplía con lo establecido con las normas del Control Prenatal. ⁽¹⁰⁾

En Bluefields, en 1992, un estudio sobre Cumplimiento de las normas del control prenatal encontraron que el llenado de la historia clínica perinatal era incorrecto, en la mitad de usuarias no se registraba antecedentes personales y familiares, a ninguna usuaria se realizó curva de altura uterina, no se le dio importancia a los datos del peso, ni se graficó su curva y la clasificación del embarazo normal o de riesgo era insatisfactorio y deficiente, y del mínimo de casos clasificados menos de la mitad se hizo correctamente. ⁽¹¹⁾

En un estudio sobre Evaluación del Control Prenatal en el Centro de Salud de La Paz Centro, en el año 1993, encontraron un alto porcentaje de cobertura del Programa (84%), pero con un alto porcentaje de HCP incompletas o con llenado inadecuado de las mismas. Se mostró también un gran porcentaje de pacientes con realización de 1 visita al APN y luego abandonaron el Programa. Sin embargo las usuarias referían un alto grado de satisfacción, aunque el 28% no asistieron a todos los controles y el 14% no estaban satisfechas con la atención recibida. ⁽¹²⁾

Otro estudio sobre calidad y cobertura del control prenatal en el municipio de Matagalpa, en el año 1996, encontró que la estructura de la unidad mostraba insuficiencia en relación a la demanda. El proceso de la atención era adecuado pero incompleto, con insuficiencia en el examen físico y educación sanitaria y que la mayor



parte de las usuarias se mostraron satisfechas con la atención recibida y la cobertura estimada fue de un 85%.⁽¹⁴⁾

En un estudio de 1992 realizado en las unidades urbanas de Bluefields por los doctores García Y Saavedra refleja deficiencias en el conocimiento de las normas, falta de uso del sistema de referencia del embarazo de riesgo obstétrico y un incorrecto llenado de la HCP.⁽¹¹⁾

En el Jícaral en 1996, se encontró, que la mayor parte de las gestantes fueron captadas en el Primer trimestre (61%) pero un 39% asistían tardíamente al primer control. El 55% tenía más de 4 Controles Prenatales, solamente el 54% recibieron algún tipo de consejo sobre su embarazo y un 64% afirmaron ser informadas sobre los signos de peligro. El 83% recibieron algún tipo de examen de laboratorio y el 53% se le prescribieron vitaminas, Hierro y Ácido Fólico.⁽¹⁵⁾

En el 2003 se realizó un estudio similar sobre la aplicación de los estándares de calidad en el llenado de la HCP, pero sobre la atención prenatal la cual no incluía parto, puerperio y recién nacido, en Nueva Segovia por el doctor Benítez encontrando que solo 21.8% tenían un buen llenado de HCP.⁽¹⁶⁾

En San Carlos, Río San Juan, en el año 2004, encontraron que la estructura de la unidad mostraba deficiencias, que el proceso de atención era adecuado, pero incompleto por deficiencias en el examen físico y educación sanitaria y general la percepción de la atención recibida era buena, pero existían deficiencias en el manejo de las normas del APN y correcto llenado de HCP.⁽¹⁷⁾

En SIUNA, en el año 2005, se encontró que la atención brindada tenía gran aceptación por parte de las usuarias y que los proveedores referían que uno de los mayores problemas era la accesibilidad que las usuarias tenían a los servicios de salud, así como la falta de recursos humanos para llegar a la población a través de trabajo de terreno.⁽¹⁸⁾



En la ciudad de León, en el año 2006, se encontró que no existían los recursos físicos y materiales apropiados, con inadecuado llenado de expediente clínico, examen físico incompleto (80%), falta de valoración nutricional (34%) y consejería incompleta (42%), bajo porcentaje de captación precoz (31%), sin clasificación (96%) y sin revisión odontológica (80%). Alto porcentaje de exámenes sin evaluar (63%) y de inasistencia al programa (22%). Además insatisfacción de las usuarias por los trámites realizados para recibir atención y tiempo de espera (66%). ⁽¹⁹⁾

En Quezalguaque, en el años 2006, encontraron que el porcentaje global de cobertura fue del 57.54% del total de embarazos esperados, con registros inadecuados en la HCP y con respecto a los exámenes enviados se encontró que el grupo y factor fue realizado en el 31.6% de las mujeres, Hemoglobina en el 33.3%, V.D.R.L en un 27.5% y Papanicolaou en 19.1%, las mujeres se quejaron de pocas recomendaciones brindadas acerca de su embarazo, pero consideraron que la atención brindada fue buena en un 74.1%. ⁽²⁰⁾

En el Centro de Salud Miguel A. Plazaola del municipio Tortuguero, año 2006, encontraron que solamente laboraban 2 recursos quienes brindaban los servicios del Programa, considerándose limitados en relación al volumen de pacientes que acuden a ese Centro, sin embargo el trato por parte de ellos era humanitario y ponían en práctica las 12 actividades principales para un control prenatal de calidad. Además encontraron que las mujeres referían como mucho el tiempo para llegar a la unidad y recibir la consulta, lo que causaba insatisfacción en las usuarias. ⁽²¹⁾



Justificación

El control prenatal es un programa que reviste una gran importancia debido a que representa una manera práctica con la que se puede contribuir a prevenir y a disminuir circunstancias tales como: muertes maternas y fetales .Nicaragua siendo uno de los países más pobres de América, cuenta con un presupuesto muy bajo para el sector salud, que muchas veces no cubre con las necesidades básicas en la atención de la población. Por lo que el MINSA ha priorizado el programa control prenatal, aplicando diversas estrategias y normas que contribuyan a que el personal de atención primaria se capacite en conocimientos y actitudes para abordar de manera adecuada a la mujer embarazada.

Los estándares e indicadores definidos por el ministerio de salud a través de las direcciones del primero y segundo nivel de atención, nos permite medir el nivel de calidad de atención, de los servicios médicos brindados al binomio madre-hijo, en las diferentes unidades de salud del país, por lo que han sido enfocados en los procesos de la atención en salud y de esta manera mejorar la atención.

Al realizar el presente estudio sobre el cumplimiento de los estándares de calidad en el llenado de la historia clínica perinatal, se pretende conocer las deficiencias del personal de salud, en cuanto al llenado de la HCP en el Centro de Salud con camas Oswaldo Padilla del municipio de Waspam Atlántico Norte, donde actualmente no se han realizado estudios similares y dicha información obtenida en este estudio se dará a conocer a las autoridades de Salud del SILAIS-Bilwi/RAAN.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Qué medida de cumplimiento tiene los estándares de calidad en el llenado completo de la historia clínica perinatal en el Centro de Salud con camas Oswaldo Padilla del municipio de Waspam durante el período comprendido Julio-Septiembre del año 2014?



OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar el cumplimiento de los estándares de calidad en el llenado completo de la historia clínica perinatal en el Centro de Salud con camas Oswaldo Padilla del municipio de Waspam-RAAN del período comprendido Julio-Septiembre del año 2014.

Objetivo específicos:

1. Mencionar los indicadores de calidad del programa de Atención prenatal.
2. Valorar el cumplimiento del llenado de HCP del Programa de Atención Prenatal.



MARCO TEORICO

• CONTROL PRENATAL

Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal. Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbilidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna. Schwartz define al control prenatal como serie de contactos, entrevistas y visitas programadas de la embarazada con el integrante del equipo de salud, donde el objetivo es vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza. ^(1,2)

El control prenatal es eficiente, cuando cumple con 7 requisitos básicos que son ⁽⁴⁾:

1. Precoz o temprano:

Es cuando la primera atención se efectúa durante los primeros 3 meses de embarazo.

2. Periódico:

Es la frecuencia con que se realizan las atenciones prenatales de las embarazadas. El MINSA establece que deben realizarse como mínimo cuatro controles prenatales el primero antes de las 12 semanas, el segundo entre las 20 y las 24 semanas, el tercero de las 28 a las 32 semanas y el cuarto de las 36 a las 38 semanas. La organización mundial de salud considera que un buen control prenatal es aquel que se realiza antes del tercer mes con 8-12 consultas, de las cuales el médico debe realizar el primero.

3. Continuo:

Es la secuencia de las atenciones que se brindan de forma sistemática.

4. Completo:

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



5. Extenso o de amplia cobertura:

Es el porcentaje de la población embarazada que es controlada. La cobertura meta por territorio es de 100% ^(3,4).

6. Calidad:

Las atenciones deben brindarse previo consentimiento informado con base en estándares clínicos, gerenciales y de satisfacción a las embarazadas, que se fundamentan en la aplicación de los protocolos.

7. Equidad:

La población tiene oportunidad de acceder y utilizar los servicios sin distinción de edad, condición económica, raza, religión, credo político y son accesibles desde el punto de vista cultural adaptando sus intervenciones según las necesidades de la población.

Objetivos generales del control prenatal:

- Vigilar la evaluación del proceso de la gestación.
- Prevenir y detectar factores de riesgo.
- Detectar y tratar oportunamente y adecuadamente las complicaciones.
- Referir al nivel de mayor complejidad cuando corresponda.
- Brindar consejería en nutrición y estilos de vida saludable para que la embarazada preserve su salud.
- Lograr el parto en condiciones seguras preferiblemente institucional. ⁽⁵⁾

Los controles varían según el riesgo que exhibe la embarazada. Las de alto riesgo necesitan una mayor cantidad de consultas, cuyo número varía según el tipo de problema que presenten. Las de bajo riesgo requieren un número menor, que difiere en distintos lugares ⁽⁴⁾.

El embarazo se clasifica en alto y bajo riesgo:

Embarazo de bajo riesgo: Es aquel en el cual la madre o su hijo tienen probabilidades bajas de enfermar antes, durante o después del parto, puede no identificarse factores de riesgo o identificarse factores de riesgo potenciales que no producen alteraciones al estado de ambos⁽⁴⁾



Embarazo de alto riesgo: Es aquel en el cual la madre o su hijo tienen mayores probabilidades de enfermar, morir o padecer secuelas antes, durante o después del parto, identificándose factores de riesgo reales que producen alteraciones al estado de ambos⁽⁴⁾

FACTORES DE RIESGO ⁽⁴⁾:

Varían en dependencia de la probabilidad que tienen la madre o su hijo de enfermar o morir en los siguientes:

Factores de riesgo potenciales: son aquellos que a pesar de su presencia no producen daño directo, pero que de no tomar las precauciones de forma oportuna pueden vincularse a algún daño, es decir se pueden convertir en un riesgo real.

- Edad (menor 20 y mayor de 35)
- Analfabeta.
- Soltera.
- Talla baja (menor de 1.50)
- Antecedentes familiares
- Paridad (nuli o multiparidad)
- Periodo intergenésico corto (menor de 24 meses)
- Trabajo con predominio físico.
- Violencia en el embarazo.

Factores de riesgo reales: Son aquellos cuya presencia se asocia de forma directa al daño en base a evidencias científicas disponibles.

PRECONCEPCIONALES.

- Diabetes.
- Hipertensión arterial.
- Tuberculosis.
- Neuropatías.
- Cardiopatías.
- Hepatopatías.
- Endocrinopatías.
- Trastornos psiquiátricos.
- Infecciones de transmisión sexual/VIH-SIDA.
- Otras patologías ginecológicas (cirugías pélvicas, infertilidad, cáncer ginecológico).
- Varices en miembros inferiores.
- Hábito de fumar, alcoholismo, drogadicción.
- Factor Rh (-).



DEL EMBARAZO.

- Hiperémesis gravídica no controlable.
- Antecedentes de aborto diferido y muerte fetal anteparto.
- Anemia.
- Infección de vía urinarias.
- Poca o excesiva ganancia de peso.
- Hipertensión inducida por el embarazo.
- Embarazo múltiple.
- Hemorragia.
- Retardo del crecimiento intrauterina.
- Rotura prematura de membranas.
- Enfermedades endémicas y embarazo.
- Psicopatologías.
- Personas que Vive con el Virus del Sida (PVVS).
- Rotura Prematura de Membranas.
- Infección ovular.
- Presentación Pélvica y Situación transversa después de 36 semanas.
- RH negativo sensibilizado.
- Embarazo prolongado.
- Diabetes en el Embarazo.
- Cesárea anterior.
- Adolescente con riesgos activos.
- Macrosomía Fetal.
- Alcoholismo y drogadicción.

La evaluación de programas y la valoración de calidad se relacionan en sustancia solo cuando el programa provee servicios personales de salud en cuyo caso es importante considerar si el programa tiene a la vez otras funciones. La valoración de la calidad, bajo circunstancia, mide el éxito del programa solo en una de sus funciones la prestación de servicios personales de salud. ^(6,7)



Actividades (Edad Gestacional)	1ra consulta Antes de 12 SG	2da consulta 20-24 SG	3ra consulta 28-32 SG	4ta consulta 36-38 SG
Anamnesis e interrogatorio.	*	*	*	*
Cálculo de edad gestacional.	*	*	*	*
Diagnóstico de embarazo.	*			
Examen clínico completo.	*	*	*	*
Medición de talla.	*			
Determinar el peso actual.	*	*	*	*
Vacunación antitetánica.	*	*		
Determinar grupo y RH	*			
Examen general de orina.	*		*	
Determinar hemoglobina.	*		*	
Entrega de hierro y ácido fólico.	*	*	*	*
Glicemia.	*		*	
VDRL.	*		*	
VIH.	*		*	
Examen odontológico.	*			
Examen de mamas.	*			
Papanicolaou.	*			
Toma de presión arterial.	*	*	*	*
Evaluar crecimiento fetal.	*	*	*	*
Evaluación de vitalidad fetal.	*	*	*	*



CALIDAD

La calidad es el concepto clave hoy en día para el servicio de salud y la organización mundial de salud la define como:

- Un alto nivel de excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos.
- Un mínimo riesgo para el usuario.
- Un alto grado de satisfacción por parte del usuario.
- Impacto final en la salud.

Componentes de la calidad en los servicios de salud:

Un programa de mejoramiento del desempeño institucional basados en los protocolos clínicos oficiales que se han venido actualizando a lo largo de los años tomando como referencia las mejores evidencias científicas, requiere desde el punto de vista metodológico, contar con indicadores capaces de dar cuenta de la calidad de la prestación ofrecidas por los servicios de salud: Accesibilidad, aceptabilidad, relaciones interpersonales, integralidad, competencia humana y técnica; participación. .^(8,9)

ESTÁNDARES:

Son declaraciones establecidas por expertos que definen los referenciales o patrones de calidad de un producto o servicios. Es utilizado en calidad principalmente en las metodologías de acreditación. Las características de los estándares son: mensurables, alcanzables, claros, explícitos, simples, reales, congruentes con los objetivos y controlados con mediciones específicas. Los cuales se miden por medios de indicadores

Un estándar es una expectativa con relación a un proceso determinado. Es la medida del desempeño esperado. Resaltándose en los aspectos:

- Se especifica que es importante alcanzar a los niveles que se desean lograr.
- Se aplica para cualquier actividad o servicio. Se puede aplicar a un grupo de actividades o a un grupo de aspectos necesarios en cada actividad. ⁽¹⁰⁾



Indicadores: Reflejan aspectos concretos de la actividad en salud y su propósito es verificar el grado de cumplimiento de las acciones referidas en los requerimientos de cada estándar y el impacto que ellas tienen en el paciente, por tanto pretende medir la calidad científico-técnica. Son las expresiones objetivas del desempeño a través de la relación cuantitativa entre las variables que interactúan en un mismo proceso, facilitan la medición y propician el análisis, lo que da origen a planes de mejora para su cumplimiento.

La aplicación de los estándares e indicadores definidos permitirá medir el nivel de la calidad de los servicios médicos brindados no solo a los usuarios sino también a los pacientes que acuden a las diferentes unidades del Ministerio de Salud tanto del primero como del segundo nivel de atención.⁽²⁾

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL.

Se trata de un formulario único, de uso sencillo y bajo costo, que reúnen en una sola hoja una serie de pregunta que representa una guía sistematizada para la obtención de información vinculada con la atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido.⁽¹³⁾

Teniendo como objetivos:

- Normalizar y unificar la recolección de datos.
- Facilitar la comunicación de los hospitales con los efectores del primer nivel.
- Favorecer el cumplimiento de las normas.
- Permitir el procesamiento de datos locales.
- Formar un banco de datos perinatales.
- Implementar un sistema de vigilancia epidemiológica perinatal.
- Servir de base para planificar la atención perinatal.
- Identificar y caracterizar a la población asistida.
- Realizar investigaciones desde los servicios de salud.
- Evaluar la asistencia desde los servicios de salud.



- Identificar y priorizar problemas de salud en el campo perinatal.
- Comparar resultados entre instituciones, regiones, provincias y países.
- Facilitar la auditoria de casos.

La HCP cuenta con casilleros de color amarillo que indican algunas de las características que pueden estar asociadas con mayor riesgo perinatal. Con esta modalidad se pretende alentar al equipo de salud para facilitar la toma de decisiones que las normas locales dispongan. ⁽¹³⁾

Constituye la fuente de datos más valiosa con la que cuenta el personal de salud, ya sea para conocer las características de la población usuaria, evaluar los resultados de la atención brindada, identificar los problemas prioritarios y realizar un sin número de investigaciones operativas. ⁽¹³⁾

Llenado de los Segmentos de la Historia Clínica Perinatal ⁽¹³⁾

Se procederá a llenar la historia clínica perinatal de la siguiente manera:

1. Segmento – Identificación

- **Nombre y Apellidos:** Anotar los nombres y apellidos de la mujer, preferiblemente como aparece en la cédula de identidad. Copiarlos si presenta su cédula.
- **Domicilio:** Se refiere a la residencia habitual de la embarazada, durante los últimos tres meses. Anotar dirección exacta para efectos de la búsqueda activa de inasistente.
- **Localidad:** Se refiere al nombre de la ciudad, municipio, pueblo, comarca.
- **Teléfono:** El teléfono del domicilio o celular. Si no tuviera, anotar un número de teléfono cercano, en donde el personal de salud pueda comunicarse con ella o la familia, en caso de requerirse.
- **Fecha de Nacimiento:** Completar día, mes y año del nacimiento de la embarazada.
- **Edad:** Al momento de la primera consulta (captación).



- **Etnia:** Marcar el casillero que corresponda a la etnia que declara pertenecer la embarazada. La HCP incluye la variable Etnia con 5 opciones de respuesta: blanca, indígena, mestiza, negra, otros.
- **Estudios:** Se refiere a estudios cursados en el sistema formal de educación.
- **Años en el mayor nivel:** Registrar únicamente el año más alto que haya sido aprobado. Por ejemplo, si la mujer refiere haber completado hasta el 3er año de secundaria, entonces marcar Secundaria y registrar “3” en el espacio que corresponde a “años en el mayor nivel”.
- **Estado Civil:** Registrar el estado civil según corresponda. Se entiende por “unión estable” la convivencia permanente con un compañero, sin formalización legal. En “otro” se incluye separada, divorciada, viuda.
- **Vive Sola:** Indagar si la embarazada vive con familiares u otras personas en caso de no tener cónyuge.
- **Lugar de la atención prenatal:** Colocar nombre o código del Establecimiento de Salud donde se realiza la captación. En el caso del MINSA, se marcará cuando ocurra el evento y se obtendrá el código por estadísticas. Cuando la usuaria fuese captada en cualquier parte de nuestro país, y busca atención prenatal, se le dará seguimiento como subsecuente en el Establecimiento de Salud donde ella asista. Si viene de otro país, y no esta registrada el censo gerencial de las embarazadas, puérperas y postnatales, se ingresara como una captación.
- **Lugar del parto/aborto:** Colocar nombre o código del Establecimiento de Salud donde se realiza la atención del parto/ aborto.
- **No. Identidad:** Anotar el número de cédula de identidad, tal y como aparece en la misma, son tres números iniciales que corresponden al lugar de nacimiento, 6 números centrales que corresponden a la Fecha de Nacimiento y los otros cuatro números terminando en una inicial Mayúscula son del código asignado por el Consejo Supremo Electoral. Si no tiene cédula anotar el número de expediente asignado por el Establecimiento de Salud.



Antecedentes Familiares, Personales y Obstétricos

Estos datos se obtienen al momento de la primera consulta. Si la mujer es hospitalizada (por trabajo de parto, por aborto o enfermedad) en un establecimiento diferente al lugar de la atención prenatal, los datos de esta sección podrán obtenerse del Carné Perinatal o por interrogatorio directo al momento del ingreso.

- **Familiares:** Se refieren a los parientes cercanos de la embarazada (padres, hermanos, abuelos, hijos, cónyuge).
- **Personales** a los propios de la embarazada. Marcar el círculo No o Si. En el caso de “otros”, especificar. En el caso de la Diabetes se marcara el tipo de Diabetes o si es Gestacional (Tipo I, Tipo II, G). El término cirugía genito-urinaria no incluye a las cesáreas, pero si incluye las OTB. En cuanto al tema de violencia, se recomienda indagar simultáneamente tanto el antecedente como la presencia o no de indicadores de violencia en el embarazo actual.
- **Obstétricos**
 - ✓ **Gestas Previas:** Se refiere al número de gestaciones previas, sin incluir el embarazo actual. Colocar **00** si el embarazo actual es el primero. El número de Gestas debe coincidir con la sumatoria de los Partos (Vaginales + Cesáreas) más Abortos (los embarazos ectópicos son abortos según clasificación de la CIE-10), excepto en el caso de antecedentes de embarazo múltiple.
 - ✓ **Partos/Vaginales–Cesáreas:** Se refiere al número de partos. Si corresponde se anotara el número de partos y/o cesáreas.

Además se indagará sobre el peso del recién nacido/a en el último embarazo. Marcar si peso menos de 2500 gr. o fue mayor o igual a 4000 gr. fue normal o N/C (no corresponde) si no hubo nacimientos previos. Finalmente en relación a las gestaciones previas, registrar si hubo antecedente de embarazo múltiple.

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



- ✓ **Nacidos/as Vivo/as:** Según la CIE-10 se clasificará un recién nacido/a como vivo si muestra cualquier signo de vida después de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo. Se considerarán signos de vida si el Recién Nacido respira, late su corazón, su cordón pulsa o tiene movimientos apreciables de los músculos voluntarios.

La clasificación de un nacimiento como vivo es independiente de que se haya cortado o no el cordón umbilical o que la placenta permanezca unida o no. Si no tiene antecedentes, marcar con **00**.

- ✓ **Nacidos/as Muertos/as:** 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.
- ✓ **Viven:** Se refiere al número de hijos/as que están vivos/as al momento de la consulta.
- ✓ **Muertos/as 1ra semana:** Se refiere a los recién nacidos/as que nacieron vivos/as, pero que murieron dentro del período comprendido entre el nacimiento y hasta el séptimo día (6 días, 23 horas, 59 minutos) y se registrará en el rectángulo amarillo correspondiente. Si los antecedentes de estos fuesen negativos, marcar **0**.
- ✓ **Muertos/as después de la 1ra semana:** Se refiere a los recién nacidos/as que nacieron vivos pero que murieron después de la primera semana de vida (7 días o más) hasta 11 meses 29 días, lo que se registrará en el rectángulo correspondiente de color amarillo. Si los antecedentes de estos fuesen negativos, marcar **0**.
- ✓ **Fin Embarazo Anterior:** Anotar el mes y el año de finalización del embarazo inmediatamente anterior al actual, ya sea que haya terminado en parto/cesárea o aborto (incluye el ectópico). Marcar **00** si se trata de una **Primigesta**. Marcar con **x** el círculo amarillo la finalización del embarazo ocurrió antes de 2 años o mayor a 5 años del inicio del embarazo actual.



- ✓ **Embarazo Planeado:** Se refiere al embarazo deseado o que sucede en un momento oportuno cuando se cumplan ambas condiciones se marcara **si**, cuando no se cumpla una de las dos condiciones se macara **no** (en amarillo).
- ✓ **Método Anticonceptivo o Fracaso Método Anticonceptivo.**

Segmento – Gestación Actual

En este segmento se registran todos los datos relacionados con el embarazo actual, que se irán completando en las atenciones o visitas sucesivas.

- **Peso Anterior:** Se refiere al peso habitual de la mujer PREVIO del embarazo actual. **Cuando se desconoce el peso previo y la embarazada es captada en las primeras 12 semanas, se registrará el peso en esa primera atención prenatal como Peso Anterior.** Cuando el peso anterior es desconocido, estimarlo utilizando la tabla de peso materno para la talla, según edad gestacional diseñada por el CLAP.

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

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

- **Talla (cm):** Este dato requiere ser medido directamente al momento de la primera visita de control se registrará en centímetros.



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

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

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

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

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

El estado de fumadora activa, fumadora pasiva, el consumo de drogas, alcohol y las situaciones de violencia pueden cambiar a lo largo del embarazo, por esa razón la HCP sugiere indagar estos datos al menos un vez cada trimestre.

- **Antirubéola:** Se anotará según la realización de Jornadas Nacionales de Vacunación. Si la mujer no ha sido vacunada, la inmunización debe diferirse hasta el puerperio inmediato (antes del alta), o en el postaborto inmediato. Recordar que toda mujer que se embaraza previamente debe contar con su vacuna y no se recomienda aplicarla durante el embarazo.



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

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

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

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

- ✓ 1ra dosis en la primera atención prenatal.
- ✓ 2da dosis 4 semanas después de la primera o por lo menos 3 semanas antes de la fecha de parto.

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

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

- **Examen Normal (Ex. Normal).**
- **Examen Odontológico:** Examinar la cavidad oral y registrar si se observan caries o alteraciones en los tejidos blandos alrededor de los dientes en busca de infección periodontal.



- **Examen de Mamas:** Con este examen se busca identificar problemas que puedan afectar la posterior alimentación con leche materna (como pezones invertidos o planos y eventuales patologías tumorales evidentes).
- **Cérvix:** Se recomienda la realización del examen vaginal con espéculo como parte de la evaluación de la atención prenatal con la finalidad de detectar anomalías o infecciones cervicales.
- **Inspección visual (Insp. visual):** Si una anomalía cervical es observada durante el examen con espéculo.
- **Papanicolaou (PAP):** Si se encuentra alguna anomalía cervical o se duda que la mujer pueda regresar después del parto, considerar tomar un PAP durante la atención prenatal. Se puede tomar como dato actual, el PAP realizado en el último año.
- **Colposcopia (COLP):** Registrar como **Normal** si la Colposcopia es negativa para lesiones malignas o precursoras de cáncer cervical. De lo contrario marcar **Anormal** o **no se hizo**, según corresponda.
- **Grupo:** Registrar en la casilla el grupo sanguíneo que corresponda (A, B, AB, O).

Rh: Marcar (+) si la mujer es Rh positivo y (-) si es Rh negativo. Se entiende que la mujer esta **inmunizada** cuando tiene anticuerpos anti D. Si la mujer esta inmunizada tendrá positivo el test de Coombs indirecto y en ese caso se marcara **Si**, en caso contrario se macara **No**.

- **Gammaglobulina Anti D (YGlobulina anti D):** Esta variable está destinada para la aplicación de gammaglobulina anti D durante el embarazo (Todas las gestantes Rh negativas no inmunizadas se aplicara a las 28 semanas de gestación y la siguiente dosis, a las 72 horas postparto).
- **Toxoplasmosis:** La Infección por Toxoplasma Gondii durante el embarazo es relativamente frecuente y puede afectar gravemente el feto. Esta infección deja una inmunidad permanente y no se repite en embarazos siguientes. La medición de la IgG permite detectar pacientes susceptibles al Toxoplasma Gondii, es decir que tengan títulos positivos de IgG y por lo tanto hayan sufrido una infección



antes del embarazo. Debe realizarse el estudio de la IgG específico desde la primera atención prenatal. Y la IgM implica una infección aguda actual por *Toxoplasma Gondii* y en la que se debe tratar inmediatamente.

- **Fe/Folatos indicados (Fe):** Los requerimientos de hierro y ácido fólico aumentan durante el embarazo y que es difícil que una mujer embarazada pueda satisfacer esta mayor demanda sólo con la dieta. El déficit de folatos es la segunda causa de anemia nutricional durante el embarazo y también es responsable de defectos en el cierre del tubo neural.
- **Prueba de Hemoglobina (Hb):** La anemia es un problema de salud pública por su alta prevalencia y por las consecuencias que tiene sobre la salud humana, especialmente en el embarazo donde se asocia con aumento del riesgo de mortalidad materna y perinatal (en especial en casos de anemia severa); prematuridad y bajo peso al nacer.
- **Infección por Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH-Diagnóstico-tratamiento):** Se anotará en solicitado la consejería brindada por el personal de salud, a fin de que la usuaria tome una decisión informada para aceptar le sea tomada la prueba de VIH, antes de las 20 semanas, siendo la evidencia la hoja de consentimiento informado. También está indicada después de las 20 semanas.
- **Sífilis:** Las pruebas de detección utilizadas pueden ser No Treponémicas (VDRL o RPR) o Treponémicas (FTAABS). Se sugiere que las pruebas de detección se realicen en dos oportunidades, una al momento de la captación en la primera atención prenatal (antes de las 20 semanas de gestación) y otra en el tercer trimestre.
- **Chagas:** La enfermedad de Chagas (infección por *trypansomoma cruzi*). Marcar el resultado de la prueba de Chagas (PCR), en el círculo asignado; Negativo (-) o Positivo (+), así como si no se realizó dicha prueba. Según la normativa vigente del país, se le indicará a las mujeres embarazadas sintomáticas o que vivan en áreas endémicas de la región de acuerdo a comportamiento epidemiológico.
- **Paludismo/Malaria:** Marcar el resultado de la prueba de Paludismo/Malaria (Gota Gruesa), en el círculo asignado; Negativo (-) o Positivo (+), así como si no



se realizó dicha prueba. Según la normativa vigente del país, se le indicara a las mujeres embarazadas sintomáticas o que vivan en áreas endémicas de la región de acuerdo a comportamiento epidemiológico.

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

Marcar **Anormal** cuando:

- ✓ Con Cintas de Esterasa Leucocitaria y Nitritos: cuando se encuentren **Leucocitos Positivo más Nitritos Positivos**.
- ✓ Con Cintas Reactiva de Uroanálisis: cuando se encuentren **Leucocitos Trazas o más y Nitritos Positivos**.
- ✓ Examen de urocultivo positivo.

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

- **Glucemia en Ayunas:** registrar el valor de la glucemia obtenida (en miligramos por decilitro). Anotar el resultado obtenido de la glucemia obtenida en ayunas en la embarazada en dos momentos (antes de las 24 semanas de gestación y después de las 24 semanas de gestación).
- **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.
- **Atenciones Prenatales:** Llenar los espacios correspondientes de forma horizontal por cada atención prenatal, en donde sólo abarca anotar 6 APN; por lo que se recomienda usar otra hoja de HCP, anexarla al Expediente Clínico y foliarlas respectivamente.

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



- ✓ **Fecha.**
- ✓ **Edad Gestacional.**
- ✓ **Peso:** En kilogramos (con un decimal), de la embarazada descalza, con ropa liviana. Grafique de inmediato en el reverso de la HCP y del Carné Perinatal, el incremento de peso materno con un punto. Una con línea continua los puntos de los valores del peso registrados en las APN realizadas.
- ✓ **Presión Arterial (PA):** La tensión máxima y mínima expresada en mm Hg, valorada con la técnica adecuada.
- ✓ **Altura Uterina:** Medir la altura uterina en centímetros desde el borde superior de la sínfisis pubiana al fondo del útero. Utilizar la técnica del pinzamiento entre los dedos índice y medio.

Grafique de inmediato en el reverso de la HCP y del Carné Perinatal, el incremento de la altura uterina con un punto. Una con línea continua los puntos entre las APN realizadas. Los valores de incremento de peso normal están entre los percentiles 10 y 90. Las mismas curvas nos dicen cuánto es el incremento normal de altura uterina de la embarazada.

- ✓ **Presentación:** Para la presentación, escribir “cef (cefálica), pelv” (pelviana) o “transv” (transversa).
- ✓ **Frecuencia Cardíaca Fetal en latidos por minuto (FCF lpm):** Anotar la frecuencia cardíaca fetal en latidos por minuto a partir de las 20 semanas de gestación.
- ✓ **Movimientos Fetales:** Anotar los movimientos fetales a partir de las 18 semanas de gestación. positivos o negativos, la falta de datos se interpretará como prestación no hecha.
- ✓ **Proteinuria:** Marcar Negativo (-) o Positivo (+), la presencia o no de proteínas en las cintas de uroanálisis efectuado a la embarazada.
- ✓ **Signos de alarma, exámenes, tratamientos:** Describir los hallazgos más relevantes encontrados en la atención prenatal.
- ✓ **Iniciales del personal de salud:** Anotar las iniciales del personal de salud que lo efectúa.



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

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



DISEÑO METODOLÒGICO

Tipo de estudio:

Se realizó un estudio sobre la evaluación de programa de salud, a partir de la aplicación de los estándares de calidad del llenado completo y adecuado de la Historia Clínica Perinatal en el Centro de Salud de Waspam, Atlántico- Norte; en el periodo Julio –Septiembre 2014.

Área de estudio:

El estudio se realizó en el Programa de Atención Prenatal del Centro de Salud Oswaldo Padilla ubicado en el municipio de Waspam del departamento Puerto Cabezas, dividido en dos aéreas: programas y morbilidad general ; hospital primario con 45 camas censadas y especialidades (Ginecoobstetricia, Pediatría, Medicina, Cirugía y Anestesia). Dicho estudio se ejecutara en el área de Atención Prenatal de dicho centro.

Población:

Todas las pacientes embarazadas que acudieron al programa de Atención Prenatal durante el período comprendido de Julio-Septiembre del año 2014.

Tipo de muestreo:

Fue el No probabilístico por conveniencia.

Unidad de análisis:

Se analizaron los expedientes clínicos que tengan Historia Clínica Perinatal de pacientes que acuden al programa de Atención Prenatal.

Criterios de Inclusión:

- Toda embarazada registrada en Atención Prenatal y con HCP.
- Que no sea inasistente al programa de APN.



Fuente de la información:

La fuente de información fue secundaria a través de expedientes clínicos que contenían la hoja de monitoreo de la nueva Historia clínica perinatal propuesta por el Ministerio de Salud.

Recolección de la información:

La información se recolecto con la hoja de monitoreo de la nueva Historia clínica perinatal evaluando en ella las 13 actividades normadas por el Ministerio de Salud a evaluar en el primer nivel de atención.

Manejo y análisis de la información:

Se realizó una base de datos estadística utilizando el software SPSS versión 20.0., luego se introdujo en la base de datos y se presenta la información en base a porcentajes.

VARIABLE	DEFINICION	VALOR
Datos Personales Edad Escolaridad	Datos individuales personales. Edad en años cumplidos. Nivel académico o años de estudios cursados.	Si cumple. No cumple. No aplica.
Antecedentes personales Diabetes, TB pulmonar, hipertensión, preeclampsia/eclampsia, otros	Patologías que ha presentado la Embarazada.	Si cumple. No cumple. No aplica.
Antecedentes Obstétricos. Gesta, abortos, Partos, partos vaginales	Historial obstétrico de la embarazada.	Si cumple. No cumple. No aplica.



cesáreas, Nacidos vivos, nacidos muertos, viven, fin de anterior embarazo, embarazo planeado, fracaso método anticonceptivo		
Medición de talla	Altura de la embarazada expresada en centímetros.	Si cumple. No cumple. No aplica.
Examen de mamas.	Examen físico de mamas que se realiza a la embarazada durante el ingreso al programa.	Si cumple. No cumple. No aplica.
Semanas de Amenorrea.	Las cumplidas desde el primer día de la FUM hasta fecha de la actual consulta.	Si cumple. No cumple. No aplica.
Medición de peso	Peso en kilogramos de la mujer embarazada en todos los controles prenatales.	Si cumple. No cumple. No aplica.
Determinación de la presión arterial	Cifras de presión arterial en cada control prenatal.	Si cumple. No cumple. No aplica.
Medición de la Altura uterina.	Medida en centímetros de la altura uterina utilizando la cinta de CLAP.	Si cumple. No cumple. No aplica.
Auscultación De la FCF después de las 20 semanas.	Auscultación de la frecuencia cardiaca fetal en cada control prenatal.	Si cumple. No cumple. No aplica.
Movimientos fetales	Movimientos fetales percibidos por la	Si cumple.



después de las 18 semanas	Embarazada después de las 18 semanas	No cumple. No aplica.
Aplicación de Vacuna Antitetánica.	Vacuna toxoide tetánica aplicada a la embarazada.	Si cumple. No cumple. No aplica.
Solicitud de exámenes Grupo y Rh, PAP, VDRL , EGO, Hemoglobina, VIH	Llenado de los resultados de exámenes de laboratorio	Si cumple. No cumple. No aplica.
Evaluación del estado nutricional en base al Índice de Masa Corporal	Llenado de IMC con peso anterior o peso durante el ingreso antes de las 12 semanas de gestación.	Si cumple. No cumple. No aplica.
Evaluación del estado nutricional en base al Incremento de Peso Materno.	Relación del peso según edad gestacional en cada control prenatal.	Si cumple. No cumple. No aplica.
Cumplimiento de la calidad llenado de la HCP	Porcentaje aceptable del correcto llenado de la HCP	> 90 excelentes. <90 deficiente.



RESULTADOS.

En el período de estudio se evaluaron 200 expedientes de embarazadas asistentes al programa de atención prenatal del centro de salud de Waspam, Atlántico Norte con el objetivo de evaluar el correcto llenado de la Historia Clínica Perinatal registrando e interpretando las 13 actividades normadas.

Luego de la selección, se procedió a la aplicación de la lista de chequeo, encontrando en los expedientes ingresados que el estándar de calidad correspondiente a los antecedentes personales y obstétricos el 36.5% cumple con el correcto llenado, sin embargo 63.5% no cumple con el llenado normado.

En referencia a la medición de la talla de la embarazada se encontró un registro de ésta en el 96.5% de las HCP.

En la realización del examen físico se encontró que tanto el examen clínico completo y la revisión de mamas estaban registradas en un 93.5%; en el cálculo de las semanas de amenorrea se registró en un 99.5% de los expedientes revisados.

En cuanto a los ítems de la evolución del embarazo actual la medición de peso se le realizó a un 96.5% de las embarazadas; la determinación de la presión arterial a un 99.5% y la medición de la altura uterina al 96%. La auscultación de la frecuencia cardiaca fetal a partir de las 20 semanas de gestación y los movimientos fetales después de las 18 semanas de gestación fueron evaluados al 89.5% de las embarazadas ya que el 10.5% no aplicaba a la evaluación de este indicador.

El cumplimiento de la aplicación de la vacuna antitetánica fue de un 84.5% y la realización de los exámenes de laboratorio y Papanicolaou fue 34%.

En referencia al estado nutricional en base al IMC fue calculado en el 82% de los expedientes revisados no siendo graficados en un 55% y no aplicable en un 3.5%.(Tabla No 1)

El porcentaje de embarazadas en las que su Atención prenatal cumplen con el correcto llenado e interpretación de las 13 actividades normadas por el MINSA solamente fue de un 17.5% de la población total en estudio, lo cual nos indica una deficiencia en la calidad de la atención ya que dicho valor no cumple con el 90% que es el mínimo porcentaje para considerarlo una Atención Prenatal de calidad. (Gráfico No 1)



DISCUSIÓN.

Los estándares e indicadores de calidad implementados por el Ministerio de Salud basados en los protocolos clínicos oficiales, se han venido actualizando tomando como referencia las mejores evidencias científicas lo que permite la reducción de las muertes maternas, neonatales e infantiles así como elevar la calidad de atención que se brinda en las unidades tanto del primer como el segundo nivel de atención.

Al valorar el cumplimiento de los indicadores de calidad en el llenado de la Historia Clínica Perinatal solamente el 17.5% cumplen con los requisitos establecidos para un buen APN lo cual es alarmante debido a que el porcentaje mínimo para su evaluación cuantitativa es del 90% de expedientes llenados correctamente, dicho porcentaje deficiente se debe a un incorrecto o incompleto llenado de los ítems los cuales en nuestra investigación predominaron los siguientes en orden descendente: exámenes de laboratorio con 66%, antecedentes personales y obstétricos 63.5% y evaluación del estado nutricional en base al incremento de peso materno con un 55%.

Haciendo énfasis en los datos antes mencionados nos pone en alerta ya que la importancia de un adecuado llenado de los mismos es fundamental para la prevención de complicaciones como hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia, diabetes gestacional, macrosomía fetal, etc. que pone en riesgo la vida del binomio madre –hijo al omitir datos de relevancia que pueden ser descubiertos durante el interrogatorio de los antecedentes o datos fundamentales como son los resultados de laboratorio y la correcta interpretación de los datos encontrados durante la atención de la embarazada.

Si bien es cierto que el protocolo para el correcto llenado de la HCP se encuentra presente en las unidades de salud, no todo el personal que brinda dicha atención la pone en práctica. Si no hay conocimiento de dicha norma es difícil que se le dé un cumplimiento al correcto llenado de los 13 indicadores normados los cuales son indispensables para la detección de complicaciones que se pueden prevenir. Por tanto es necesaria una educación continua y monitoreo constante al personal de salud en contacto con la mujer gestante para lograr el fin máximo, brindar una atención de calidad y por ende reducción de la morbimortalidad materna.



CONCLUSIÓN.

1. Se comprobó que se está realizando un deficiente llenado de las trece actividades normadas por el MINSA ya que del total de expedientes evaluados solo el 17.5% cumplieron con los estándares de calidad, siendo los ítems omitidos con mayor frecuencia los siguientes: exámenes de laboratorio, antecedentes personales y obstétricos y la evaluación del incremento de peso materno.



RECOMEDACIONES.

1. Que todo ingreso a la atención prenatal sea realizado obligatoriamente por el personal médico, haciendo énfasis en el correcto llenado de los antecedentes personales y obstétricos y no omitir una segunda revisión de la HCP al finalizar la consulta de la paciente para corroborar el buen llenado de dicha hoja.
2. Organizar y sostener un programa de educación continua que involucre al personal de salud que realiza la atención a la embarazada, puérpera y recién nacido que abarquen aspectos de la atención y de la evaluación en el cumplimiento de las normas elaboradas por el MINSA.
3. Promover la auto evaluación continua por parte del personal que brinda la atención prenatal, puérpera y recién nacido en el cumplimiento y correcto llenado, tanto de la HCP como también la aplicación de los estándares de calidad propuestas por el Ministerio de Salud de Nicaragua.



BIBLIOGRAFIA



REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Nicaragua. Ministerio de salud. Indicadores básicos 2003 disponible en: www.minsa.gob.ni/inbasicos/2003
2. 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. Octubre 2009.
3. Nicaragua. Ministerio de salud. "Calidad de atención en los servicios de salud". 1995.
4. Nicaragua. Ministerio de salud. OMS/OPS. "Normas de atención prenatal, parto de bajo riesgo y puerperio normal y de bajo riesgo". Managua, Nicaragua. 2011.
5. OPS/OMS. "Manual sobre el enfoque de riesgo en atención materno infantil". 2da edición. Serie Paltex .1999.
6. Acevedo, L. M. Cumplimiento de las normas en la atención prenatal. León, Nicaragua. 1985.
7. Altamirano Salguera, Lesbia. Manejo del carnet perinatal en el nivel primario y secundario. León. Mayo-Agosto. 1990.
8. Portillo C. Evaluación de la Calidad del Programa Control Prenatal área 5 – Región II. Malpaisillo - Jicaral. Julio 1987 – Junio 1988. Tesis para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía. UNAN –León.
9. Medina R. y Tórrez R. Valoración de la Atención a embarazadas Captadas en el Control Prenatal en el Centro de Salud de Telpaneca. Enero 1988 – Diciembre 1990. Tesis para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía. UNAN Managua.
10. Acevedo D. y Pineda E. Cumplimiento de Normas en Control Prenatal en Embarazadas con riesgo en Hospital Milton Rocha Cukra Hill, Bluefields. Octubre 1990 – Septiembre 1991. Tesis para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía. UNAN-Managua.
11. García G. y Saavedra H. Cumplimiento de las Normas de Control Prenatal en Unidades urbanas de Atención Primaria de la ciudad de Bluefields. Septiembre 1992. Tesis para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía. UNAN-Managua



12. Echaverry M. y col. Evaluación del Control Prenatal en el Centro de Salud La Paz Centro. 1993. Tesis para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía. UNAN-León.
13. Nicaragua. Ministerio de salud. Manual para el llenado de la historia clínica perinatal (HCP). Normativa 106. Managua, Enero 2013.
14. Herrera R. y Herrera R. Calidad y Cobertura del Control Prenatal. Matagalpa, Agosto de 1996. Tesis para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía. UNAN-Managua.
15. Duarte R. y Gámez H. Control Prenatal en el Júcaro. Un estudio en pacientes que acuden a la Unidad de Salud. Julio – Diciembre 1996. Tesis para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía. UNAN-León.
16. Benites F. y Gonzales J. Aplicación de estándares de Calidad, en el llenado de la Historia Clínica en la atención Prenatal en el Centro de Salud Vicente Godoy, Macuelizo, Nueva Segovia año 2003. Tesis para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía. UNAN- Managua.
17. Argüello D. y Mejía G. Calidad de prestación de los Servicios del Subprograma control Prenatal. San Carlos, Río San Juan. Enero – Marzo 2004. Tesis para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía. UNAN-León.
18. Maltez KD. Calidad de Atención en el subprograma de Atención Prenatal en el Centro de Salud Carlos Centeno. SIUNA. Enero – Marzo 2005. Tesis para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía. UNAN-Managua.
19. Salgado ZT. Evaluación de la Calidad del Programa de Atención Prenatal en el Centro de Salud Pedro Picado. Sutiava – León. Abril a Septiembre 2006. Tesis para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía. UNAN-León.
20. Montes O. y Villega S. Calidad de Prestación de los Servicios en el Subprograma Control Prenatal de la Unidad de Salud Quezalguaque. Enero a Octubre del 2006. Tesis para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía. UNAN-León.
21. Barrera J. y Cisneros Y. Calidad de Atención Brindada en las mujeres embarazadas que acuden al Control Prenatal en el Centro de Salud Miguel



Plazaola del Municipio Tortuguero en Junio del 2006. Tesis para optar al título de doctor en medicina y cirugía.

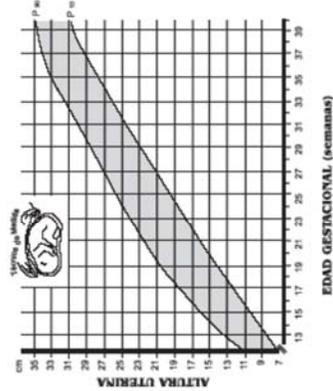
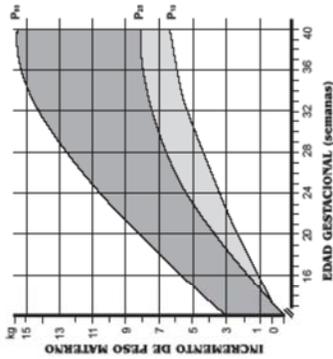
22. Centro Latinoamericano de Perinatología y desarrollo humano (CLAP). Organización Panamericana de la salud. Organización mundial de la salud. Boletín sobre salud prenatal. Montevideo. Uruguay. Vol. 3. 1990. Pág. 130-132. Disponible en:

www.clap.opsoms.org/web/boletines%20y%20novedades/boletin%2010

23. Schwarcz y col. El Cuidado Prenatal. Guía para la práctica del Cuidado Preconcepcional y del Control Prenatal. Argentina. 2001. URL disponible en: <http://www.sarda.org.ar/Docs/GuiaMinisterio.pdf>



ANEXOS



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 varada cuida su salud, la de su hijo/a y garantiza una buena lactancia.

Dele amor a su hijo/a desde el embarazo.

Aplique 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 lucitas 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. Lévelo siempre con Usted y entréguelo al equipo de salud cada vez que requiera una atención, ya sea en el embarazo, parto, puerperio o control de crecimiento y desarrollo de su hijo/a.

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



Evaluación del correcto llenado de los 13 Estándares de Calidad en el Centro de Salud Oswaldo Padilla, Waspam-Atlántico Norte Julio – Septiembre 2014.

ESTANDARES DE CALIDAD	NUMERO DE EXPEDIENTES EVALUADOS											
Antecedentes personales y Antecedentes obstétricos												
Medición de talla												
Examen de mamas												
Semanas de amenorrea												
Medición del peso												
Determinación de la Presión Arterial												
Medición de altura uterina												
Auscultación de la FCF a partir de las 20 semanas de gestación												
Movimientos fetales después de las 18 semanas de gestación												
Aplicación de la vacuna antitetánica												
Exámenes de laboratorio												
Evaluación del estado nutricional en base al IMC												
Evaluación del estado nutricional en base al incremento de peso												
EXPEDIENTE CUMPLE												
PORCENTAJE GLOBAL												

Se evaluarán con el siguiente puntaje: 1 cumple, 2 no cumple, 3 No aplica



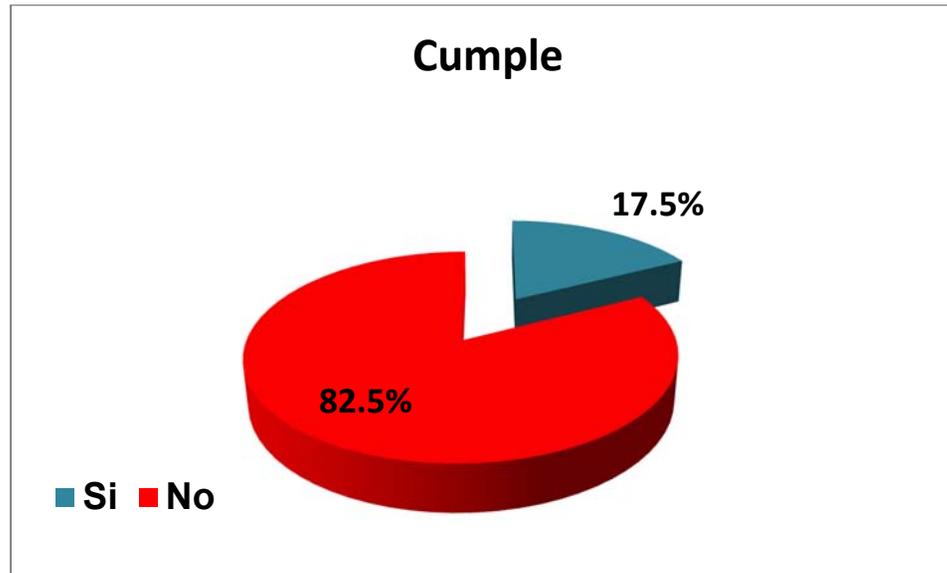
TABLA No 1. Evaluación del correcto llenado de los 13 Estándares de Calidad en el Centro de Salud Oswaldo Padilla, Waspam, Atlántico Norte en el periodo Julio – Septiembre 2014.

EXPEDIENTES EVALUADOS			
ESTANDARES DE CALIDAD	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
Antecedentes personales y Antecedentes obstétricos	36.5%	63.5%	0.0%
Medición de talla	96.5%	3.5%	0.0%
Examen de mamas	93.5%	6.5%	0.0%
Semanas de amenorrea	99.5%	0.5%	0.0%
Medición del peso	96.5%	3.5%	0.0%
Determinación de la Presión Arterial	99.5%	0.5%	0.0%
Medición de altura uterina	96.5%	4.0%	0.0%
Auscultación de la FCF a partir de las 20 semanas de gestación	89.5%	0.0%	10.5%
Movimientos fetales después de las 18 semanas de gestación	89.5%	0.5%	10.0%
Aplicación de la vacuna antitetánica	84.5%	15.5%	0.0%
Exámenes de laboratorio	34.0%	66.0%	0.0%
Evaluación del estado nutricional en base al IMC	82.0%	18.0%	0.0%
Evaluación del estado nutricional en base al incremento de peso	41.5%	55.0%	3.5%

Se evaluarán con el siguiente puntaje: 1 cumple, 2 no cumple, 3 No aplica



Gráfico No 1. Expedientes clínicos que cumplen con el correcto llenado de la Historia Clínica Perinatal en el Centro de Salud Oswaldo Padilla, Waspam- Atlántico Norte en el periodo Julio Septiembre del año 2014.



>90 APN Satisfactorio
< 90% APN deficiente.