



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA DE MATAGALPA
UNICAM – RIO BLANCO
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y TECNOLOGIA EN SALUD**

**SEMINARIO DE GRADUACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO DE LICENCIATURA
EN ENFERMERÍA MATERNO – INFANTIL**

TEMA

CALIDAD DE LLENADO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL, EN
PACIENTES ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE RIO
BLANCO EN EL PERIODO DEL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2020.

SUBTEMA

Calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal, en pacientes atendidas en el
puesto de Salud de Cuatro Esquinas, en el periodo del Segundo Semestre del año
2020.

Autores

Br. Alba Luz Reyes Zamora.
Br. Isdla Alestenia Mendoza Gutiérrez.
Br. Mayerling Dorania Fernández Oporta.

TUTOR

Msc: Harvy José Aguinaga Pérez

Marzo del 2020



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA DE MATAGALPA
UNICAM – RIO BLANCO
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y TECNOLOGIA EN SALUD

**SEMINARIO DE GRADUACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO DE LICENCIATURA
EN ENFERMERÍA MATERNO – INFANTIL**

TEMA

CALIDAD DE LLENADO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL, EN
PACIENTES ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE RIO
BLANCO EN EL PERIODO DEL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2020.

SUBTEMA

Calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal, en pacientes atendidas en el
puesto de Salud de Cuatro Esquinas, en el periodo del Segundo Semestre del año
2020.

Autores

Br. Alba Luz Reyes Zamora.
Br. Isdla Alestenia Mendoza Gutiérrez.
Br. Mayerling Dorania Fernández Oporta.

TUTOR

Msc: Harvy José Aguinaga Pérez

Marzo del 2020

i. DEDICATORIA

Dios supremo que nos ha dado la fortaleza para continuar cuando a punto de caer hemos estado, nos ha confortado cada día, por a vernos permitido llegar hasta este punto dándonos salud, sabiduría y el entendimiento para poder culminar una de nuestras metas propuestas.

A nuestras madres que, con tanto esfuerzo, sacrificio, apoyo incondicional, ejemplo de constante lucha y de dedicación nos encaminaron hacia el camino de éxito.

AUTORES

- **Br. Alba Luz Reyes Zamora.**
- **Br. Isdla Alestenia Mendoza Gutiérrez.**
- **Br. Mayerling Doriania Fernández Oporta.**

ii. AGRADECIMIENTO

Agradecemos con mucho amor y respeto, a **Dios** quien nos brinda sabiduría, la vida, el tiempo y oportunidad de poder concluir con esta etapa importante para nuestras vidas, a nuestras madres por el apoyo incondicional, comprensión, tiempo invertido y el esfuerzo que hacen para que nosotras logremos un mejor nivel educativo y preparado, para hacer frente a la vida, a nuestros **familiares** que de una u otra forma han contribuido con nuestra formación social y cultural.

Le agradecemos de todo corazón a nuestros maestros; **Msc. Harvy Aguinaga**, quien ha tomado el reto de guiarnos en este proceso tan importante en nuestra formación profesional, a nuestro maestro de prácticas **Lic. Osvaldo Espinoza** quien con mucho amor nos ha dirigido y corregido en este sendero de educación y sabiduría, por estar dispuesto a transmitirnos sus conocimientos y disposición para aclarar y explicar cualquier duda, al gremio de **docentes de la universidad**, que con sus conocimientos contribuyeron en nuestra formación y preparación académica, por el esfuerzo que ellos hacen al viajar para impartirnos el pan de la enseñanza y animarnos para que coronemos con éxito nuestros sueños de profesionalización y ser la nueva semilla que germine el desarrollo de nuestra nación.

Al **personal de la salud**, médicos y enfermeros por darnos la oportunidad y espacio para aprender, a todos aquellos que de manera directa o indirectamente han contribuido con nuestra preparación como profesional de salud.

AUTORES

- **Br. Alba Luz Reyes Zamora.**
- **Br. Isdla Alestenia Mendoza Gutiérrez.**
- **Br. Mayerling Dorania Fernández Oporta.**

iii. Carta aval

Facultad Regional Multidisciplinaria Matagalpa
Departamento Ciencia-Tecnología-Salud.



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Por medio de la presente se informa, que el Seminario de Graduación para optar al Título de **Licenciatura en Enfermería Materno Infantil**, que lleva por Tema general: **CALIDAD DE LLENADO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL, EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE RIO BLANCO SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2020**. Y con Sub tema: **CALIDAD DEL LLENADO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL, EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD DE CUATRO ESQUINAS SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2020**, elaborado por los autores: **Br. ALBA LUZ REYES ZAMORA, Br. ISDLA ALESTENIA MENDOZA GUTIERREZ, Br. MAYERLING DORANIA FERNANDEZ OPORTA.**

Reúne los requisitos científicos y metodológicos para ser presentada y defendida ante un tribunal examinador. Matagalpa 2020.

Msc. Harvy José Aguinaga Pérez
Tutor de Seminario Graduación.

iv. RESUMEN

Se investiga la Calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal, en pacientes atendidas en el puesto de Salud de Cuatro Esquinas del municipio de Rio Blanco en el periodo del segundo semestre 2020, específicamente se pretende identificar el llenado de los datos de filiación de las embarazadas, verificar el llenado del segmento de antecedentes patológicos familiares, personales y obstétricos, constatar el llenado del segmento datos de exámenes clínicos y laboratorios de las pacientes embarazadas, determinar el llenado de los datos de las consultas prenatales y la realización de las curvas de ganancia de peso materno y altura uterina para la edad gestacional. Metodológicamente es un estudio descriptivo, con enfoque mixto, de corte longitudinal, prospectivo en el tiempo. El universo está constituido por 26 HCP de mujeres que fueron atendidas en el Puesto de Salud de Cuatro Esquina, Municipio de Rio Blanco, donde se toma una muestra de 16 HCP subsecuentes que cumplen con los criterios de inclusión (HCP de pacientes subsecuentes que asisten al puesto de salud Cuatro Esquinas en el periodo de estudio planteado). Por lo tanto, se aplica un muestreo no probabilístico a conveniencia, el Instrumento utilizado es la hoja de HCP MINSA, para recolectar la información, para su análisis se divide en cuatro segmentos y se valora por ITEM los cuales se dieron el valor de Bueno, Regular y Malo, para determinar si existe una calidad en el llenado de la HCP en el centro estudiado. Entre los principales hallazgo están: La falta de claridad en el llenado del nombre así como localidad, número de teléfono y número de cédula de la paciente, el llenado de las casillas como Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, antecedentes Múltiples, embarazo Ectópico, Aborto, FUM, Revisión Odontológica, exámenes de laboratorio como VIH, además de consejería de Lactancia Materna, preparación para el parto, sin ignorar el llenado correcto de las casillas de Altura Uterina, Presentación y movimientos fetales, próxima cita así como gráficas de curvas IPM y AU. Al final se concluye que en el puesto de salud no se cumple con los estándares de calidad impuesto por las Normativas del MINSA sobre todo la Normativa 106.

INDICE

_Toc55056228

I-	INTRODUCCIÓN.....	1
II-	JUSTIFICACIÓN.....	6
III-	OBJETIVOS	7
	GENERAL.....	7
	ESPECIFICOS.....	7
IV-	DESARROLLO DEL TEMA.....	8
	Descripción del Puesto:	8
A.	Segmentos de la Historia Clínica Perinatal.....	12
	1. Segmento – Identificación.....	12
	2. Segmento – Antecedentes Familiares, Personales y Obstétricos.....	20
	3. Segmento – Gestación Actual.....	32
	Atenciones prenatales.....	56
v.	Conclusión.....	69
	Bibliografía	
	Anexo	

I- INTRODUCCIÓN

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

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

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

En Nicaragua los datos recabados son escritos a mano por el personal, una copia que le quedara al centro de atención y la original que queda en manos de la paciente atendida. Esto permite enviar los datos a cualquier centro de procesamiento, mientras que la historia clínica queda en el lugar de atención. Los datos codificados de la historia clínica simplificada son similares a los del resumen

estadístico de la historia clínica perinatal ampliada. Por lo tanto, ambas historias, en distintos niveles de atención pueden alimentar un mismo banco de datos perinatales.

En la actualidad son muchos los problemas y excusas que existe para que se dé un buen llenado de la hoja de APN, dentro de las más conocidas se encontraron: poco personal, demasiadas consultas, no contar con los equipos necesarios (laboratorio), disposición para el trabajo, actitud, poca cooperación de parte de la paciente y familiares, entre otros. La falta del llenado de estos datos, predisponen que la atención a la mujer embarazada no sea integral y se desconozcan datos importantes por el médico o enfermería que llegue a tratarla en cualquier momento del embarazo, lo que enlentece la toma de decisiones apropiadas en cada momento, siendo este un factor muy importante a la hora de prevenir complicaciones, así como la muerte materna. De acuerdo con lo antes mencionado se pretende dar respuesta a la siguiente interrogante:

¿Cuál es la calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal, en pacientes atendidas en el puesto de Cuatro Esquinas, municipio de Río Blanco, segundo semestre 2020?

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

OPS (2003). En América Latina y el Caribe la mayoría de los partos, cerca del 75 por ciento, tiene lugar en centros asistenciales. Pese a ello, en 17 países la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal son mayores de lo previsto para la población en riesgo, de lo que se infiere una deficiente calidad de la atención de salud. Esto indica que las mujeres con complicaciones no tienen acceso a los servicios, debido a barreras económicas o geográficas, o bien que los servicios de

salud no están suficientemente equipados o capacitados para abordar el problema. A pesar de que el CPN significa una oportunidad para identificar factores de riesgo, existe cerca del 15% de mujeres embarazadas que al momento del parto pueden presentar una complicación que ponga en riesgo su vida, por lo cual es esencial que las unidades de salud se encuentren preparadas para brindar cuidados obstétricos de emergencia de calidad.

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

Br. Moncada D. & Ortega J (2019) Realizaron un estudio para optar al título de doctor en medicina y cirugía UNAN-Managua, titulado “calidad del llenado de la historia clínica perinatal en mujeres atendidas en el hospital Berta Calderón Roque donde concluyeron que: En cuanto a los datos de filiación como nombres, teléfono, dirección y procedencia fueron registrados en un 96%, teniendo por consiguiente 4% de llenado incorrecto, los antecedentes personales, familiares y obstétricos fueron llenados adecuadamente en un 99.4%, Sobre la gestación actual de las pacientes se completó satisfactoriamente en un 99.1%; sin embargo, hay una disminución en cuanto al registro de los exámenes de laboratorio en un 0.9%, En el llenado de parto/aborto, neonato y puerperio fueron completados apropiadamente según registros en un 97.6%, excepto en defectos congénitos y tamizaje neonatal de los cuales casi 3% queda llenado de manera incorrecta, Verificando los registros de egreso materno fue convenientemente registrado en un 95% teniendo déficit de 5% en cuanto al llenado de responsable de egreso y método anticonceptivo. Por otra parte, el egreso neonatal fue donde más se encontraron deficiencias con un llenado incorrecto en un 27% y se encuentra identificación de recién nacido en 0%

de HCP. La calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal cumple con el 94.4%. Hay una mejoría evidente; sin embargo, no se cumple con el llenado en un 100%.

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

Metodológicamente la investigación basa sus referencias en Piura donde su tipo de estudio se establece como descriptivo, con enfoque mixto, de corte longitudinal, prospectivo en el tiempo. El Universo la constituirán 26 HCP de mujeres que fueron atendidas en el puesto de Salud de Cuatro Esquinas, Municipio Río Blanco, donde se toma una muestra de 16 HCP subsecuentes que cumplen con los criterios de inclusión (HCP de pacientes subsecuentes que asisten al Puesto de Salud Cuatro Esquinas en el periodo de estudio planteado). Por lo tanto, se aplica un muestreo no probabilístico a conveniencia, el instrumento utilizado es la Hoja de HCP MINSA, para su análisis se divide en cuatro segmentos según variables de estudios (llenado de los datos de filiación de las embarazadas; segmento de

antecedentes patológicos familiares, personales y obstétricos; datos de exámenes clínicos y laboratorios; datos de las consultas prenatales, curvas de ganancia de peso materno y altura uterina para la edad gestacional) y se valora por ITEM (83) para determinar la calidad en llenado de cada uno de los segmentos otorgándoseles un rango de valor equivalente entre (Bueno, Regular y Malo), para determinar si existe una calidad en el llenado de la HCP en el Centro estudiado, los datos y resultado fueron procesados en los programas de Word, Epi-info al final serán expuestos mediante el programa de power point.

En cuanto al aspecto ético para la realización de dicho trabajo investigativo se solicitó un permiso formal al director del Centro de Salud Denis Gutiérrez, así como al personal de enfermería responsable del puesto de salud de Cuatro Esquinas, se hará la observación del personal que atiende en el puesto antes mencionado.

II- JUSTIFICACIÓN

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

Por tal razón se realizó esta investigación con el objetivo de Evaluar la Calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal, en pacientes atendidas en el puesto de salud de Cuatro Esquinas del municipio de Río Blanco, segundo semestre 2020. De esta manera contribuye al mejoramiento del sistema de salud en el municipio, a fin de prevenir complicaciones en el embarazo, lograr un parto satisfactorio y evitar muertes maternas que se han convertido en un problema de salud pública y de gran preocupación para las autoridades del Ministerio de Salud.

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

III- OBJETIVOS

GENERAL.

Evaluar la calidad del llenado de la hoja de la Historia Clínica Perinatal, en pacientes atendidas en el puesto de Salud Cuatro Esquinas, Municipio Río Blanco, segundo semestre del año 2020.

ESPECIFICOS.

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

IV- DESARROLLO DEL TEMA

Ilustración 1 Foto de fachada del Puesto de Salud Cuatro Esquina



Descripción del Puesto:

El puesto de Salud Cuatro Esquina se encuentra ubicado a 43 km del Municipio de Río Blanco.

Es la tercera comunidad más poblado del municipio con una cantidad de habitantes de

3250, limita al Norte con: Waslala, al Sur con: Wanawas, al Este con: Rosario, al Oeste con: Rancho Grande.

El 12 de septiembre del 2008 el Ministerio de Salud envía por primera vez una brigada médica para brindar atención con calidad y calidez a la población en general, las consultas fueron realizadas en la iglesia católica.

Ese mismo día las familias de la Comunidad de Cuatro Esquinas aprovecharon para hablar y sugerir una casa base, siendo Don Modesto Ortega uno de los brigadistas y fundadores quien prestó su casa con la finalidad de ayudar a la población.

Se inicia dando consultas el 22 de septiembre del corriente año, estando a cargo en ese entonces Lic. Ismara Escalantes quien se desempeñaba como auxiliar de enfermería, se atendía a diversas comunidades como: Bocana de Tawa, Piedra Redonda, Cuero Rollo, Waslala y Rancho Grande, el acceso a dicho puesto era algo difícil, ya que, no se contaba con transportes y carreteras, se montaba a caballo para llegar a asistir a la población.

Después de transcurrido un año y medio de estar en esta casa base, se tuvo que alquilar la casa de Don Jesús Jarquín, debido a que la población llegaba con más

frecuencia y habitantes de las comunidades vecinas asistían a consulta en este puesto.

En el año 2010 el Ministerio de Salud envía personal médico de servicio social al Dr. Jonathan Potosme, Dr. Sarrias, Dra. Montoya y Lic. Erick Obregón para una mejor atención a la comunidad.

En el año 2011 Lic. Ismara Escalante se ve en la necesidad de solicitar un terreno a los pobladores de la comunidad, siendo Don Victoriano Zamora quien donó el terreno donde actualmente es el Puesto de Salud de Cuatro Esquina, se construyó un puesto provisional de madera donde se contaba con lo básico como: pesa, cama ginecológica, pesa pediátrica, equipo de parto por alguna emergencia con las embarazadas, en ese entonces no había energía motivo por el cual no se realizaban nebulizaciones.

En el 2018 inicia la construcción y remodelación de la infraestructura del puesto para contar con todas las condiciones necesarias para una buena atención de la población que asiste al Puesto de Salud donde se atienden las siguientes comunidades: Cuatro Esquinas, Tawa, Bocana de Tawa, El Paraíso, Cuero Royo, Piedra Redondo, Juan Pablo II.

Fue inaugurado el 17 de enero del 2019, la población es atendida por Dr. Jairo Isaac Montes médico servicio social 1, auxiliares de enfermería Harvin Eliezer Méndez y Alba Luz Reyes Zamora.

Actualmente cuenta con una sala para nebulizaciones, tres consultorios médicos, una sala de revisión ginecológica, un PAI, una farmacia, sala de espera, un estante para archivar expedientes clínicos y dos cuartos para el personal de salud. Se brindan las siguientes atenciones: controles prenatales, controles en puerperio, planificación familiar, atención a pacientes crónicos, controles de crecimiento de los

niños (VPCD), vacunas, cirugías menores, inyectologías, consultas generales, cuidados de enfermería y consejerías.

Para el misterio de salud la **Atención Prenatales** es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar la morbimortalidad materna y perinatal, con el objetivo de monitorear la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados del-a recién nacido/a. La atención debe ser precoz, periódica, continua, completa, de amplia cobertura, con calidad y equidad. (Normativa o11, 2015).

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

- Precoz* es cuando la primera atención se efectúa durante los 3 primeros meses de embarazo.
- Periódica* es la frecuencia con la que se realizan las atenciones prenatales de las embarazadas que acuden a las unidades de salud.
- Continua* es la secuencia de las atenciones que se brindan de forma sistemática e ininterrumpida.
- Completa* es cuando el contenido de las atenciones garantiza el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la embarazada.

La Historia Clínica Perinatal (HCP), es un instrumento diseñado para ayudar en las decisiones relacionadas con el manejo clínico individual de la mujer embarazada durante la atención prenatal, el parto y el puerperio y del recién nacido/a hasta el alta. (Normativa 011, 2015)

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

Es esencial que los datos registrados en la HCP sean completos, válidos, confiables y estandarizados. El llenado de cada segmento no es responsabilidad de una persona sino de un equipo multidisciplinario y la calidad del llenado es vital, ya que la HCP forma parte del Expediente Clínico y está sujeta a las Auditorías Médicas.

La Historia Clínica Perinatal cuenta con diez segmentos:

1. *Datos generales.*
2. *Antecedentes personales y familiares.*
3. *Gestación actual.*
4. *Parto u Aborto.*
5. *Enfermedades durante la gestación, parto o puerperio.*
6. *Recién nacido/a.*
7. *Puerperio Inmediato.*
8. *Egreso del Recién nacido/a.*
9. *Egreso Materno.*
10. *Anticoncepción.*

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

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

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

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

A. Segmentos de la Historia Clínica Perinatal

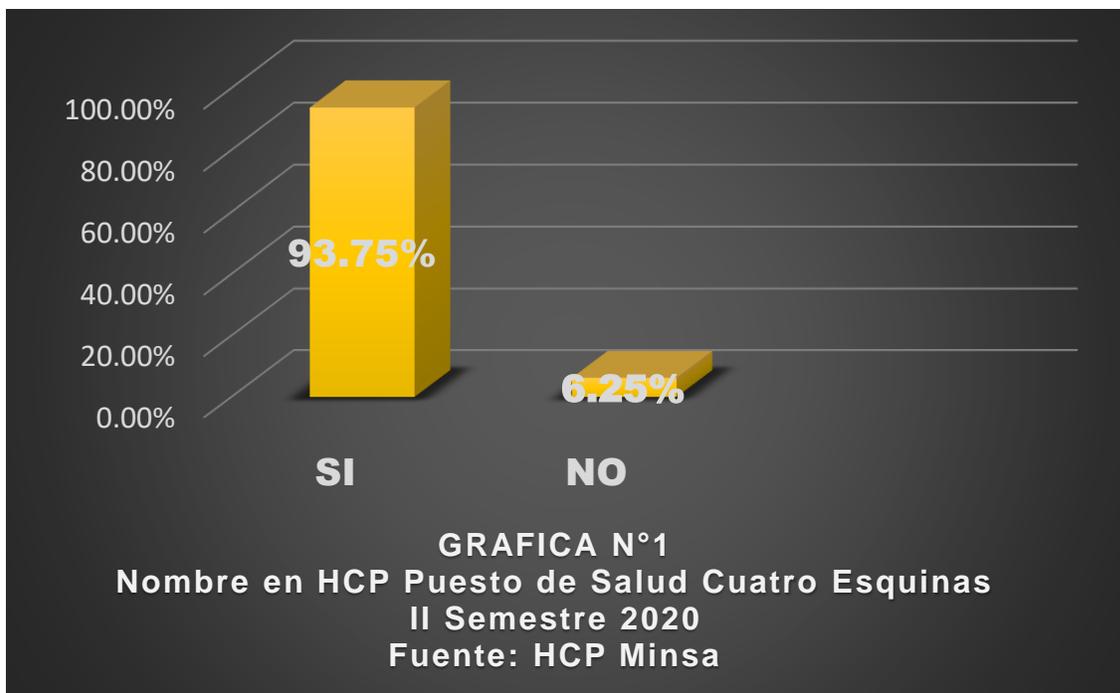
1. Segmento – Identificación

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

Fuente: (Normativa 011, 2015)

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

El **nombre** es un atributo de la personalidad, el modo de individualizar a una persona dentro de una comunidad determinada, para el ejercicio de sus derechos. El nombre es uno de los derechos fundamentales, desde el nacimiento. (Wikipedia, Nombre (derecho), 2020).

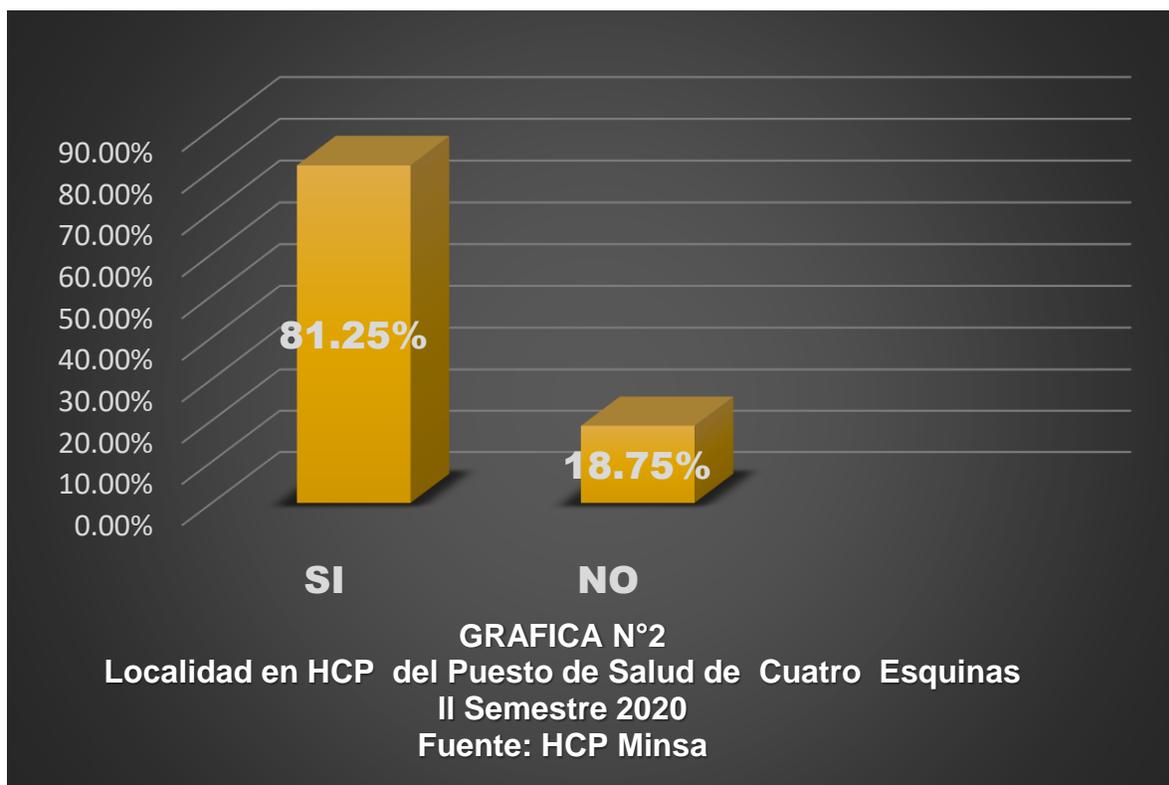


El grafico N°1 refiere que de 16 HCP revisadas, 15 (93.75%) la llenan correctamente, pero 1 (6.25%) no la llenan correctamente.

Debido a las poblaciones numerosas, según (Melenchón, 2011) “se da la necesidad de conocer mejor a las personas para distinguirlos por nombre y apellido”. Por lo tanto, los nombres y apellidos nos ayudan a identificarnos y diferenciarnos del resto, el estudio muestra que el 6.25% no escriben legiblemente el nombre en la HCP, siendo esta nuestra primera señal de identidad, aquello que nos identifica y nos da entidad por ello es importante tener en cuenta que el incumplimiento de una de las indicaciones conlleva a fallas dentro de la misma, impidiendo la obtención de datos reales que permitan una evaluación más compleja y exacta.

- Domicilio: Se refiere a la residencia habitual de la embarazada, durante los últimos tres meses. Anotar dirección exacta para efectos de la búsqueda activa e inasistentes.
- Localidad: Se refiere al nombre de la ciudad, municipio, pueblo, comarca.

El concepto de **localidad** suele emplearse con referencia a un pueblo o una ciudad. Una localidad, en este marco, es una división administrativa de un territorio. (Gardey, 2018)



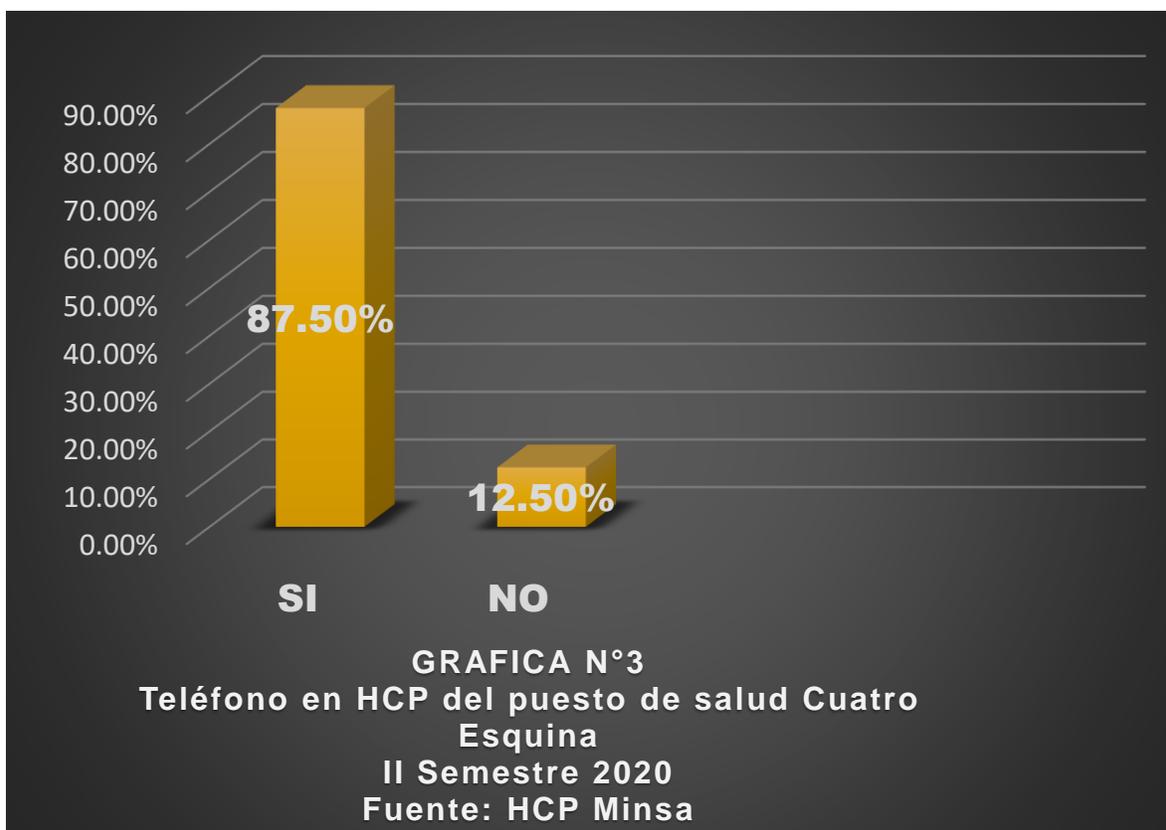
El gráfico N°2 refiere que de 16 HCP revisadas, 13 (81.25%) la llenan correctamente, pero 3 (18.75%) no la llenan correctamente.

Según (Oficina Nacional para la Información, 2019) “La localidad es una división territorial o administrativa genérica para cualquier núcleo de población con identidad propia, puede ser tanto un núcleo de pequeño tamaño y pocos habitantes (aldea, pueblo) como un núcleo de gran tamaño y muy poblado (ciudad)”, por lo tanto la localidad se escribe en la tarjeta de control para saber dónde se encuentra ubicada la persona y así obtener más fácil su localización, en el estudio que se realiza se encuentra que el 18.75% escriben correctamente la localidad de las embarazadas,

por ello es importante pedir a la embarazada su dirección exacta, esto proporciona facilidad para encontrarla en cualquier momento de visita que se realice.

- 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.

El **teléfono** es un sistema de comunicación que transmite la voz y el sonido a larga distancia por medios eléctricos o electromagnéticos. (Uriarte, 2020)



El gráfico N°3 refiere que de 16 HCP revisadas, 14 (87.50%) la llenan correctamente, pero 2 (12.50%) no la llenan correctamente.

Según (Julián Pérez Porto & Ana Gardey, 2009) "El invento del teléfono es parte del desarrollo de la tecnología, este es de suma importancia porque es una herramienta

para muchas aplicaciones y tiene como repercusión aumentar la comunicación y la globalización”, el estudio muestra que se está incumpliendo en un 12.50% en el llenado correcto del número telefónico de la gestante, hoy en día es importante escribir número de teléfono (celular) porque esta tecnología ayuda a resolver hacia el más allá la situación, no obstante en caso de una embarazada que no se encuentre en lugar donde habite se puede llamar así hacer preguntas ¿cómo se siente?, ¿cómo va?, si ha tenido dolores y detallar en la comunidad o ciudad donde se encuentre.

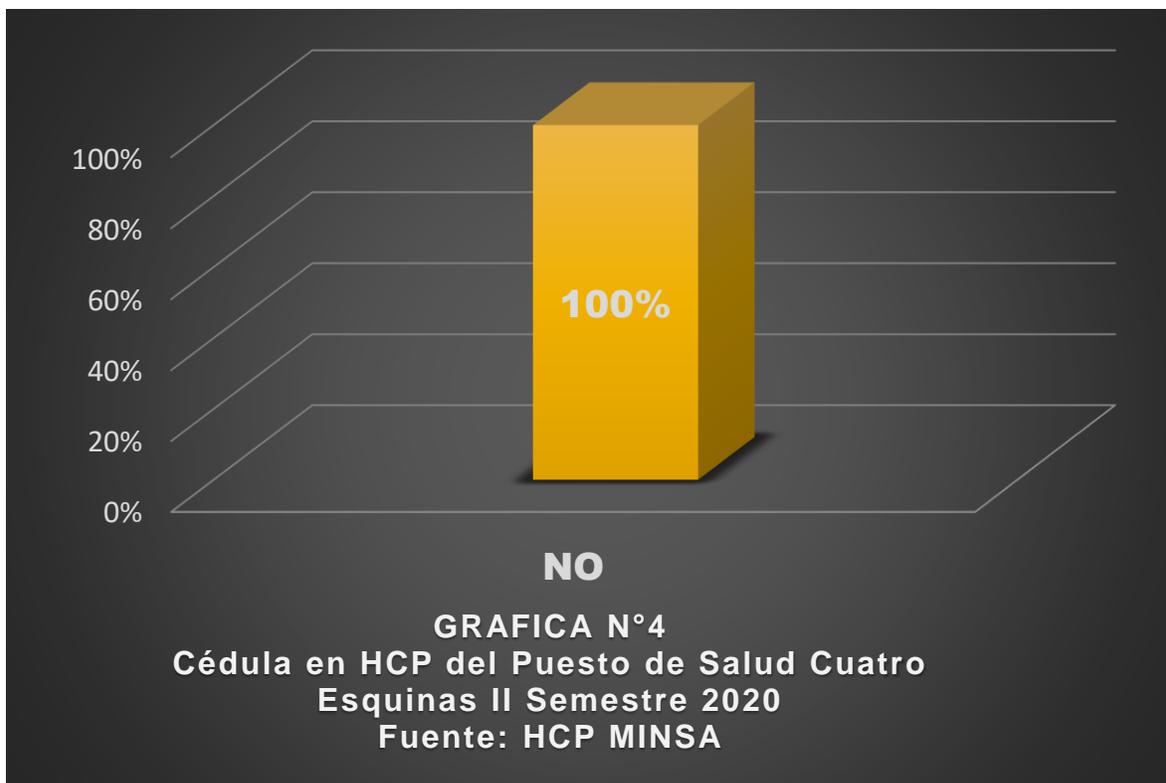
- Fecha de Nacimiento: Completar día, mes y año del nacimiento de la embarazada.
- Edad: Al momento de la primera consulta (captación) preguntar: *¿Cuántos años cumplidos tiene?*

Anotar la respuesta en los dos espacios disponibles. Si es menor de 20 años o mayor de 35 años, marcar el círculo amarillo. (Normativa 011, 2015)

- Etnia: Marcar el casillero que corresponda a la etnia que declara pertenecer la embarazada. La HCP incluye la variable Etnia con 5 opciones de respuesta: blanca, indígena, mestiza, negra, otros. La forma de obtener el dato podría ser: *¿Cómo se considera? ¿Blanca? ¿Indígena?, ¿mestiza?, ¿negra?, ¿otros?*
- Alfabeta: Preguntar: *¿Sabe leer y escribir?* Anotar la respuesta (SI o No) según corresponda.
- Estudios: Se refiere a estudios cursados en el sistema formal de educación. Preguntar *¿Cuál fue el nivel de estudios más alto al que asistió? ¿Primaria? ¿Secundaria? ¿Universitaria?* Registrar únicamente el máximo nivel alcanzado.

- Años en el mayor nivel: Preguntar: *¿Cuál fue el año más alto que aprobó en ese nivel?* Registrar únicamente el año más alto que haya sido aprobado. Por ejemplo, si la mujer refiere haber completado hasta el 3er año de secundaria, entonces marcar Secundaria y registrar “3” en el espacio que corresponde a ‘años en el mayor nivel’.
- Estado Civil: Registrar el estado civil según corresponda. Se entiende por “unión estable” la convivencia permanente con un compañero, sin formalización legal. En “otro” se incluye separada, divorciada, viuda.
 - Vive Sola: Indagar si la embarazada vive con familiares u otras personas en caso de no tener cónyuge.
- Lugar de la atención prenatal: Colocar nombre o código del Establecimiento de Salud donde se realiza la captación.
- 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.

La **cédula** es el documento público que identifica a los ciudadanos para el ejercicio del sufragio y para los demás actos que determinen las leyes. (Julian Perez Porto & Ana Gardey, 2016)



El grafico N°4 refiere que de 16 HCP revisadas, 0 (0%) la llenan correctamente, pero 16 (100%) no la llenan correctamente.

Según (Wikipedia, 2020) “La cédula de identidad es un documento público que contiene datos de identificación personal, se refiere a que, además de haber sido emitido por un empleado público competente, este documento le permite al ciudadano identificarse en todos los escenarios o ámbitos de relacionamiento dentro de la sociedad”, por lo tanto existe un déficit de un 100% por parte del personal de salud en el llenado correcto de la casilla de identidad, existe un único número de cédula de las personas las cuales ese número puede detallar su fecha de nacimiento, por ello es importante para requerir la edad exacta de la embarazada y mantener una información apropiada.

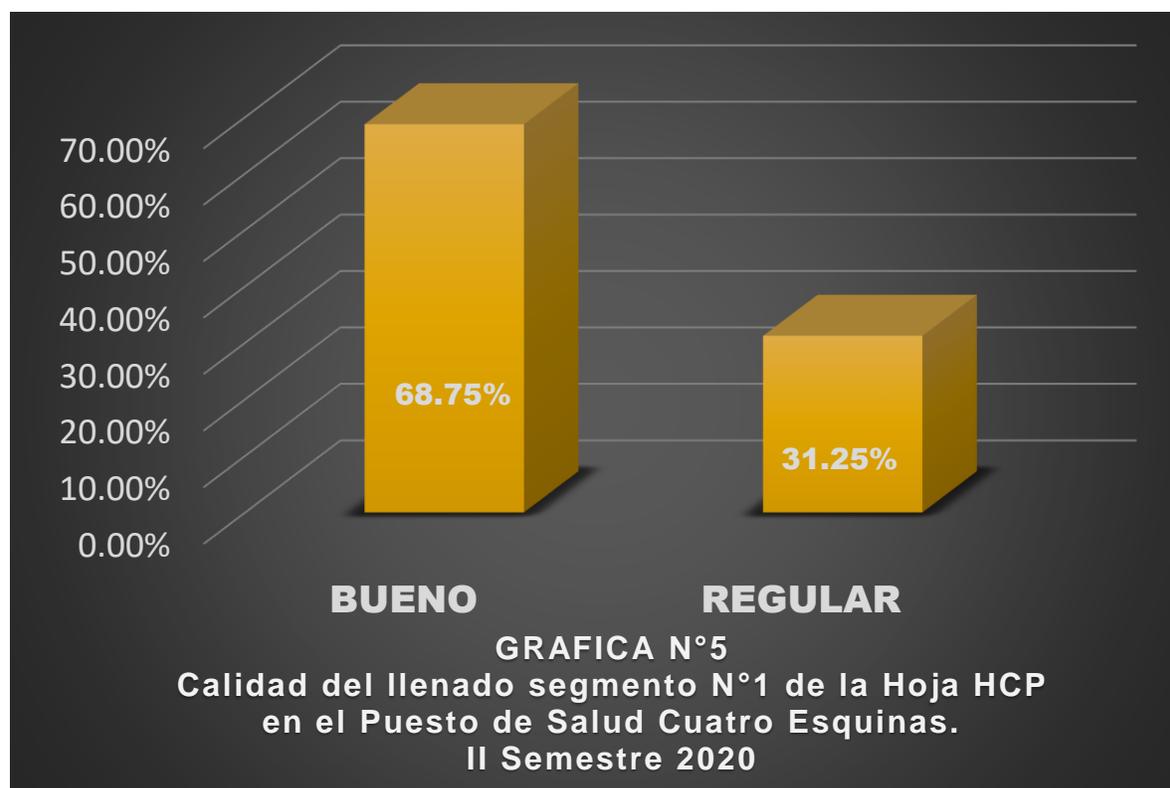
La calidad se refiere a la capacidad que posee un objeto para satisfacer necesidades implícitas o explícitas según un parámetro, un cumplimiento de requisitos de cualidades. También se refiere a un conjunto de propiedades

inherentes a una cosa que permite caracterizarla y valorarla con respecto a los restantes de una superficie.

Tipos de calidad

1. Requerida/Necesaria.
2. Programada.
3. Conseguida o realizada.

Calidad del llenado segmento N°1



El grafico N°5 refiere que de 16 HCP revisadas, 11 (68.75%) la llenan correctamente (Bueno), 5 (31.25%) la llenan regularmente, mientras que 0 (0%) son llenadas mal.

Sabiendo que calidad de atención en salud es la disminución de riesgo en las embarazadas y al mismo tiempo el aumento o facilidad laboral de un trabajador, por ende es importante que hagamos un buen llenado de la HCP para así tener mejores

resultados, si la embarazada no llegara a su control normal el trabajador de la salud tendría que localizarla y si este no anoto su nombre, número de celular o su localización no tendría comunicación alguna, por tal razón a la hora de llenar la HCP se debe tener en cuenta la normativa 106 que exige marcar correctamente para evitar y facilitar posibles errores en el trabajo, en el puesto de salud de Cuatro Esquinas todavía existe una deficiencia del 31.25% fallándose en:

1. Nombre.
2. Localidad.
3. Teléfono.
4. Cédula.

2. Segmento – Antecedentes Familiares, Personales y Obstétricos.

ANTECEDENTES		no	si
FAMILIARES	PERSONALES		
<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		
<input type="checkbox"/> <TBC pulmonar>	<input type="checkbox"/> <diabetes>	<input type="checkbox"/> Cirugía tracto reproductivo	<input type="checkbox"/> Infertilidad
<input type="checkbox"/> <hipertensión>	<input type="checkbox"/> <pre-eclampsia eclampsia>	<input type="checkbox"/> VIH	<input type="checkbox"/> cardiopatía
<input type="checkbox"/> <otras>	<input type="checkbox"/> <otras>	<input type="checkbox"/> condición médica grave	<input type="checkbox"/> nefropatía
			<input type="checkbox"/> <otras>

OBSTÉTRICOS		no	si
<input type="checkbox"/> gestas previas	<input type="checkbox"/> abortos		
<input type="checkbox"/> ÚLTIMO PREVIO	<input type="checkbox"/> vaginates		
<input type="checkbox"/> <de 2500 g	<input type="checkbox"/> nacidos vivos		
<input type="checkbox"/> > de 4500 g	<input type="checkbox"/> nacidos muertos		
<input type="checkbox"/> Pre-eclampsia/eclampsia	<input type="checkbox"/> muertos 1º sem.		
<input type="checkbox"/> <3 espec. cesárea>	<input type="checkbox"/> muertos después 1º sem.		
<input type="checkbox"/> partos	<input type="checkbox"/> cesáreas		

fin anterior embarazo		no	si
<input type="checkbox"/> día	<input type="checkbox"/> mes		
<input type="checkbox"/> año	<input type="checkbox"/> año		
<input type="checkbox"/> < de 1 año	<input type="checkbox"/> > de 5 años		
<input type="checkbox"/> EMBARAZO PLANEADO	<input type="checkbox"/> FRACASO MÉTODO ANTICONCEPTIVO		
<input type="checkbox"/> <otras>	<input type="checkbox"/> <otras>		

Fuente: (Normativa 011, 2015).1

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. (Normativa 011, 2015)

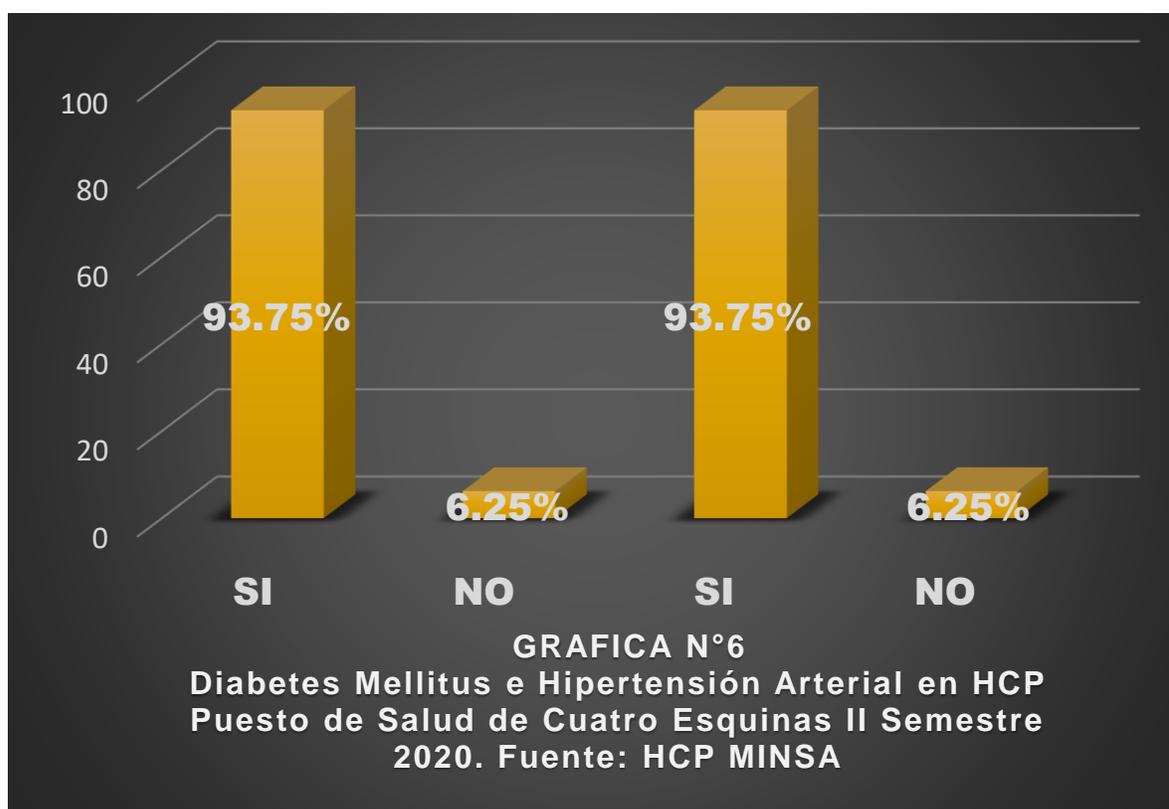
2.1 Antecedentes

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

La **Diabetes Mellitus** es una enfermedad que se produce cuando el páncreas no puede fabricar insulina suficiente o cuando ésta no logra actuar en el organismo

porque las células no responden a su estímulo. Existen dos tipos de Diabetes: la Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) y la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). También se conoce como alteraciones metabólicas de múltiples etiologías, caracterizada por hiperglicemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas, que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de insulina. (Normativa 077, 2018)

La **Hipertensión**, también conocida como **tensión arterial** alta o elevada, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos, es una medición de la fuerza ejercida contra las paredes de las arterias a medida que el corazón bombea sangre al cuerpo. (OMS, 2015)



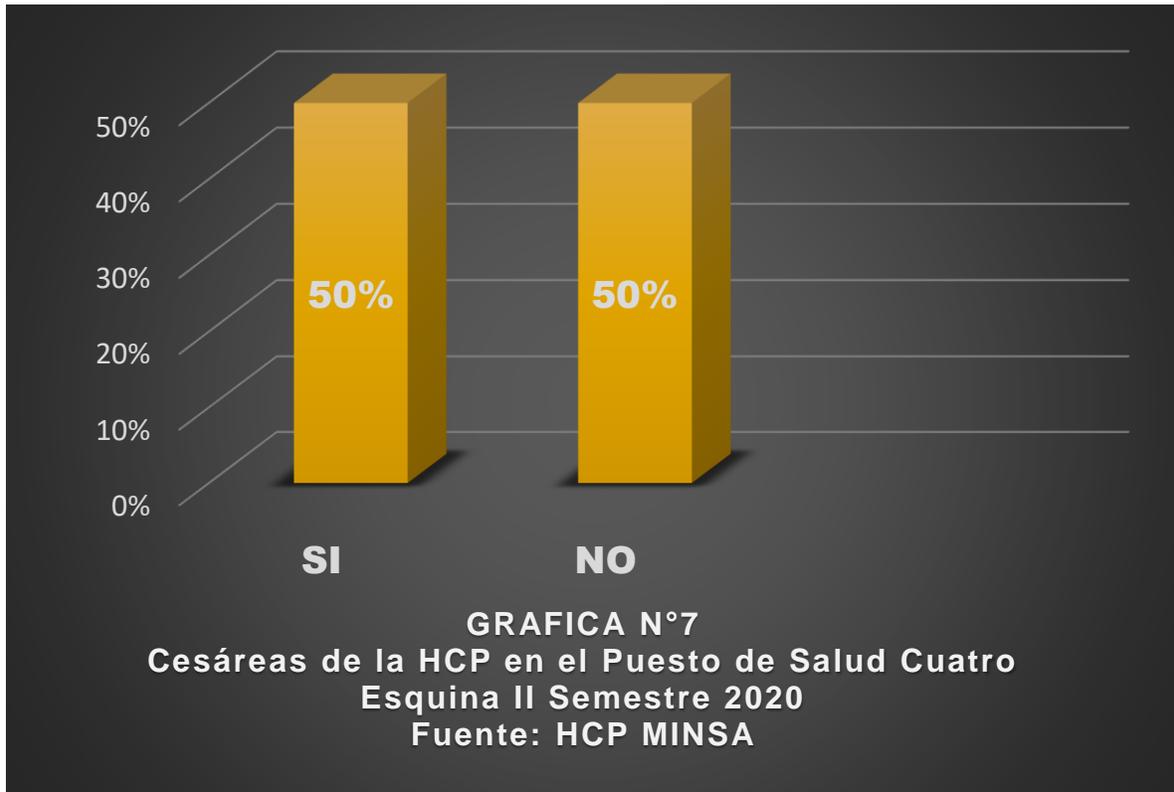
El grafico N°6 refiere que de 16 HCP revisadas, 15 (93.75%) la llenan correctamente, pero 1 (6.25%) no la llenan correctamente.

Según (Pediatrics, 2016) Refiere que “conocer los antecedentes médicos de la familia es una parte importante de un plan de bienestar para toda la vida. Si el medico detecta un patrón de enfermedad en su familia, podría indicar la forma hereditaria de una enfermedad que se transmite de generación en generación”, en el estudio realizado se encuentra un déficit de un 6.25% en el llenado correcto en cuanto al registro en lo que respecta a antecedentes, por consiguiente es importante conocer los antecedentes familiares de la embarazada y así tomar medidas para reducir el riesgo de complicaciones obstétricas, tales como: La Diabetes en el embarazo aumenta el riesgo de macrosomía fetal, distocia de hombros, preeclampsia, parto por cesárea, muerte fetal intrauterina, y, si es una diabetes gestacional mal controlada durante la organogénesis, malformaciones congénitas mayores y aborto espontáneo, al igual la Hipertensión podría causar restricción del crecimiento intrauterino (crecimiento menor o retardado en el bebé), desprendimiento de placenta, menor flujo sanguíneo a la placenta, parto prematuro.

- Personales a los propios de la embarazada. Marcar el circulo No o Si. En el caso de “otros”, especificar. En el caso de la Diabetes se marcará el tipo de Diabetes o si es Gestacional (Tipo I, Tipo II, G). El término cirugía genito-urinaria no incluye a las cesáreas, pero si incluye las OTB.
- Obstétricos
 - Gestas Previas: Se refiere al número de gestaciones previas, sin incluir el embarazo actual. Colocar 00 si el embarazo actual es el primero. El número de Gestas debe coincidir con la sumatoria de los Partos (Vaginales + Cesáreas) más Abortos (los embarazos ectópicos son abortos según clasificación de la CIE-10), excepto en el caso de antecedentes de embarazo múltiple. Marcar el círculo “Si” o “No” según corresponda.
 - Partos/Vaginales–Cesáreas: Se refiere al número de partos. Además, se indagará sobre el peso del recién nacido/a en el último embarazo. Marcar si peso menos de 2500 gr. o fue mayor o igual a 4000 gr. fue

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

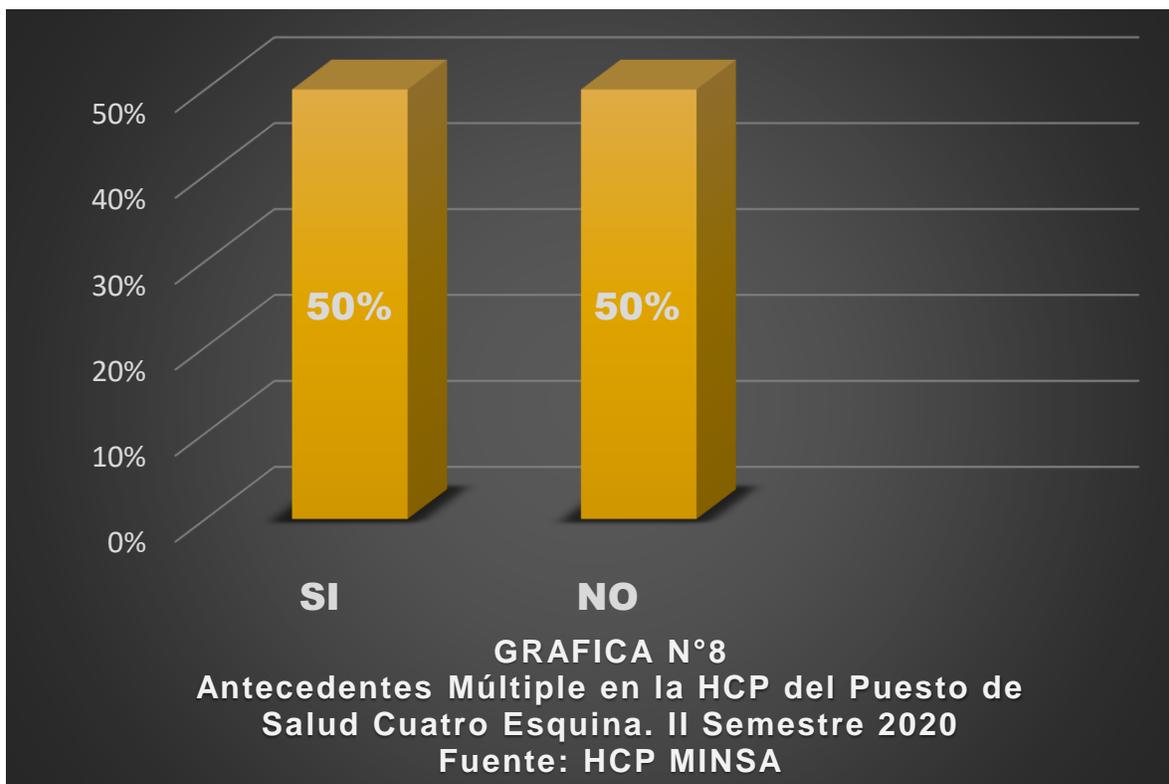
Una **cesárea** es un tipo de intervención quirúrgica que consiste en extraer el feto del vientre de la madre mediante una incisión en la pared abdominal y uterina y evitar el parto. Suele llevarse a cabo cuando ocurren problemas inesperados durante un parto, aunque también puede recurrir a este método de forma programada. (Valero, 2020)



El grafico N°7 refiere que de 16 HCP revisadas, 8 (50%) la llenan correctamente, pero 8 (50%) no la llenan correctamente.

Según (Lorenzo, 2007) “La importancia radica en la necesidad de conocer el intervalo interparto más seguro para decidir la vía vaginal en gestante con antecedentes necesarios, ya que esta vía ofrece ventajas tanto para la madre como para el feto, relacionadas con una menor morbilidad”, por lo tanto del universo estudiado se observó que en un 50% de las HCP revisadas presentaron un déficit del llenado en lo que respecta a la casilla de cesárea, esto es importante para establecer criterios precisos que integren las indicaciones médicas de la operación cesárea en la resolución del embarazo, con el propósito de disminuir la frecuencia de práctica injustificada, eliminando factores de riesgo a la salud perinatal.

Un **embarazo** es considerado **múltiple** cuando en el útero materno se desarrollan en forma simultánea dos o más embriones. Son relativamente poco frecuentes, los embarazos múltiples son considerados de altos riesgo de cuidado especial. (Vealhurl, 2020)



El grafico N°8 refiere que de 16 HCP revisadas, 8 (50%) la llenan correctamente, pero 8 (50%) no la llenan correctamente.

Según (Fuentes, 2020) “El embarazo gemelar conlleva un elevado riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal. El control prenatal tiene una reconocida utilidad en disminuir la morbimortalidad perinatal, prevenir, orientar, reducir los factores de riesgo, percibir problemas de salud y tratarlos a tiempo”, el estudio muestra que un 50% presentan un llenado incorrecto en cuanto a la casilla de antecedentes múltiples, es importante registrarlos, ya que son relativamente poco frecuentes, los embarazos múltiples además son considerados de altos riesgo o de cuidado especial, esto no significa en modo alguno que necesariamente vayan a presentar complicaciones. Significa simplemente que es menos habitual esperar dos o más bebés que esperar uno, y que esto implica una exigencia extra al cuerpo de la futura mamá. El control prenatal especializado mejora los resultados de salud materna e infantil, esto permite que el personal de salud identifique y trate cualquier problema lo antes posible.

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

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

El **Aborto** es la terminación de la gestación durante el período posterior a la implantación del huevo fecundado en la cavidad endometrial y antes de las 22 semanas de edad gestacional, con un peso fetal menor de 500 gramos y una longitud céfalo-caudal ≤ 25 cm. (Normativa 109, Septiembre 2018)



El grafico N°9 refiere que de 16 HCP revisadas, 9 (56.25%) la llenan correctamente, pero 7 (43.75%) no la llenan correctamente.

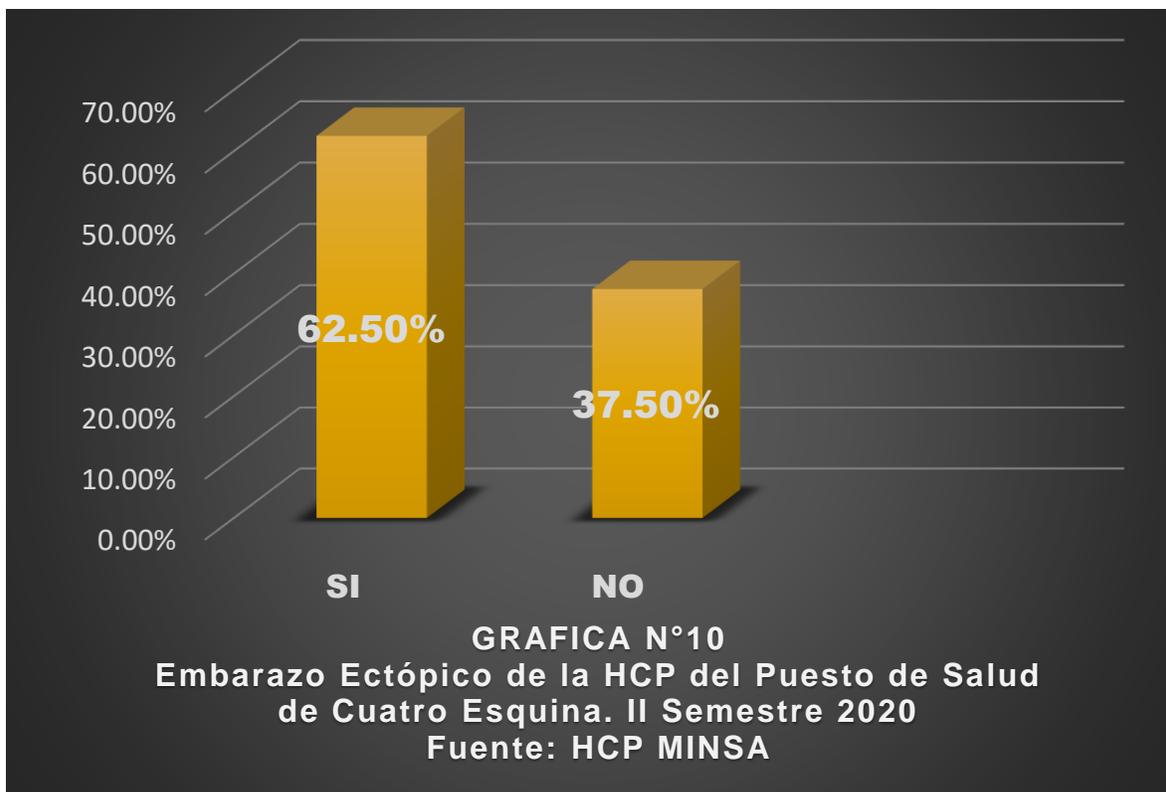
Según (Hirsch, 2008) “El aborto no se puede prevenir porque es el resultado de una mutación cromosómica o de un problema en el feto que ocurre durante la concepción o las primeras fases del desarrollo fetal”. Ciertos factores como la edad, fumar, beber alcohol y antecedentes de abortos naturales aumenta las probabilidades de que una mujer tenga un aborto, del universo estudiado un 43.75% de los casos analizados no llenan correctamente esta casilla, por lo tanto, es importante registrar un aborto anterior para evitar la repetición de esta y eludir complicaciones que pueden poner en riesgo la vida de la mujer, como personal de salud nos permite conocer las situaciones de los embarazos anteriores de la gestante y brindar vigilancias continuas de la madre.

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

La clasificación de un nacimiento como vivo es independiente de que se haya cortado o no el cordón umbilical o que la placenta permanezca unida o no. Si no tiene antecedentes, marcar con 00. (Normativa 011, 2015).

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

El **Embarazo Ectópico** es la implantación del blastocito fuera de la cavidad uterina ya sea por retraso, desviación o imposibilidad de la migración hacia ella o por anticipación de la capacidad de implantación del huevo. En un embarazo normal, el óvulo fecundado se implanta y se desarrolla dentro del útero sin embargo en el embarazo ectópico el óvulo anida en las trompas de Falopio, un ovario, el abdomen o incluso en el cuello del útero. (Normativa 109, Septiembre 2018)



El grafico N°10 refiere que de 16 HCP revisadas, 10 (62.50%) la llenan correctamente, pero 6 (37.50%) no la llenan correctamente.

Según (Montes, 2020) “si una mujer ya tiene antecedentes de embarazo ectópico en el siguiente embarazo hay una mayor predisposición a que este se desarrolle nuevamente”, es por esta razón que como trabajadores de la salud se le debe dar vigilancia continua sabiendo que un embarazo ectópico implica riesgo de muerte, no evoluciona al nacimiento de un bebe vivo ya que al desarrollarse el feto acabara haciendo estallar el órgano que lo contiene, esto provoca hemorragia y pone en peligro la vida de la madre. Como resultado del estudio realizado se encontró un déficit del 37.50% en el llenado correcto en lo que presenta el embarazo ectópico, es importante conocer los antecedentes de una mujer ya que esto implica para el personal de Salud constante monitoreo y así prevenir complicaciones para evitar una muerte materna.

- Nacidos/as Muertos/as: Según la CIE-10 se clasificará un RN como muerto si no evidencia signos de vida luego de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre independientemente de la duración del embarazo.
- Viven: Se refiere al número de hijos/as que están vivos/as al momento de la consulta.
- Muertos/as 1ra semana: Se refiere a los recién nacidos/as que nacieron vivos/as, pero que murieron dentro del período comprendido entre el nacimiento y hasta el séptimo día (6 días, 23 horas, 59 minutos) y se registrará en el rectángulo amarillo correspondiente. Si los antecedentes de estos fuesen negativos, marcar 0.
- Muertos/as después de la 1ra semana: Se refiere a los recién nacidos/as que nacieron vivos pero que murieron después de la primera semana de vida (7 días o más) hasta 11 meses 29 días, lo que se registrará en el rectángulo correspondiente de color amarillo. Si los antecedentes de estos fuesen negativos, marcar 0.
- Fin Embarazo Anterior: Anotar el mes y el año de finalización del embarazo inmediatamente anterior al actual, ya sea que haya terminado en parto/cesárea o aborto (incluye el ectópico). Marcar 00 si se trata de una Primigesta. Marcar con x el círculo amarillo la finalización del embarazo ocurrió antes de 2 años o mayor a 5 años del inicio del embarazo actual.
- Embarazo Planeado: Se refiere al embarazo deseado o que sucede en un momento oportuno cuando se cumplan ambas condiciones se marcará "sí", cuando no se cumpla una de las dos condiciones se marcará "no" (en amarillo).

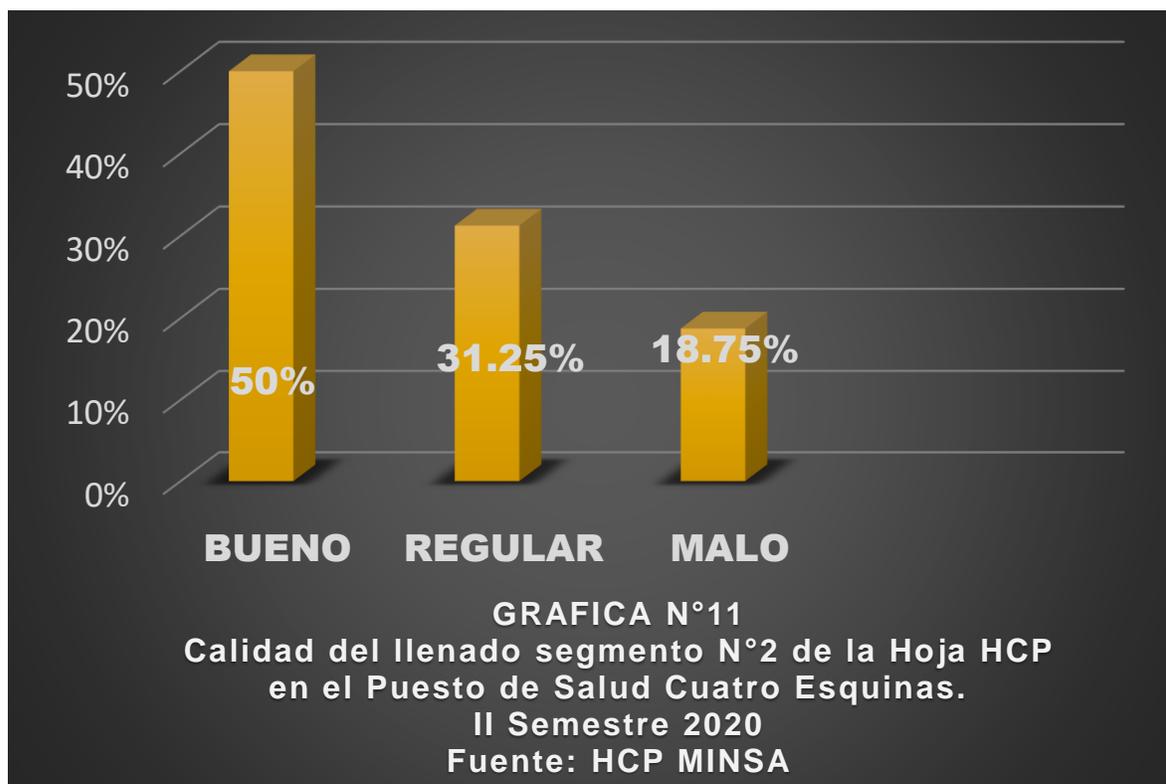
- Fracaso Método Anticonceptivo (Fracaso Método Anticoncepción): cuando el método utilizado no ha funcionado.

Marcar el círculo correspondiente de acuerdo a las respuestas posibles que están clasificadas como:

- No usaba ningún método (no usaba).
- Barrera: condón masculino, condón femenino, diafragma, capuchón cervical.
- Dispositivo intrauterino (DIU).
- Hormonal: oral (píldoras), transdérmico (parche, vaginal), implantes subdérmicos o inyectables.
- Anticoncepción de emergencias (emergencia): Levonorgestrel solo o de estrógenos y progestina combinada.
- Métodos naturales (natural): método de día fijo, método de amenorrea por lactancia, abstinencia periódica, ritmo, Billings, entre otros.

La calidad implica excelencia se puede definir como una estrategia de gestión de la organización, cuyo objetivo principal es satisfacer de una manera equilibrada las necesidades y expectativas de todos sus grupos de interés.

Calidad del llenado segmento N°2



El gráfico N°11 refiere que de 16 HCP revisadas, 8 (50%) la llenan correctamente (Bueno), 5 (31.25%) la llenan regularmente, mientras que 3 (18.75%) son llenadas mal.

Conociendo que calidad de atención en salud implica excelencia técnica, esto es, decisiones adecuadas y oportunidad en la toma de estas, habilidad en el manejo de algunas técnicas y buen juicio para proceder. En otras palabras, hacer lo correcto, correctamente y adecuadas interacciones entre los agentes involucrados en dar y obtener salud, las que deben caracterizarse por fluidez en las comunicaciones, confianza, empatía, honestidad, tacto y sensibilidad, por lo tanto es importante que el personal de salud haga un buen manejo y llenado de la HCP MINSA, el contenido de los registros y anotaciones debe fundamentarse con claridad, legibilidad, orden, objetividad y actitud, si la embarazada tiene antecedentes de alguna patología que puede desarrollarse durante el embarazo, el trabajador de la salud tendría que

mantenerla en constante vigilancia y si este no anotó antecedentes familiares, personales y obstétricos, no sabría clasificar si la paciente es alto o bajo riesgo obstétrico, en el puesto de salud de Cuatro Esquinas aún existe una deficiencia del 50% fallándose en:

1. Diabetes Mellitus.
2. Hipertensión Arterial
3. Antecedentes Múltiples.
4. Embarazo Ectópico.
5. Aborto.

3. Segmento – Gestación Actual

En este segmento se registran todos los datos relacionados con el embarazo actual, que se irán completando en las atenciones o visitas sucesivas. (Normativa 011, 2015)

GESTACION ACTUAL			F.P. FUM.		EG CONFIABLE por		FUMA ACT.			FUMA PAS.			DROGAS ALCOHOL VIOLENCIA			ANTIRUBEOLA		ANTITETANICA		EX. NORMAL				
PESO ANTERIOR	IMC	TALLA (cm)	dia	mes	año	FUM	Eco <20 s.	1 ^{er} trim	2 ^o trim	3 ^{er} trim	no	si	no	si	no	si	previa	no sabe	vigente	no	si	ODONT.	MAMAS	
		1																						
CERVIX Insp. normal visual	GRUPO Rh Inmuniz.	TOXOPLASMOSIS <20sem IgG ≥20sem IgG 1 ^{er} consulta IgM	Hb <20 sem g ⁺	Fe/FOLATOS Indicados Fe Folatos	Hb ≥20 sem g ⁺	VIH - Diag - Tratamiento <20 sem Prueba TARV en emb.	SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento Prueba no treponémica treponémica Tratamiento Tio. de la pareja																	
PAP	yglobulina anti D	GLUCEMIA EN AYUNAS <24 sem ≥24 sem	ESTREPTOCOCO B 35-37 semanas	PREPARACION PARA EL PARTO	CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA																			
COLP	no	BACTERIURIA sem. <20 ≥20																						
CHICKS	PALUDISMO/MALARIA																							

Fuente: (Normativa 011, 2015)

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

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

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

Fuente: (Normativa 011, 2015)

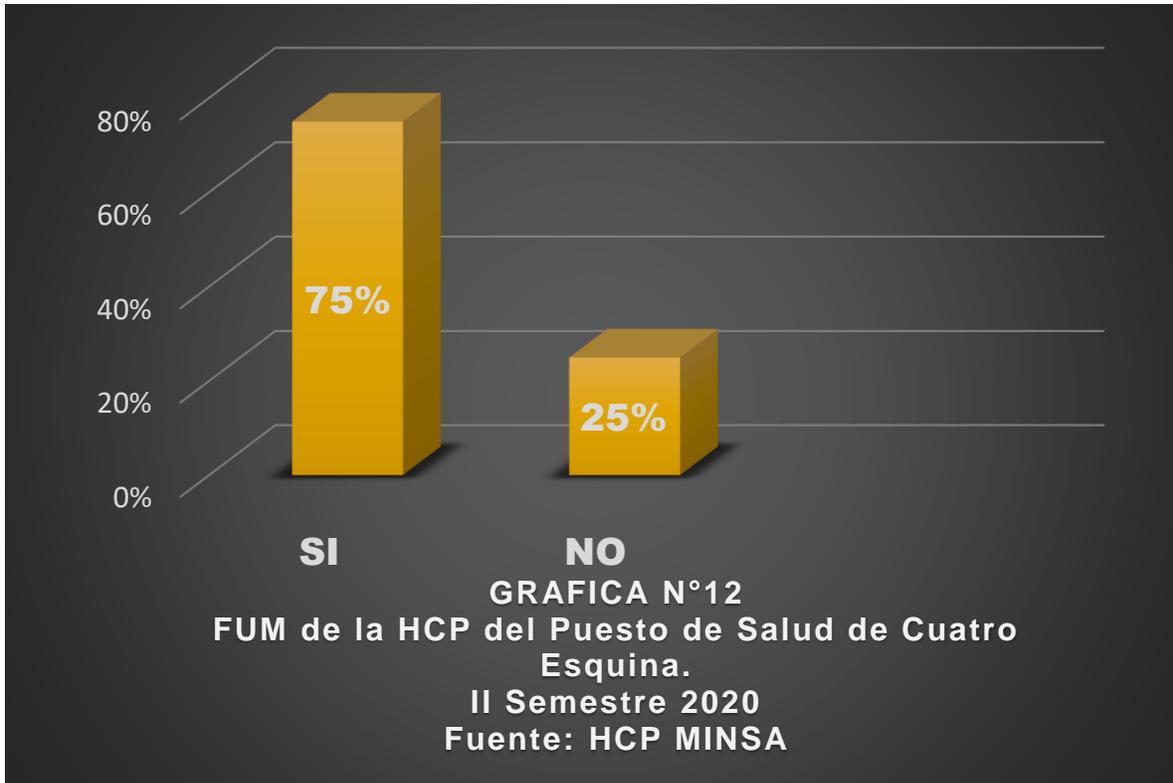
- Talla (cm): Este dato requiere ser medido directamente al momento de la primera visita de control. La técnica de medida consiste en que la gestante se ubique de pie, sin calzado, con los talones juntos, bien erguida, con los hombros hacia atrás, la vista al frente y su espalda en contacto con el Tallímetro.

El dato obtenido se registrará en centímetros. Se medirá en la primera visita de control. (Normativa 011, 2015)

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

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

La **fecha de última menstruación (FUM)** es comúnmente utilizada para calcular la edad gestacional (EG) y la fecha probable de parto. (Nieto, 2017)



El grafico N°12 refiere que de 16 HCP revisadas, 12 (75%) la llenan correctamente, pero 4 (25%) no la llenan correctamente.

Según (García, 2018) “Ante la ausencia de regla o retraso menstrual (amenorrea) la FUR va a ser también el inicio de todo estudio, en especial ante la causa de amenorrea más frecuente en la mujer fértil que es el embarazo”. El estudio muestra que el personal de salud está fallando en un 25% con relación al registro de la FUM, es importante conocer este dato, ya que se calculará el tiempo de embarazo, la fecha probable de parto y las semanas de embarazo relacionadas con este cálculo.

- Fecha Probable de Parto (FPP): Se anotará el día, mes y año en que se cumplirán las 40 semanas de gestación. Para su cálculo, se recomienda usar el Gestograma diseñado por el CLAP o cualquier otro calendario

obstétrico. En caso de no contar con un gestograma, se recomienda utilizar la regla de los 280 días, partiendo de la fecha del primer día de la menstruación se contarán 280 días consecutivos sobre un calendario, el día 280 coincidirá con la FPP. Existen fórmulas matemáticas que facilitan el cálculo de la FPP (Regla de Naegele, Pinard, Wahl, etc.),

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

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

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

El estado de fumadora activa, fumadora pasiva, el consumo de drogas, alcohol y las situaciones de violencia pueden cambiar a lo largo del embarazo, por esa razón la HCP sugiere indagar estos datos al menos una vez cada trimestre preguntando: *Desde su última visita ¿Ha tomado alguna bebida alcohólica?*

- Fumadora activa (Fuma Act.): Se refiere a si la mujer está fumando durante la actual gestación. La situación de fumadora puede cambiar a lo largo del embarazo. Por lo que se sugiere indagar sobre este dato en cada trimestre

y anotar la respuesta según corresponda (NO/SI). En caso de aborto no se interrogará en el 2° y 3er trimestre. En el caso de que la respuesta sea Si, anotar el promedio de cigarrillos consumido por día en el expediente clínico. Drogas: Marcar si con x cuando utiliza alguna sustancia no indicada por el personal de salud, que sea capaz de producir dependencia. Hacer esta pregunta en cada trimestre del embarazo.

- Fumadora pasiva (Fuma Pas): Se refiere a la exposición actual al humo del tabaco debido a que otra persona fuma en el domicilio o en el lugar de trabajo y se anotará la respuesta según corresponda (NO/SI). También se sugiere indagar sobre este dato en cada trimestre y anotar la respuesta según corresponda (NO/SI). En caso de aborto no se interrogará en el 2° y 3er trimestre.
- Drogas: Se refiere al uso actual de drogas que causan dependencia como: marihuana, cocaína, anfetamínicos, alucinógenos, heroína, entre otras. Se anotará la respuesta según corresponda (NO/SI). En caso de aborto no se interrogará en el 2° y 3er trimestre.
- Alcohol: en su contenido, por ejemplo: vino, cerveza, tequila, pisco, whisky, etc. Preguntar: *¿Ha tomado alguna bebida alcohólica en este embarazo?* Anotar en la HCP si la mujer ha ingerido alcohol en este embarazo (NO/SI). En caso de aborto no se interrogará en el 2° y 3er trimestre.
- Violencia: Este término involucra la violencia física, mental, psicológica y sexual que ocurre durante la actual gestación. El agresor puede ser la pareja actual, parejas previas, padres, u otras personas. Obtener esta información puede ser difícil y no existe aún una forma estándar de preguntar acerca de este tema. Se recomienda revisar la normativa actual⁴ para elegir la forma de preguntar y las acciones a seguir si un caso es detectado. Si no cuenta con una forma reglada de interrogar sobre violencia emocional, física, sexual

y psicológica, se recomienda usar el siguiente modelo de interrogatorio en la primera visita prenatal:

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

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

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

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

2. *En el último año ¿Ha sido Ud. golpeada, o lastimada físicamente por alguien? Si la respuesta es positiva, continuar:*

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

3. *En el último año, ¿Ha sido Ud. forzada a tener actividades sexuales? Si la respuesta es positiva, continuar:*

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

4. *En el último año, ¿Se ha sentido preocupada por la seguridad de sus hijos? Si la respuesta es positiva, continuar:*

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

5. *En el último año ¿Ha tenido Ud. miedo de su pareja o de alguna otra persona? Si la respuesta es positiva, continuar:*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Registro No Vigente (Anotar “No” lápiz de grafito y el mes de gestación en que se aplica la vacuna), en los siguientes casos:** (Normativa 011, 2015)
 - Cuando no ha recibido ninguna dosis: se deberá aplicar dos dosis durante el embarazo actual. De la siguiente manera:
 - 1ra dosis en la primera atención prenatal.
 - 2da dosis 4 semanas después de la primera o por lo menos 3 semanas antes de la fecha de parto.

- Cuando exista información poco confiable acerca del número y fechas de administración de dosis previas. Se deberá aplicar dos dosis durante el embarazo actual.
- Cuando recibió 2 dosis y el embarazo actual se inicia después de los 3 años de protección. Cuando recibió 3 dosis y el embarazo actual se inicia después de 5 años de protección. Aplicar únicamente una dosis.
- **Registrar Vigente (Anotar “Si” con tinta azul o negra) en los siguientes casos:** (Normativa 011, 2015)
 - Recibió 2 dosis y el embarazo actual está dentro de los 3 años de protección.
 - Recibió 3 dosis y el embarazo actual está dentro de los 5 años de protección.
 - Recibió 5 dosis

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

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

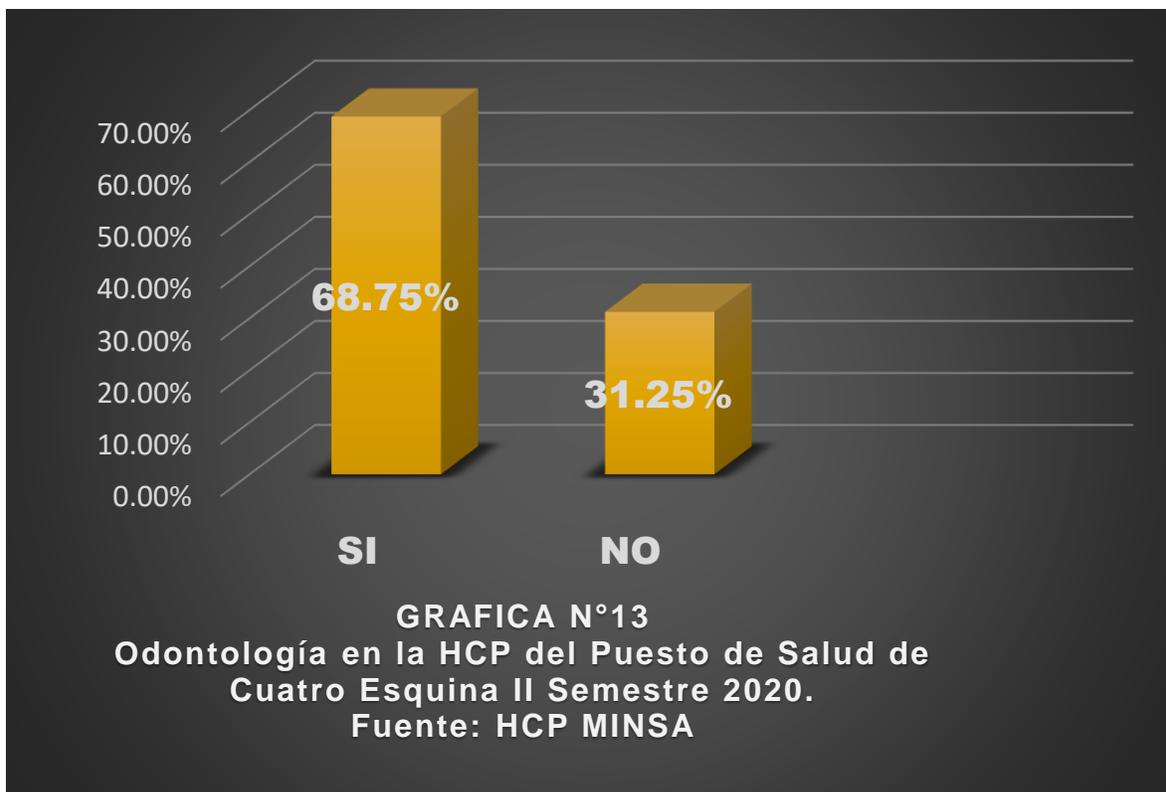
<p>El esquema actualizado es el siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 1ra dosis al contacto (captación). ● 2da dosis un mes después de la primera dosis (4 semanas). ● 3ra dosis 6 meses después de la segunda dosis. ● 4ta dosis un año después de la tercera. ● 5ta dosis un año después de la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

Fuente: (Normativa 011, 2015)

- Examen Normal (Ex. Normal): El control prenatal ofrece la oportunidad de evaluar el estado de salud en general. Por esta razón la HCP incluye variables como el examen odontológico y de mamas que refuerzan este concepto. Aun en aquellas mujeres que consulten para ser asistidas por un aborto se deberán incluir estos exámenes como forma de dar una atención integral a la mujer en cada contacto de ésta con el equipo de salud.
- Examen Odontológico (Odont.): La atención odontológica en el embarazo es una oportunidad para promover la salud oral de la mujer y su familia. La infección periodontal incluye diagnósticos como gingivitis (inflamación de los tejidos blandos alrededor del diente) y periodontitis (destrucción de las estructuras de soporte del diente – hueso, ligamentos, cemento, etc.). La transmisión del *streptococo mutans* de la madre hacia el niño tiene efecto en la incidencia de caries dental en niños pequeños.

Examinar la cavidad oral y registrar si se observan caries o alteraciones en los tejidos blandos alrededor de los dientes. Marcar según corresponda. Si el examen fuera anormal registrar “no” y referir al odontólogo. En caso de ser normal registrar “si”.

Un **examen Odontológico** es una revisión de los dientes y las encías, durante el examen dental, el dentista examinará la cavidad bucal para comprobar que no tenga caries ni enfermedades en las encías. (Mayo Clinic, 2020)



El grafico N°13 refiere que de 16 HCP revisadas, 11 (68.75%) la llenan correctamente, pero 5 (31.25%) no la llenan correctamente.

Según (Sánchez, 2019) “Durante el embarazo es importante la revisión odontológica, cuando la mujer se encuentra en esta condición, sucede que se pierde la inmunoglobulina de la saliva, por lo que dicha saliva se vuelve como agua inocua para nosotros y para las bacterias de la flora bucal, ante esto, las bacterias aumentan en número provocando distintas patologías como pueden ser las caries, gingivitis, lesiones mucosas o simplemente halitosis, el riesgo de un parto prematuro sería el doble que en mujeres con encías sanas”, de acuerdo al estudio realizado se encuentra un 31.25% de deficiencia al registrar exámenes odontológicos, por tal razón la revisión odontológica se convierte en algo necesario tanto para prevenir posibles patologías como la gingivitis como para dar solución a procesos que se encuentran ya en marcha sin afectar negativamente al futuro bebé o a la madre.

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

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

- Cérvix: Se recomienda la realización del examen vaginal con espéculo como parte de la evaluación de la atención prenatal con la finalidad de detectar anormalidades o infecciones cervicales. La selección del momento más adecuado para este examen es una decisión que hará el personal de salud tomando en cuenta la situación individual de cada mujer. El examen con espéculo también integrará el examen de las mujeres en caso de aborto.
- Inspección visual (Insp. visual): Si una anormalidad cervical es observada durante el examen con espéculo, se anotará “anormal” en inspección visual, si el cuello está sano se registrará “normal” y en caso de no haberse efectuado el examen, se registrará “no se hizo”.
- Papanicolaou (PAP): Si se encuentra alguna anormalidad cervical o se duda que la mujer pueda regresar después del parto, considerar tomar un PAP durante la atención prenatal. Se puede tomar como dato actual, el PAP realizado en el último año. La interpretación de

los resultados puede ser difícil cuando el PAP es tomado durante la gestación. Registrar el resultado del PAP según corresponda: “Normal/Anormal” y si el PAP no se realizó, registrar “no se hizo”.

- Colposcopia (COLP): Registrar como “Normal” si la Colposcopia es negativa para lesiones malignas o precursoras de cáncer cervical. De lo contrario marcar “Anormal” o “no se hizo”, según corresponda.
- Grupo: Registrar en la casilla el grupo sanguíneo que corresponda (A, B, AB, O).
 - Rh: Marcar (+) si la mujer es Rh positivo y (-) si es Rh negativo. Se entiende que la mujer esta inmunizada cuando tiene anticuerpos anti D. Si la mujer esta inmunizada (tendrá positivo el test de Coombs indirecto y en ese caso se marcará “Si”, en caso contrario se macara “No”).
 - Gammaglobulina Anti D (Y Globulina anti D): Esta variable está destinada para la aplicación de gammaglobulina anti D durante el embarazo (Todos los gestantes Rh negativas no inmunizadas se aplicará a las 28 semanas de gestación y la siguiente dosis, a las 72 horas postparto). Se marcará “Si”, si siendo Rh negativo no inmunizada recibió gammaglobulina anti D en el embarazo y si no la recibió se marcará “No”. En caso de mujer Rh positivo o Rh negativo inmunizada se deberá registrar “n/c” (no corresponde). En caso de abortos ninguna de estas dos situaciones aplica.
- Toxoplasmosis: La Infección por Toxoplasma Gondii^{5,6} durante el embarazo es relativamente frecuente y puede afectar gravemente el feto. Esta infección deja una inmunidad permanente y no se repite en embarazos siguientes. La medición de la IgG permite detectar pacientes susceptibles al

Toxoplasma Gondii, es decir que tengan títulos positivos de IgG y por lo tanto hayan sufrido una infección antes del embarazo. Debe realizarse el estudio de la IgG específico desde la primera atención prenatal. Y la IgM implica una infección aguda actual por Toxoplasma Gondii y en la que se debe tratar inmediatamente.

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

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

Según los resultados que se obtengan del toxotest (IgG o IgM), se deberá marcar una x el círculo que corresponda. Especificando si el toxotest fue realizado antes de las 20 semanas o después de las 20 semanas de gestación. En caso de aborto y aunque en su servicio se realice serología para toxoplasmosis, no se deberá registrar la variable > 20 semanas. *Ver Anexo No. 3 (cuadro No. 1).*

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

- Fe/Folatos indicados (Fe): Los requerimientos de hierro y ácido fólico aumentan durante el embarazo y que es difícil que una mujer embarazada pueda satisfacer esta mayor demanda sólo con la dieta. El déficit de folatos es la segunda causa de anemia nutricional durante el embarazo y también es responsable de defectos en el cierre del tubo neural.
 - Prueba de Hemoglobina (Hb): La anemia es un problema de salud pública por su alta prevalencia y por las consecuencias que tiene sobre la salud humana, especialmente en el embarazo donde se asocia con aumento del riesgo de mortalidad materna y perinatal (en especial en casos de anemia severa); prematuridad y bajo peso al nacer.

En Nicaragua se considera que una gestante tiene anemia cuando el valor de la hemoglobina es inferior o igual a 11 gr/dl, o el Hematocrito es inferior al 33% y el Recuento eritrocitario está por debajo de 3,000.000 mm³, en cualquier trimestre del embarazo. (Normativa 011, 2015)

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

Marcar el círculo amarillo “no” si no se indicó suplemento de hierro y ácido fólico y marcar el círculo blanco “sí” cuando se lo haya indicado.

En los casos de aborto en mujeres que desean embarazarse en corto plazo, la recomendación del uso de hierro y folatos puede ser considerada como la primera consulta preconcepcional de un futuro embarazo.

- Infección por Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH-Diag-tratamiento): Se anotará en solicitado la consejería brindada por el personal de salud, a fin de que la usuaria tome una decisión informada para aceptar le sea tomada la prueba de VIH, antes de las 20 semanas, siendo la evidencia la hoja de consentimiento informado. También está indicada después de las 20 semanas.

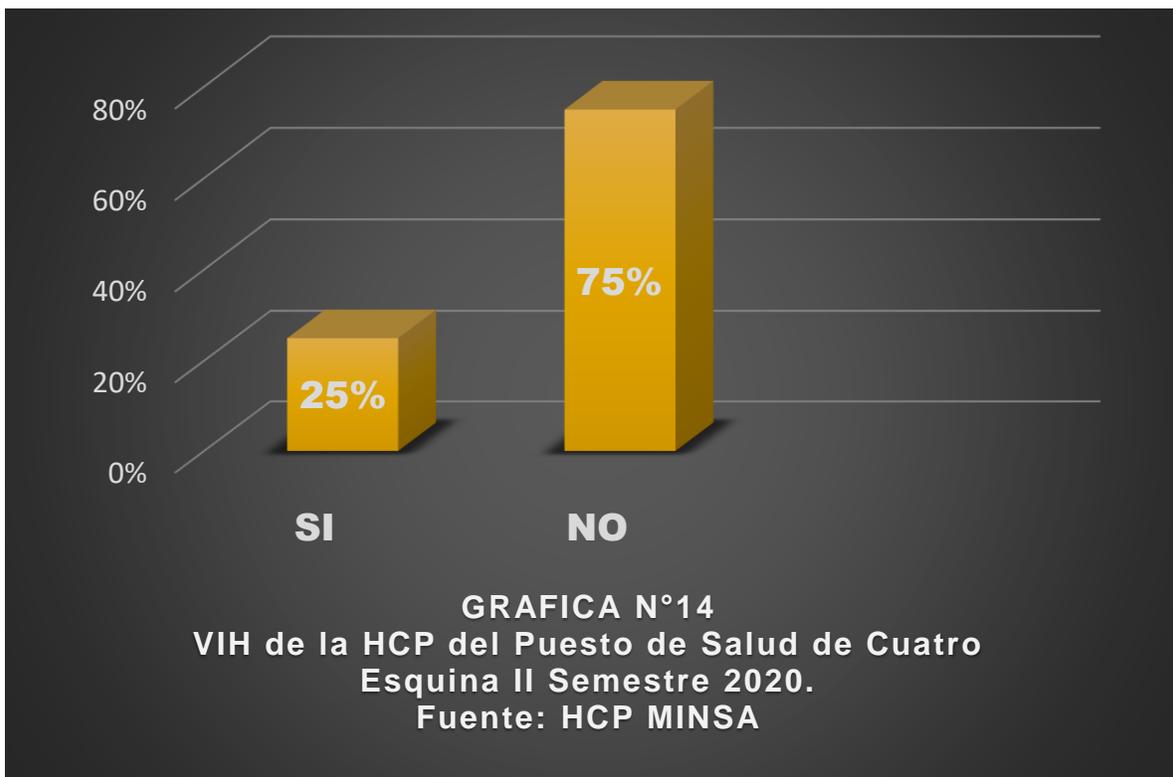
Registrar Test VIH: Solicitado: “no” o “sí”, Resultado: positivo “+” y negativo “-” y no corresponde “n/c” según corresponda. Se marcará el círculo de n/c en los siguientes casos: (Normativa 011, 2015)

- Cuando se trate de una gestante ya diagnosticada.
- Cuando la prueba no haya sido solicitada.

- Cuando se tratase de una gestante que se niega a realizarse la prueba habiendo sido esta solicitada.
- Cuando la paciente sea captada mayor de 20 semanas de gestación.

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

El **Test de VIH** es una prueba que muestra si una persona se ha infectado con el VIH (el virus de inmunodeficiencia humana). El VIH es un virus que ataca y destruye las células del sistema inmunitario. (Pike, 2018)



El grafico N°14 refiere que de 16 HCP revisadas, 4 (25%) la llenan correctamente, pero 12 (75%) no la llenan correctamente.

Según (Paho, 2000) “cuando se realiza la prueba del VIH al comienzo del embarazo, se reduce enormemente las posibilidades de que la madre transmita el

virus al bebé”. El estudio muestra que se incumple en un 75% por parte del personal de salud en el llenado correcto de exámenes de laboratorio como test de VIH, es importante enviar el examen, ya que las mujeres infectadas que no reciben tratamiento durante el embarazo, tienen un 25% (1 de cada 4) de probabilidad de tener bebés infectados con VIH positivo, la infección puede transmitirse durante el embarazo (prenatal) en el momento del parto (intraparto) o posteriormente por la lactancia posnatal.

- TARV: Se debe registrar si la paciente con resultado “+” está recibiendo tratamiento en el embarazo según corresponda (si, no, n/c).

En caso de una mujer que controlaba el embarazo y sufre un aborto sólo anotar si el test fue solicitado/realizado antes de las 20 semanas. Si la mujer ingresa para atención de un aborto y sin control previo se llenará la variable VIH en el formulario complementario de aborto. (Normativa 011, 2015)

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

- Sífilis – Diagnóstico y Tratamiento: La sífilis congénita sigue siendo un problema relevante de salud pública. La estrategia para la eliminación de la sífilis congénita incluye el tamizaje en la primera consulta prenatal, la promoción de una atención prenatal temprano y la disminución del riesgo de reinfección mediante tratamiento a las parejas sexuales y consejería sobre el uso del condón.

Las pruebas de detección utilizadas pueden ser No Treponémicas (VDRL o RPR) o Treponémicas (FTAABS). Se sugiere que las pruebas de detección se realicen en dos oportunidades, una al momento de la captación en la primera atención prenatal (antes de las 20 semanas de gestación) y otra en el tercer trimestre. En caso de prueba No Treponémica se marcará (-) cuando la prueba fue no reactiva, (+) si fue reactiva y (s/d) sin dato. En las pruebas Treponémicas se agrega la opción (n/n) cuando no corresponda (ej.: recuerdo inmunológico de infección previa).

Registrar si recibió tratamiento o no en caso de tener resultado “+” y si la pareja también recibió dicho tratamiento. En ambos casos se deberá especificar si los resultados o el tratamiento fueron antes de las 20 o después de las 20 semanas de gestación.

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

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

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

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

Marcar con x el resultado de la prueba en el círculo asignado, se realizarán en dos momentos (antes de las 20 semanas y después de las 20 semanas). Se deberá realizar una prueba por cada atención prenatal. En caso de aborto no se Anotará el dato de > 20 semanas.

Marcar “Anormal” cuando:

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

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

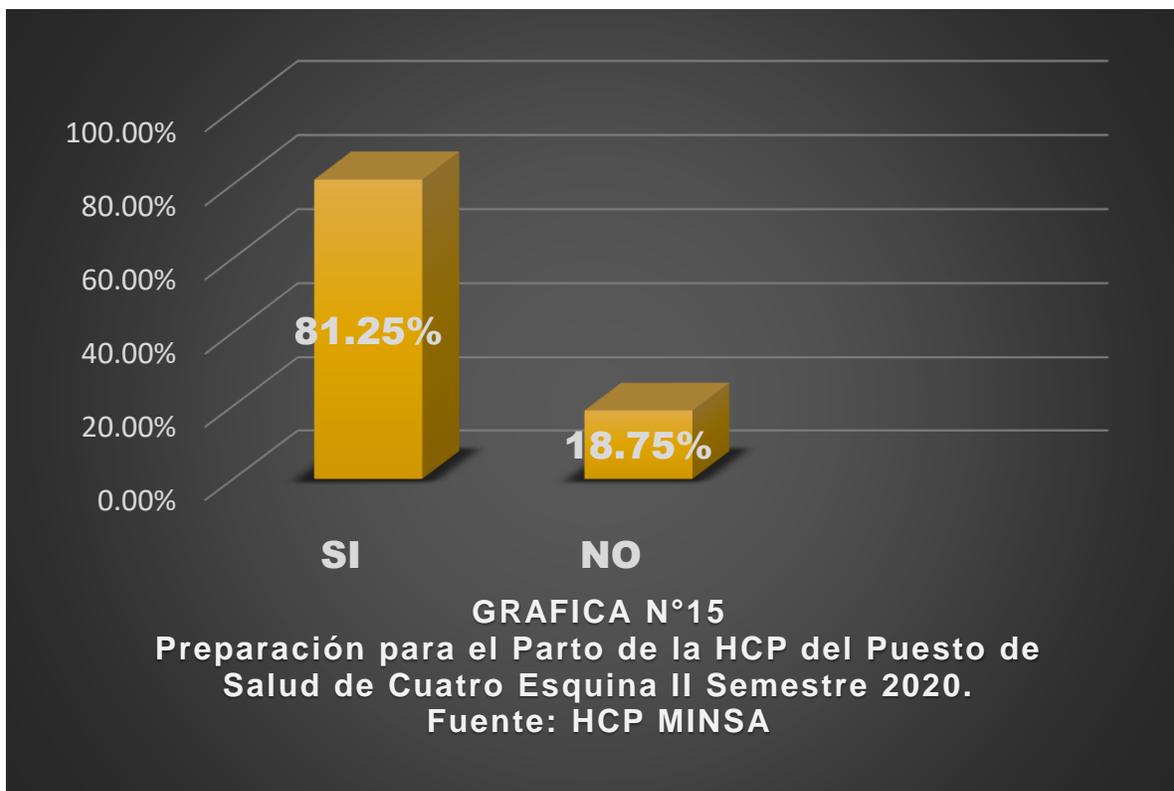
En caso de no realizar urocultivo o la cinta reactiva a lo largo de la atención prenatal, se registrará en el círculo amarillo que “no se hizo”.

Las cintas deberían estar disponibles en todas las unidades de salud. Lo ideal para una buena toma, sería: Aseo de los genitales con agua y jabón, separación de los labios menores, utilización de técnica del chorro medio, procesar la muestra antes de 30 minutos.

- Glucemia en Ayunas: registrar el valor de la glucemia obtenida (en miligramos por decilitro) en el rectángulo correspondiente. Anotar el resultado obtenido de la glucemia obtenida en ayunas en la embarazada en dos momentos (antes de las 24 semanas de gestación y después de las 24 semanas de gestación). Si la glucemia basal es igual o mayor a 92 mg/dL marcar además el círculo amarillo. Orientar a la embarazada que debe acudir a un Establecimiento de Salud sin haber ingerido alimentos. En caso de aborto no se Anotará el dato mayor de 24 semanas.
- Estreptococo B 35-37, semanas: La infección por Estreptococo grupo B es considerada una causa importante de morbilidad y mortalidad neonatal. La estrategia principal para disminuir esta infección en los recién nacidos es la detección durante el embarazo del estreptococo del grupo B (entre las 35 y 37 semanas) a través de la toma mediante hisopado vaginal y rectal. Indicar si fue negativa (-) o positiva (+). Si no se realizó en estas condiciones o no se solicitó marcar “no se hizo”. En caso de atención por aborto no aplica llenar esta variable.
- Preparación para el parto: El término preparación para el parto tiene varios significados e incluye conceptos muy variados, el principal es garantizar el acceso para su atención (plan de parto), además es una oportunidad para informar a la mujer y su familia acerca de los cambios que ocurren en la gestación y aquellos esperados durante el parto y el puerperio; preparar a los padres para enfrentar mejor su nuevo rol; entrenar en psicoprofilaxis (técnicas de relajación y respiración); aumentar la percepción de autocontrol de la mujer, entre otros. Si la gestante ha recibido alguna de estas prestaciones indicar “sí”, en caso contrario registrar “no”. Se marcarán de preferencia en

el último trimestre de gestación. En casos de atención por aborto no llenar esta variable.

La **preparación para el parto** es la educación y disposición de los padres para la experiencia de recibir al bebé, proporciona información detallada para suprimir gran parte de los temores y aprensiones, aumentar la capacidad de enfrentarse al dolor y prepararse para responder a las posibles eventualidades que pudieran surgir. (Guía infantil, 2018)



El gráfico N°15 refiere que de 16 HCP revisadas, 13 (81.25%) la llenan correctamente, pero 3 (18.75%) no la llenan correctamente.

Según (PARCCENTRAL, 2018) “La importancia de prepararse para el parto reside en que las futuras mamás conozcan los aspectos más importantes del proceso del parto normal y del puerperio”. De esta forma, se les instruye para que sean capaces

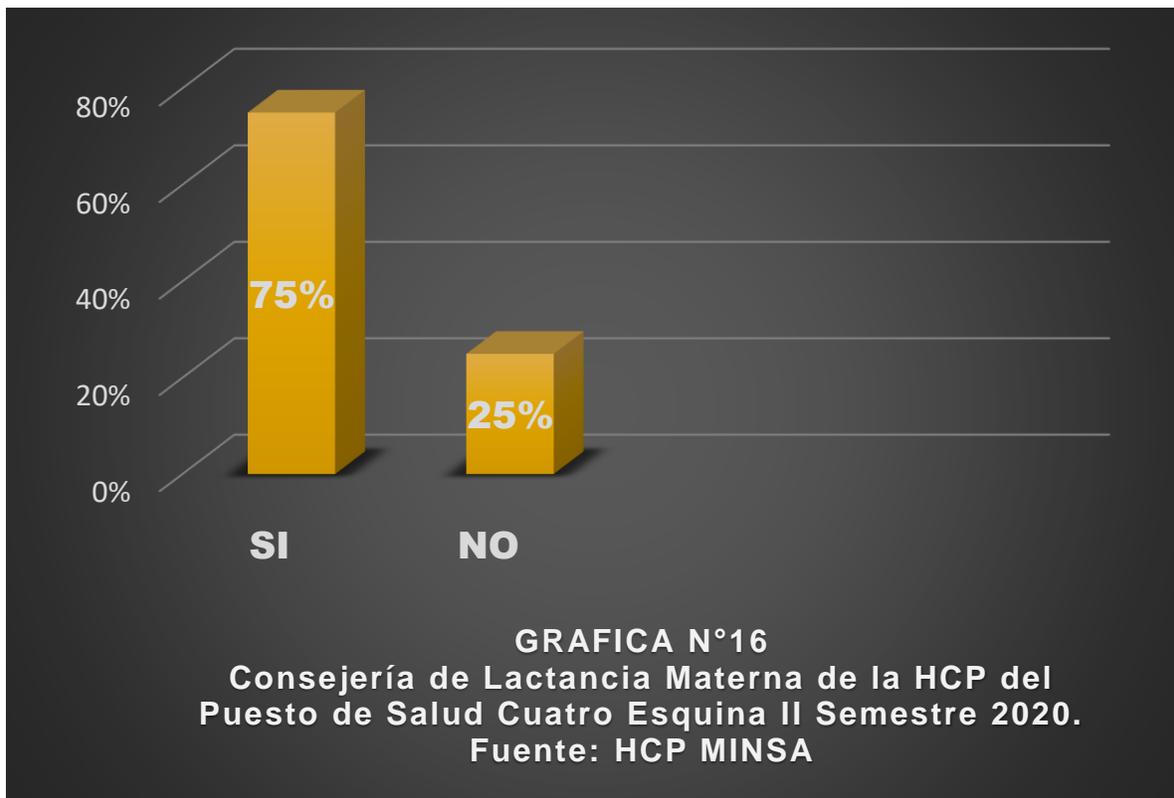
de tomar las decisiones que afecten a su embarazo, parto y crianza de una forma consciente y de acuerdo a como ellas deseen, es decir sin que se dejen influenciar por el entorno, en el estudio realizado se obtuvo un 81.25% en calidad del llenado es bueno en un alto porcentaje, pero no cumple con el estándar de valoración de la Normativa.

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

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

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

La **Consejería de Lactancia Materna** es una iniciativa para promover la práctica de la LME durante los seis primeros meses de vida, la consejería a una madre no es decirle lo que debe hacer, es ayudarla a ella a que decida lo que es mejor para ella. Es escucharla y tratar de entenderla sobre cómo se siente. Es ayudarla a desarrollar la confianza, de modo que ella mantenga el control de su situación. (OPS, 2012)

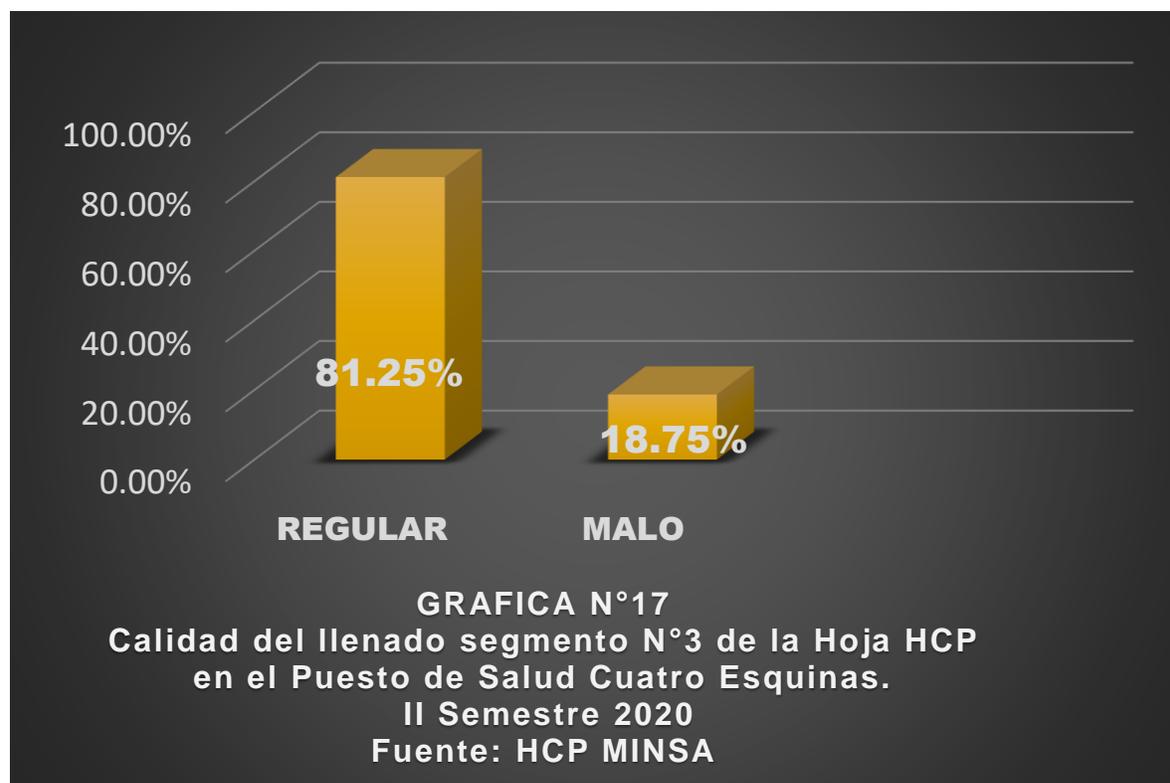


El grafico N°16 refiere que de 16 HCP revisadas, 12 (75%) la llenan correctamente, pero 4 (25%) no la llenan correctamente.

Según (Manzur, Noviembre 2012) “La Lactancia Materna da a los niños el mejor comienzo posible en la vida, es el alimento ideal para el niño durante los 6 primeros meses de vida”. De las muestras estudiadas se observó que un 25% del personal de salud falla en el llenado correcto en cuanto a la casilla de consejería de lactancia materna, por lo tanto la promoción de lactancia materna debe comenzar a edades tempranas, desde la enfermería, se puede actuar en este campo desde varios momentos en la vida de la mujer, en el embarazo se deben entregar los conocimientos necesarios a los padres sobre las ventajas nutricionales, inmunológicas, psicológicas de la leche materna, de esta manera sensibilizarlos ante esta acción.

La buena calidad es una condición que debe tener todo servicio para conseguir mayor rendimiento en su actividad y durabilidad, cumpliendo con normas y reglas necesarias para cumplir con las necesidades del paciente.

Calidad del llenado segmento N°3



El grafico N°17 refiere que de 16 HCP revisadas, 0 (0%) la llenan correctamente (Bueno), 13 (81.25%) la llenan regularmente, mientras que 3 (18.75%) son llenadas mal.

No obstante la calidad en Medicina hace referencia a la excelencia de una disciplina, a la perfección de un proceso, a la obtención de buenos resultados con una determinada técnica o procedimiento, teniendo en cuenta que los datos obtenidos o recopilados por el personal de salud de la atención de un usuario deben registrarse en los formatos diseñados para cada sección del expediente clínico como lo es en la Historia Clínica Perinatal para garantizar mejores resultados, por

ende es importante constatar los datos y resultados de exámenes de laboratorio para una mejor atención de calidad y calidez, si el personal de salud no reporta los resultados obtenidos de laboratorio no se podrá brindar un seguimiento oportuno a la embarazada para evitar complicaciones ya sea antes, durante o después del parto, en el puesto de salud de Cuatro Esquina existe una deficiencia del 81.25%, fallándose en su totalidad un 18.75% en:

1. FUM.
2. Revisión Odontológica.
3. VIH.
4. Preparación para el Parto.
5. Consejería de Lactancia Materna.

Atenciones prenatales

ATENCIÓNES PRENATALES	día	mes	año	edad gest.	peso (kg)	P A	altura uterina	presen tación	FCF (ppm)	movim. fetales	protei nuria	signos de alarma, exámenes, tratamientos	Iniciales personal de salud	próxima cita	

(Normativa 106, Enero 2013)

Atenciones Prenatales: Llenar los espacios correspondientes de forma horizontal por cada atención prenatal, en donde sólo abarca anotar 6 APN; por lo que se recomienda usar otra hoja de HCP, anexarla al Expediente Clínico y foliarlas respectivamente.

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

- Fecha: Anotar el día, mes y año en que se realiza la atención prenatal.
- Edad Gestacional: Las semanas cumplidas desde el primer día de la última menstruación hasta la fecha de la actual consulta.
- Peso: En kilogramos (con un decimal), de la embarazada descalza, con ropa liviana. Grafique de inmediato en el reverso de la HCP y del

Carné Perinatal, el incremento de peso materno con un punto. Una con línea continua los puntos de los valores del peso registrados en las APN realizadas. Identifique y utilice cualquiera de las dos situaciones particulares para esta gestante:

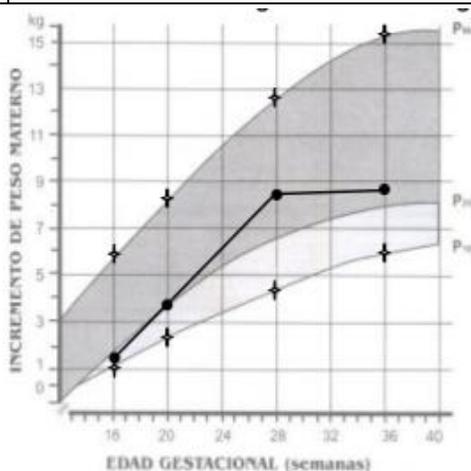
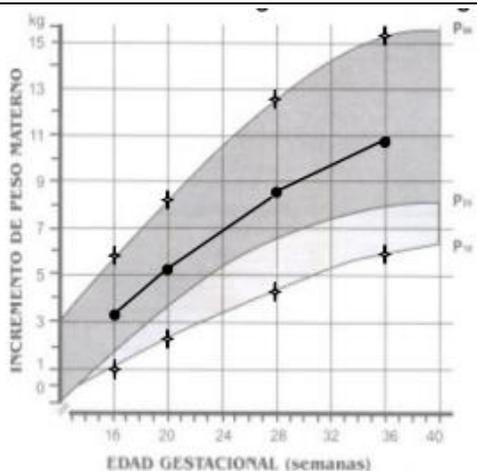
-Si conoce el peso pregestacional o si la embarazada fue captada en las primeras 12 semanas de embarazo, los valores de incremento de peso normal a utilizar están entre los Percentilos 25 y 90 (parte oscura del gráfico). Las mismas curvas nos dicen cuánto es el aumento normal de peso de la embarazada. Por ejemplo, a las 16 SG, el rango de incremento de peso normal es de entre 1.8 y 5.1 Kg, a las 20 SG es de entre 3.2 y 8.2 Kg, a las 28 SG entre 6.2 y 12.9, a las 36 SG entre 8.2 y 15.7 Kg. Analice y tome decisiones diagnósticas, de tratamiento y/o de referencia cuando haya un incremento exagerado de peso, cuando haya disminución del peso o la línea se haga plana.

-No conoce el peso pregestacional o la embarazada fue captada después de 12 semanas de embarazo, los valores de incremento de peso normal están entre los Percentilos 10 y 90 (parte oscura más la parte clara del gráfico). Para saber en dónde graficar, debe utilizar para cada APN la tabla Peso para la talla según la edad gestacional (Talla en centímetros). Por ejemplo, si la gestante mide entre 152-154 cm de talla, a las 16 SG debería pesar entre 47.3 y 61.4 Kg, a las 20 SG entre 51.0 y 62.4 Kg, a las 28 SG entre 54.6 y 65.0 Kg y a las 36 SG entre 56.2 y 66.6 Kg.

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

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

Ejemplo 1: Talla de la gestante: 152-154 cms		Ejemplo 2: Talla de la gestante: 152-154 cms	
Peso para esa talla	Peso	Peso para esa talla	Peso
En esta APN		En esta APN	
16 SG: 47.3 – 61.4 Kg	54.3 Kg	16 SG: 47.3 – 61.4 Kg	48.0 Kg
20 SG: 51.0 – 62.4 Kg	56.7 Kg	20 SG: 51.0 – 62.4 Kg	55.0 Kg
28 SG: 54.6 – 65.0 Kg	59.8 Kg	28 SG: 54.6 – 65.0 Kg	59.8 Kg
36 SG: 56.2 – 66.6 Kg	61.4 Kg	36 SG: 56.2 – 66.6 Kg	59.8 Kg

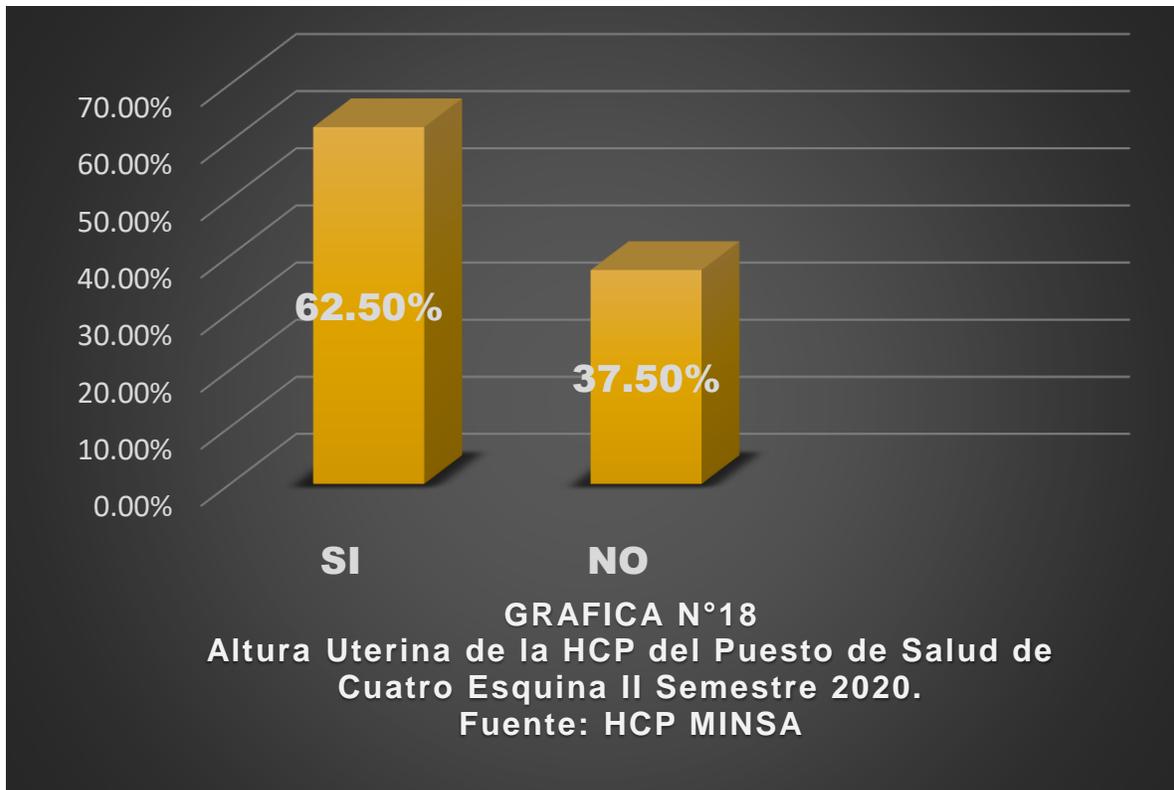


Fuente: (Normativa 011, 2015)

- **Presión Arterial (PA):** La tensión máxima y mínima expresada en mm Hg, valorada con la técnica adecuada, reposo por 20 minutos antes de la toma, en el brazo hábil, con manguito a la altura del corazón.
- **Altura Uterina:** Medir la altura uterina en centímetros desde el borde superior de la sínfisis pubiana al fondo del útero. Utilizar la técnica del pinzamiento entre los dedos índice y medio.

La altura Uterina se define como la distancia en centímetros del hueso púbico a la parte superior del útero. se mide en centímetros con la cinta obstétrica desde el pubis hasta el fondo uterino determinado por palpación. El extremo de la cinta métrica se fija en el borde superior del pubis con los dos dedos de una mano, mientras entre el

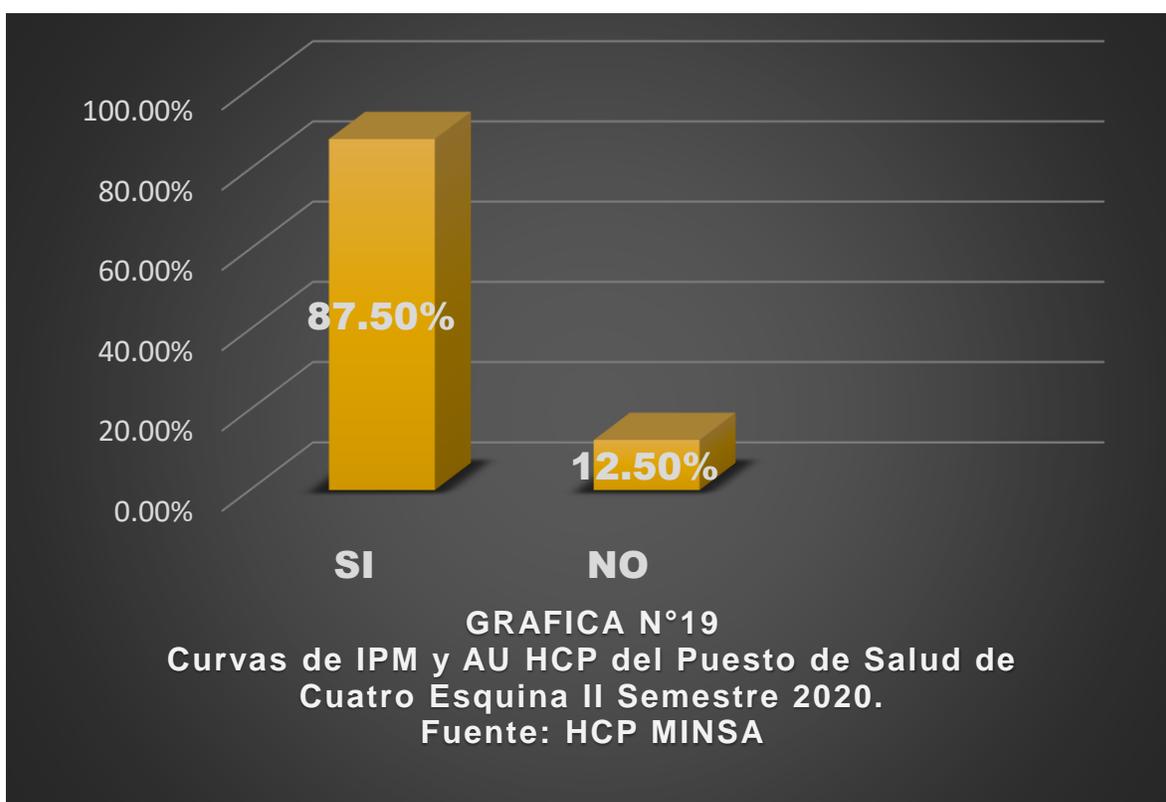
dedo índice y mayor de la otra mano se desliza la cinta hasta que el borde cubital de esa misma mano alcance el fondo uterino. (Mayo Clinic, 2020)



El grafico N°18 refiere que de 16 HCP revisadas, 10 (62.50%) la llenan correctamente, pero 6 (37.50%) no la llenan correctamente.

Según (Ministerio de Salud, Enero 2016) “es importante medir la altura uterina, porque permite al personal de salud confirmar la edad gestacional, evaluar tamaño fetal y la cantidad de líquido amniótico”, en el estudio realizado se encontró que el personal de salud de cuatro Esquinas falla en un 37.50% en lo que respecta al llenado correcto de altura uterina, es importante esta valoración, ya que una medida mayor o menor de lo esperado, podría indicar: restricción del crecimiento intrauterino (crecimiento lento del bebé), un embarazo múltiple, macrosomía fetal (bebé mucho más grande que el promedio), oligohidramnios (muy poco líquido amniótico), polihidramnios (demasiado líquido amniótico).

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

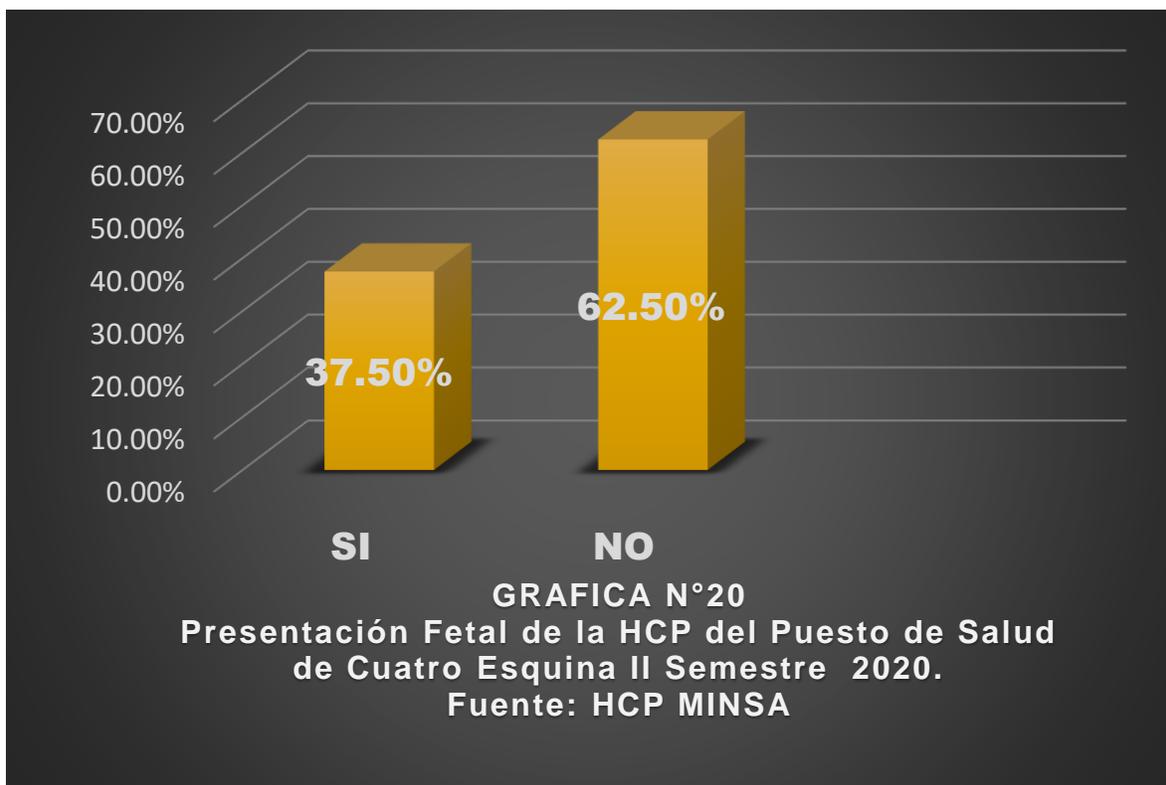


El grafico N°19 refiere que de 16 HCP revisadas, 14 (87.50%) la llenan correctamente, pero 2 (12.50%) no la llenan correctamente.

Según (Sharon J. & Herring, 2010) “la ganancia de peso materno es un indicador importante de los desenlaces del lactante en el momento del nacimiento. Sea confirmado que la ganancia de peso materno se asocia al crecimiento intrauterino y, de este modo, es menos probable que los lactantes nacidos de mujeres que ganan más peso durante el embarazo nazcan con tamaño pequeño para la edad gestacional con bajo peso al nacer”. Según (Mayo Clinic, 15 de septiembre 2020) “Generalmente, La altura uterina se mide para determinar si un bebé es pequeño para su edad gestacional”. Se espera que después de la semana 24 la altura uterina para un bebé que crece normalmente será igual al número de semanas de embarazo, más o menos 2 centímetros. En el estudio realizado se obtuvo un alto valor de 87.50% en la graficación de las curvas de IPM y AU cumpliendo con el estándar de supervisión de la normativa, por tanto la ganancia de peso gestacional muy baja como las muy elevadas se asocian aún mayor riesgo de parto prematuro, mortalidad del lactante y la altura uterina es solamente una herramienta que se utiliza para medir el crecimiento fetal no es una ciencia cierta.

- 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.

La **Presentación Fetal** es aquella porción del feto que es la más anterior dentro del canal del parto o bien la que está más próxima al mismo, y se palpa a través de examen abdominal durante el embarazo (maniobras de Leopold) o a través del cuello uterino durante el tacto vaginal al momento del parto. (González, 2009)



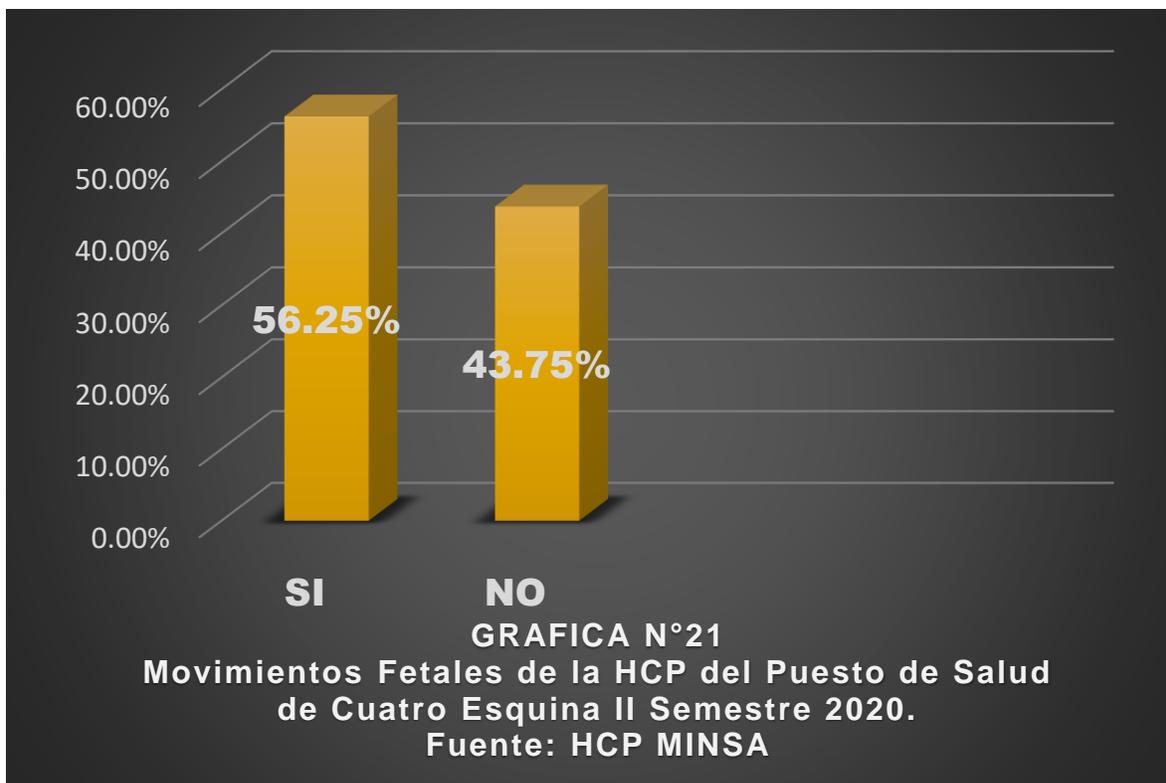
El grafico N°20 refiere que de 16 HCP revisadas, 6 (37.50%) la llenan correctamente, pero 10 (62.50%) no la llenan correctamente.

Según (Montes, 2020) “La presentación fetal permite al trabajador de Salud conocer el posible parto que espera la mujer, ósea si es un parto fácil o puede ser un parto complicado”, es decir, si la presentación es cefálica el parto puede desarrollarse naturalmente pero si la presentación fetal es podálica o pélvica como trabajador de la salud tenemos que prepararnos y preparar a la paciente ya que no se dará un parto natural si no un parto por cesárea, el estudio muestra que se obtuvo un déficit del 62.50% de incumplimiento de la normativa acerca de del llenado de la casilla de la presentación fetal en la HCP, es importante anotar correctamente al momento de la consulta prenatal, sin embargo según el control que llevemos y las semanas de gestación en la que se encuentre la paciente podemos evitar una muerte fetal, considerando que antes de las 30 SG el feto se encuentra trasverso o pélvico debe dársele seguimiento, de acuerdo a que no hay mucho riesgo, este puede rotar a

cefálico, pero si es mayor de las 32 SG indica riesgo ya que es difícil de que él bebe regrese a la posición cefálica siendo este un parto por cesárea, si no se hace esto se condena a la mujer a un sufrimiento en el parto y por ende a un sufrimiento o muerte fetal.

- Frecuencia Cardiaca 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.

Movimientos Fetales se refiere al movimiento del feto ocasionado por su propia actividad muscular. Es uno de los primeros signos de vitalidad fetal, aunque no es detectado por la gestante hasta las 18-22 Sg en Múltiparas suele suceder antes, a partir de las 16-18 Sg (en pacientes obesas puede demorarse hasta las 24 semanas). (IMO, 2017)



El grafico N°21 refiere que de 16 HCP revisadas, 9 (56.25%) la llenan correctamente, pero 7 (43.75%) no la llenan correctamente.

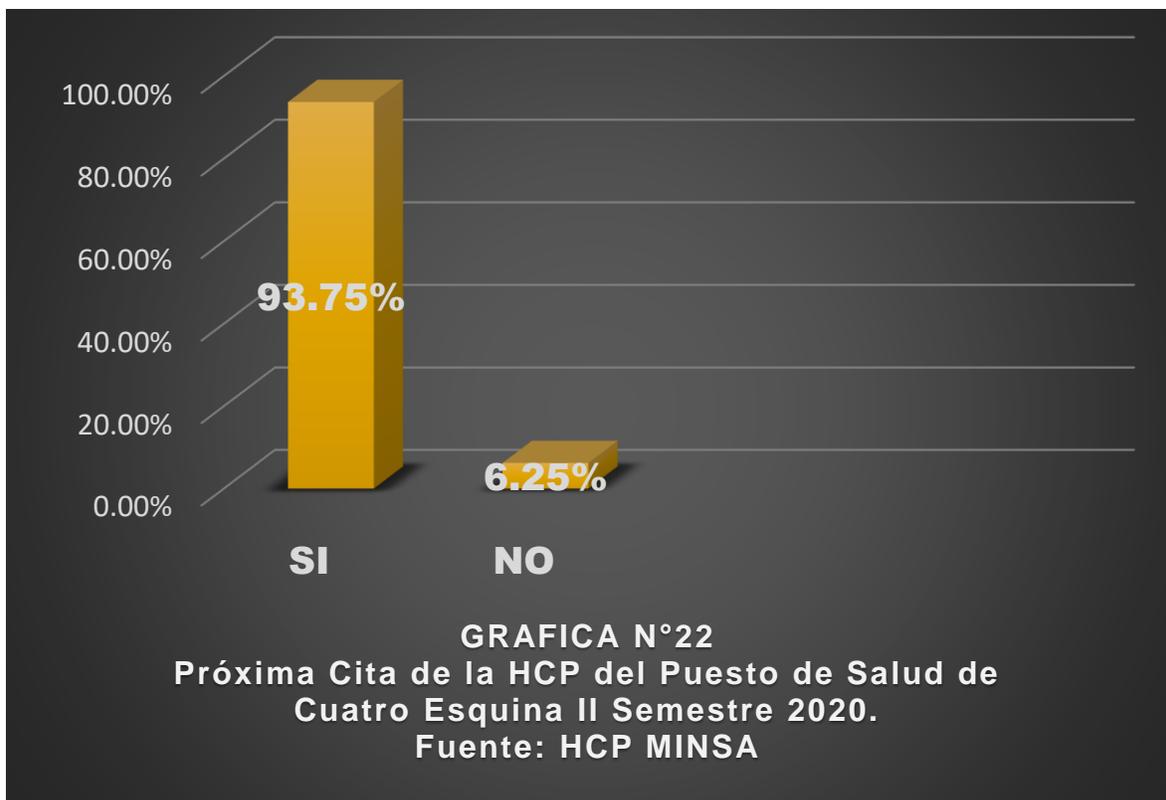
Según (Luque, 2019) “los movimientos fetales son señales del bienestar del feto, son importantes ya que estos sirven para fortalecer su sistema óseo, la ausencia de movimientos puede producir un desarrollo anormal de la articulación. En ausencia de movimiento embrionario, las células que deberían formar el cartílago articular reciben señales moleculares incorrectas”. En el estudio que se realiza se encuentra un déficit de 43.75% al llenar adecuadamente la casilla de movimientos fetales siendo esto de suma importancia ya que tienen un gran valor preventivo debido a que la actividad fetal es siempre signo de buena vitalidad y buena evolución del embarazo.

- **Proteinuria:** Marcar Negativo (-) o Positivo (+), la presencia o no de proteínas en las cintas de uroanálisis efectuado a la embarazada.

- Signos de alarma, exámenes, tratamientos: Describir los hallazgos más relevantes encontrados en la atención prenatal.
- Iniciales del personal de salud: Anotar las iniciales del personal de salud que lo efectúa.
- Fecha de próxima cita: Anotar la fecha de la próxima cita. Explicarle a la embarazada el lugar donde se anota esta fecha en el carné perinatal.

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

Una **Cita** es una reunión que resulta de un acuerdo o compromiso entre dos o más personas acerca del lugar, día y hora para tratar algún asunto. Las citas son otorgadas por el profesional de salud para valoración de los pacientes. (Diccionario, 2006).

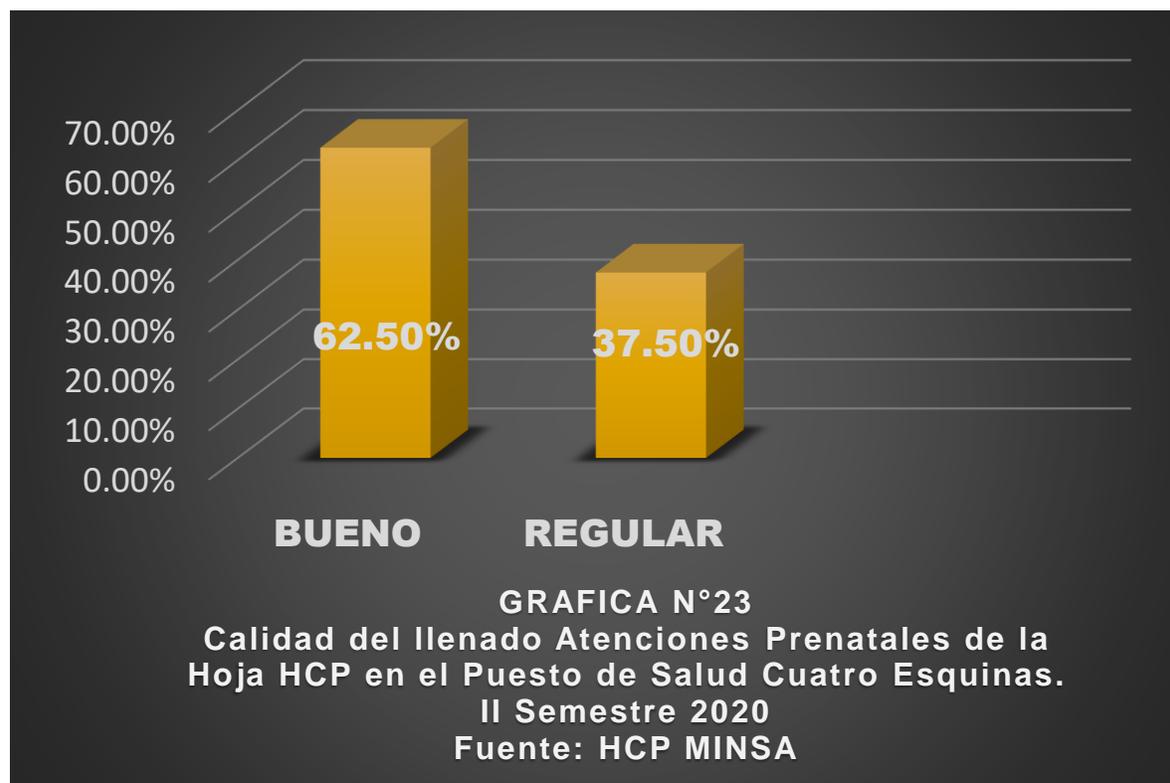


El grafico N°22 refiere que de 16 HCP revisadas, 15 (93.75%) la llenan correctamente, pero 1 (6.25%) no la llenan correctamente.

Según (Cruz, 2006) “se brinda una cita de seguimiento para garantizar la continuidad en la atención de un embarazo normal o de un embarazo de riesgo, se debe realizar valoración al bebé y a la madre para descartar cualquier tipo de riesgo en el embarazo”, si la gestante llegara a presentar complicaciones durante el embarazo las citas se deberán hacer más continuas, en el estudio realizado se encontró un alto porcentaje del 93.75% cumpliendo con el estándar de valoración de la Normativa, es importante citar a la embarazada para una continua valoración al feto y su bienestar personal, cuyo objetivo fundamental es tratar de garantizar un proceso de atención integral, completo y periódico que concluya con el nacimiento de un niño o niña sana y con una madre que no sufra complicaciones.

Calidad es superioridad de algo o alguien. Se refiere al hecho de percibir unos valores subjetivos y objetivos que entrañan que el individuo pueda conseguir un bienestar total en todos los ámbitos sociales, y pueda suplir las necesidades vitales.

Calidad del llenado de Atenciones Prenatales



El grafico N°23 refiere que de 16 HCP revisadas, 10 (62.50%) la llenan correctamente (Bueno), pero 6 (37.50%) la llenan regularmente, mientras que 0 (0%) la llenan mal.

Sabiendo que calidad en atención prenatal debe ser precoz, periódica, continua, completa, de amplia cobertura, con calidad y equidad, es importante tener en cuenta que el incumplimiento de una de las indicaciones conlleva a fallas dentro de la misma, impidiendo la obtención de datos reales que permitan una evaluación más compleja y exacta, si el trabajador de la salud no realiza un control de calidad no podrá proporcionar las mejores condiciones tanto como para el feto como para la madre, si no realiza el conjunto de acciones, procedimientos sistemáticos o

periódicos, no se podrá prevenir, diagnosticar y tratar aquellos factores o condiciones que pueden afectar la salud y el desarrollo materno/fetal, por tal razón a la hora de llenar la HCP se debe tener en cuenta el garantizar un proceso de atención integral y completo, en el puesto de salud de Cuatro Esquina todavía existe una deficiencia del 37.50% fallándose en:

1. Altura Uterina.
2. Curvas IPM y AU.
3. Presentación Fetal.
4. Movimientos fetales.
5. Próxima Cita.

V. Conclusión

Se identifica el llenado de los datos de afiliación de las embarazadas en estudio, en el Puesto de Salud Cuatro Esquina Rio Blanco encontrando deficiencia en el llenado de este, el cual su mayor falla está: En la legibilidad del nombre, localidad, número telefónico y número de cédula de la embarazada.

Al verificar el llenado del segmento de antecedentes patológicos familiares, personales y obstétricos de las embarazadas, se obtuvo una alta deficiencia en la calidad del llenado, incumpliendo con la normativa.

Se consta que en el llenado del segmento de exámenes clínicos y de laboratorio de las pacientes embarazadas se encontró una alta deficiencia incumpliendo con el estándar de valoración de la Normativa.

Se determina que el llenado de los datos de las atenciones prenatales y realización de las curvas de incremento de Peso Materno y Altura Uterina para la edad gestacional es bueno, pero se encuentra por debajo del parámetro otorgado para la valoración de la normativa.

Bibliografía

- Cruz, J. d. (2006). *No cumplimiento a citas de seguimiento en atención prenatal*. Managua - Nicaragua.
- Diccionario. (2006). *Cita Médica*. Reverso Diccionario.
- Fuentes, A. (20 de Mayo de 2020). *embarazos múltiples*. Recuperado el 06 de Octubre de 2020, de www.masabrazos.com.pe:
[https://www.masabrazos.com.pe/mi-embarazo/primer-trimestrwe/por-que-se-producen-los-embarazos multiples.html](https://www.masabrazos.com.pe/mi-embarazo/primer-trimestrwe/por-que-se-producen-los-embarazos-multiples.html)
- Garcia, I. (2018). *Que significa FUR en Ginecología?* Cuba: Todos Papás.
- Gardey, J. P. (16 de Febrero de 2018). *Definicion de: Localidad*. Recuperado el 28 de Septiembre de 2020, de definicion.de: <https://definicion.de/localidad/>
- González, J. M. (2009). *conocimiento y práctica que tiene el personal de enfermería en relación a la Atención Prenatal*. Leon: Facultad de ciencias medicas.
- Guia infantil. (2 de Abril de 2018). *Preparacion para el parto*. Recuperado el 15 de Agosto de 2020, de guiainfantil.com: https://www-guiainfantil-com.cdn.ampproject.org/v/s/www.guiainfantil.com/salud/embarazo/partos/se-remama.htm/amp/?amp_js_v=a6&_gsa=1&usqp=mq331AQFKAGwASA%3D
- Hirsch, L. (2008). *Aborto*. San Diego: The Nemoiurs Foundation/kidsHealth.
- IMO. (2017). *Importancia de los Movimientos Fetales IMO Obstetricia*. Instituto Médico de Obstetricia.
- Julian Perez Porto & Ana Gardey. (2016). *Cédula*. Buenos Aires: [definición.de](http://definicion.de).
- Julián Pérez Porto & Ana Gardey. (08 de 02 de 2009). *Definición de teléfono*. Recuperado el 29 de septiembre de 2020, de Definición.De:
<https://definicion.de/telefono/>
- Lorenzo, T. M. (2007). *Cesarea*. México: BCNatal.
- Luque, A. (2019). Control prenatal - Movimientos Fetales. *Webconsultas Revista de salud y bienestar*.

- Mayo Clinic. (15 de septiembre 2020). *El Embarazo Semana a Semana*. MayoClinic.
- Mayo Clinic. (15 de Septiembre de 2020). *El embarazo semana a semana*. Recuperado el 14 de Octubre de 2020, de MoyoClinic: <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/pregnancy-week-by-week/expert-answers/fundal-height/faq-20057962#:~:text=Generalmente%2C%20la%20altura%20uterina%20se,la%20parte%20superior%20del%20%C3%BAtero>
- Mayo Clinic. (7 de Abril de 2020). *Examen Dental*. Recuperado el 8 de Septiembre de 2020, de MayoClinic.org: <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/dental/exam-for/children/about/pac-20393728#:~:text=Durante%20un%20examen%20dental%2C%20el,la%20boca%20para%20detectar%20anormalidades>
- Melenchón, I. G. (24 de Diciembre de 2011). *La importancia de nuestro de nuestro nombre*. Recuperado el 26 de septiembre de 2020, de lavanguardia.com: <http://www.google.com/amp/s/www.lavanguardia.com/estlos-de-vida/20111223/54242299430/la-importancia-de-nuestro-nombre.html%3ffacet=amp>
- Ministerio de Salud. (Enero 2016). *II Actividades Básicas durante la Atención Prenatal*. Chontales, Zelaya Central: MINSa.
- Montes, D. J. (03 de 10 de 2020). importancia de de conocer rantecedentes de embarazo ectopico. (M. Fernandez, Entrevistador)
- Nieto, F. A. (16 de Febrero de 2017). *FUR en medicina*. Recuperado el 4 de Octubre de 2020, de Silo.tips: <https://silo.tips/download/unuversidad-abierta-interamericana-sede-regional-rosario-facultad-de-medicina-y#:~:text=La%20fecha%20de%20%C3%BAltima%20menstruaci%C3%B3n,c%20calculada%20por%20la%20ecograf%C3%ADa%20obst%C3%A9trica>
- Normativa 011. (2015). *“Normas y Protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo”*. Managua: MINSa.
- Normativa 077. (2018). *Diabetes Mellitus*. Managua: MINSa.
- Normativa 106. (Enero 2013). *Manual para el Llenado de la Historia Clínica*. Managua: MINSa.
- Normativa 109. (Septiembre 2018). *Protocolo para la atención de complicaciones obstétricas*. Managua: MINSa.

Oficina Nacional para la Información. (4 de Junio de 2019). *Localidad*. Recuperado el 29 de Agosto de 2020, de EcuRed: <https://www.ecured.cu/Localidad>

OMS. (Septiembre de 2015). *Que es la tension arterial alta?* Recuperado el 2 de Octubre de 2020, de OMS: <https://www.who.int/features/qa/82/es/#:~:text=La%20hipertenci%C3%B3n%20tambi%C3%A9n%20conocida%20como,todas%20las%20partes%20del%20cuerpo>

OPS. (2012). *Consejería en Lactancia Materna*. Argentina: OMS.

Pediatrics, A. A. (23 de febrero de 2016). *El historial médico de su familia y la genética*. Recuperado el 20 de septiembre de 2020, de healthychildren.org: <https://www.healthychildren.org/Spanish/family-life/health-management/paginas/your-family-health-history-and-genetics.aspx#:~:text=El%20historial%20m%C3%A9dico%20de%20su%20familia%20tiene%20un%20rol%20importante,de%20los%20que%20se%20sopechan>

Pike, R. (11 de Junio de 2018). *Prueba de VIH*. Recuperado el 10 de Octubre de 2020, de MedlinePlus: <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/prueba-de-vih/#:~:text=La%20prueba%20de%20anticuerpos%20y,ant%C3%ADgenos%20pero%20es%20muy%20costosa>

Sánchez, K. (2019). *Embarazo y Salud Oral*. España: Revistas, S.L.U.

Sharon J. & Herring, M. (2010). *Ganancia de peso durante el embarazo: Su importancia para el estado de salud materno-infantil*. Philadelphia.

Uriarte, J. M. (2020). *Telefono*. Guadalajara: Diccionario.

Valero, B. (30 de Septiembre de 2020). *Cesárea*. Recuperado el 12 de Octubre de 2020, de Wikipedia: <https://es.wikipedia.org/wiki/Ces%C3%A1rea>

Vealhurl. (24 de Julio de 2020). *Embarazo Múltiple*. Recuperado el 20 de Septiembre de 2020, de Wikipedia: https://es.m.wikipedia.org/wiki/Embarazo_m%C3%BAltiple

Wikipedia. (septiembre de 26 de 2020). *Documento de identidad*. Recuperado el 8 de octubre de 2020, de es.m.wikipedia.org: https://es.m.wikipedia.org/wiki/Documento_de_identidad

Wikipedia. (14 de Agosto de 2020). *Nombre (derecho)*. Recuperado el 28 de Septiembre de 2020, de Wikipedia:
[https://es.m.wikipedoa.org/wiki/Nombre_\(derecho\)](https://es.m.wikipedoa.org/wiki/Nombre_(derecho))

ANEXO N°1

Carné Prenatal elaborado por las autoridades del MINSA con el objetivo de reducir riesgos o muertes perinatales y facilitar el trabajo a los servidores de la salud.

HISTORIA CLINICA PERINATAL - MINSA NICARAGUA

DATOS DE IDENTIFICACION: NOMBRE Y APELLIDOS, DOMICILIO, LOCALIDAD, TELEF., FECHA DE NACIMIENTO (día, mes, año), EDAD (años), ETNIA (blanca, indígena, mestiza, negra, otra), ALFA BETA (no, si), ESTUDIOS (ninguno, primaria, secundaria, universitaria, años en el mayor nivel), CASADO (casado, unión estable, soltero, otro), Lugar del control prenatal, Lugar del parto/darbo, ESP/DOO (vive solo, no, si), N° Identificación.

ANTECEDENTES: FAMILIARES (diabetes, hipertensión, epilepsia, etc.), PERSONALES (TBC, diabetes, hipertensión, etc.), OBSTETRICOS (gestas previas, abortos, vaginales, nacidos vivos, etc.), ULTIMO PREVIO (NIC <2000g, normal, >4000g, etc.), Antecedentes Múltiples (no, si).

GESTACION ACTUAL: PESO ANTERIOR, IMC, TALLA (cm), EG CONFIABLE por FUM (Eco <20s, no, si), FUM ACT (1º, 2º, 3º trimestre), FUM PAS, DROGAS, ALCOHOL, VIOLENCIA, ANTIRUBEOLA (empleado, no, si), ANTITETANICA (vigente, no, si), EX. NORMAL (OOONT, MAMAS).

LABORATORIOS: CERVIK (Insp. visual, PAP, COLP.), GRUPO (Rh, Inmuniz.), TOXOPLASMOSIS (<20sem IgG, ≥20sem IgG, 1ª consulta IgM), Hb (<20 sem, ≥20 sem), FERRITINAS (Hb <20 sem, Hb ≥20 sem), VIH - Diag - Tratamiento (<20 sem, ≥20 sem), SIFILIS - Diagnostico y Tratamiento (Prueba, Tratamiento), BACTERIURIA (sem, normal, no se hizo), ESTREPTOCOCCO B (<11.0 pist, ≥11.0 pist), PREPARACION PARA EL PARTO (no, si), CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA (no, si), SIFILIS - Diagnostico y Tratamiento (Prueba, Tratamiento).

ATENCIONES PREVIAS: Tabla con columnas para registrar visitas, edad gest, peso (kg), PA, altura uterina, greson fecion, FCF (lpm), movim. fetales, proct. nune, signos de alarma, exámenes, tratamientos, Iniciales personal de salud, proxima cita.

PARTO / ABORTO: FECHA DE INGRESO, CONSULTAS PRE-NATALES (total, días), Lugar del Parto (Institucional, Domiciliar, Otro), Hospitaliz. en Embarazo (no, si), Corticoides Antenatales (completo, Incompleto, ninguno, nic), Inicio Embarazo (esperado, inducido, cesar. elect.), RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA (no, si), Edad Gest. el parto (<37 sem, ≥37 sem), EDAD GEST. el parto (semanas, días), Intubación (no, si), Tratamiento (no, si), Acompañante (padre, familiar, otro, ninguno).

TRABAJO DE PARTO: hora, min, posición de la cabeza, PA, pulso, contr./10', dilatación, altura present, varicela posic., meconio, FCF/algo, HTA previa, HTA inducida, preeclampsia, edematoso, cardiopatía, nefropatía, diabetes, infec. ovular, infec. urinaria, amenaza parto preter., R.C.I.U., rotura prem. de membranas, anemia, cte cond. grave, HEMORRAGIA (1º, 2º, 3º, postparto), infec. puerperal, TOP (Prueba, sí/no, si/nic, si/nic), VIH (no, si).

NACIMIENTO: VIVO, MUERTO (ante parto, parto, ignora momento), MULTIPLE (no, si), TERMINACION (espero, fórceps, cesárea, vacuum), INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO (otro, código).

RECIEEN NACIDO: SEXO, PESO AL NACER, P. CEFALICO (cm), ESTADO GESTACIONAL (SEM, DIA), PESO E.G. (adec., pct., gde.), CUIDADOS AL RECIEEN NACIDO (vitamina K, Profilaxia ocular, Apego precoz), APGAR (1º, 2º), REANIMACION (estimulacion, respiracion, meconio, sangrado, meconio, tubo), FALLECE en lugar de parto (no, si), ATENCION medico (medico, obst., enf., auxil., estad., empin., otro), Nombre, PARTO (NEONATO), PUERPERIO INMEDIATO (día, hora, TPC, PA, pulso, invol. uter., loquios), REFERIDO (día, hora, com., tope, hora, Meconio 1º día), ANTIRUBEOLA post parto (no, si), Yglobulina anti D (no, si, nic), ANTICONCEPCION (Método elegido: DIU post-coital, DIU, natural, DIU, otros, hormonal, ninguno).

EGRESO: EGRESO MATERNO (vivo, fallece durante o en lugar de traslado), EGRESO ALTA (lact. excl., lact. parcial, artificial), BCG (no, si), PESO AL EGRESO (g), EGRESO (día, mes, año), lugar, fallece durante o en lugar de traslado, días completos desde el parto, Método elegido (DIU post-coital, DIU, natural, DIU, otros, hormonal, ninguno).

DEFECTOS CONGENITOS: Sí/no, menor, mayor, código.

ENFERMEDADES: Sí/no, código.

VIH en RN: Expuesto (no, si), Tto. (no, si), VIH (no, si).

TAMIZAJE NEONATAL: VDRL (no, si), TSH (no, si), Hipertea (no, si), Bilirub. (no, si), IgM (no, si).

EGRESO: Nombre Recien Nacido, Responsable.

ANEXO N°2

TABLA 1 N°=16						
DATOS PERSONALES	SI	%	NO	%	TOTAL N°	TOTAL%
NOMBRE	15	93.75%	1	6.25%	16	100%
DOMICILIO	16	100%	0	0%	16	100%
LOCALIDAD	13	81.25%	3	18.75%	16	100%
TELEFONO	14	87.5%	2	12.5%	16	100%
FECHA DE NACIMIENTO	16	100%	0	0%	16	100%
EDAD	16	100%	0	0%	16	100%
ETNIA	16	100%	0	0%	16	100%
ESTUDIOS	15	93.75%	1	6.25%	16	100%
ESTADO CIVIL	16	100%	0	0%	16	100%
LUGAR DE APN	16	100%	0	0%	16	100%
CEDULA	0	0%	16	100%	16	100%

Calidad del llenado segmento N°1

Datos de Filiación	N° 16	%
BUENO (11-15)	11	68.75 %
REGULAR (6-10)	5	31.25 %
MALO (1-5)		
TOTAL	16	100%

TABLA 2 N°=16						
ANTECEDENTES FAMILIARES	SI	%	NO	%	TOTAL N°	TOTAL%
TUBERCULOSIS	16	100%	0	0%	16	100%
DIABETES MELLITUS	15	93.75%	1	6.25%	16	100%
HIPERTENCIÓN	15	93.75%	1	6.25%	16	100%
PREECLAMCIA	16	100%	0	0%	16	100%
ECLAMCIA	16	100%	0	0%	16	100%
OTRO	16	100%	0	0%	16	100%

Calidad del llenado segmento N°2

Antecedentes Familiares, Personales y Obstétricos	N° 16	%
BUENO (13-18)	8	50 %
REGULAR (7-12)	5	31.25 %
MALO (1-6)	3	18.75 %
TOTAL	16	100%

TABLA 3 N°=16

ANTECEDENTES PERSONALES	SI	%	NO	%	TOTAL N°	TOTAL%
TUBERCULOSIS	16	100%	0	0%	16	100%
DIABETES MELLITUS	16	100%	0	0%	16	100%
HIPERTENSIÓN	16	100%	0	0%	16	100%
PREECLAMCIA	16	100%	0	0%	16	100%
ECLAMCIA	16	100%	0	0%	16	100%
CIRUGIA GENITO-URINARIA	16	100%	0	0%	16	100%
INFERTILIDAD	16	100%	0	0%	16	100%
CARDIOPATIA	16	100%	0	0%	16	100%
NEFROPATIA	16	100%	0	0%	16	100%
VIOLENCIA	16	100%	0	0%	16	100%
VIH +	16	100%	0	0%	16	100%
OTROS	16	100%	0	0%	16	100%

TABLA 4 N°=16						
ANTECEDENTES OBSTETRICOS	SI	%	NO	%	TOTAL N°	TOTAL%
GESTA PREVIA	13	81.25%	3	18.75%	16	100%
ABORTO	9	56.25%	7	43.75%	16	100%
VAGINALES	11	68.75%	5	31.25%	16	100%
NACIDOS VIVOS	12	75%	4	25%	16	100%
VIVEN	13	81.25%	3	18.75%	16	100%
MUERTOS EN LA 1RA SEMANA	8	50%	8	50%	16	100%
MUERTOS DESPUES DE LA 1RA SEMANA	8	50%	8	50%	16	100%
NACIDOS MUERTOS	8	50%	8	50%	16	100%
CESAREA	8	50%	8	50%	16	100%
PARTOS	12	75%	4	25%	16	100%
EMBARAZO ECTOPICO	10	62.5%	6	37.5%	16	100%
ULTIMO PREVIO	11	68.75%	5	31.25%	16	100%
ANTECEDENTE MULTIPLE	8	50%	8	50%	16	100%
FIN DE EMBARAZO ANTERIOR	10	62.5%	6	37.5%	16	100%
EMBARAZO PLANEADO	14	87.5%	2	12.5%	16	100%
FRACASO METODO ANTICONCEPTIVO	14	87.5%	2	12.5%	16	100%

TABLA 5 N°=16

GESTACION ACTUAL + EXAMENES DE LAB	SI	%	NO	%	TOTAL N°	TOTAL%
PESO ANTERIOR	13	81.25%	3	18.75%	16	100%
IMC	12	75%	4	25%	16	100%
TALLA	15	93.75%	1	6.25%	16	100%
FUM	12	75%	4	25%	16	100%
FPP	16	100%	0	0%	16	100%
EGO CONFIABLE	16	100%	0	0%	16	100%
FUMA ACTIVO	14	87.5%	2	12.5%	16	100%
FUMA PASIVO	14	87.5%	2	12.5%	16	100%
DROGAS	14	87.5%	2	12.5%	16	100%
ALCOHOL	14	87.5%	2	12.5%	16	100%
VIOLENCIA	14	87.5%	2	12.5%	16	100%
ANTIRUBIOLA	14	87.5%	2	12.5%	16	100%
ANTITETANICA	7	43.75%	9	56.25%	16	100%
ODONTOLOGIA	11	68.75%	5	31.25%	16	100%
MAMAS	10	62.5%	6	37.5%	16	100%
PAP	11	68.75%	5	31.25%	16	100%
GRUPO	3	18.75%	13	81.25%	16	100%
RH (+)(-)	3	18.75%	13	81.25%	16	100%
TOXOPLASMOSIS	4	25%	12	75%	16	100%
HEMOGLOBINA	2	12.5%	14	87.5%	16	100%
FOLATOS INDICADOS	13	81.25%	3	18.75%	16	100%
VIH	4	25%	12	75%	16	100%
SIFILIS, DX + TRATAMIENTO	0	0%	16	100%	16	100%
CHAGAS	4	25%	12	75%	16	100%
PALUDISMO-MALARIA	2	12.5%	14	87.5%	16	100%
BACTERIURIA	4	25%	12	75%	16	100%
GLICEMIA EN AYUNAS	4	25%	12	75%	16	100%
ESTREPTOCOCOS	16	100%	0	0%	16	100%
PREPARACION PARA EL PARTO	13	81.25%	3	18.75%	16	100%
CONSEJERIA DE LM	12	75%	4	25%	16	100%

Calidad del llenado segmento N°3

Gestación Actual – Examen de Laboratorio	N° 16	%
BUENO (25 - 36)	0	0 %
REGULAR (13 - 24)	13	81.25 %
MALO (1 - 12)	3	18.75 %
TOTAL	16	100%

TABLA 6 N°=16						
ATENCION PRENATAL	SI	%	NO	%	TOTAL N°	TOTAL%
DIA	16	100%	0	0%	16	100%
MES	16	100%	0	0%	16	100%
AÑO	16	100%	0	0%	16	100%
EDAD GESTACIONAL	16	100%	0	0%	16	100%
PESO (KG)	16	100%	0	0%	16	100%
P/A	16	100%	0	0%	16	100%
ALTURA UTERINA	10	62.5%	6	37.5%	16	100%
PRESENTACION	6	37.5%	10	62.5%	16	100%
FCF (lpm)	8	50%	8	50%	16	100%
MOVIMIENTOS FETALES	9	56.25%	7	43.75%	16	100%
PROTEINURIA	15	93.75%	1	6.25%	16	100%
SIGNO DE ALARMA, EXAMENES, TRATAMIENTO	15	93.75%	1	6.25%	16	100%
INICIALES PERSONAL DE SALUD	16	100%	0	0%	16	100%
PROXIMA CITA	15	93.75%	1	6.25%	16	100%

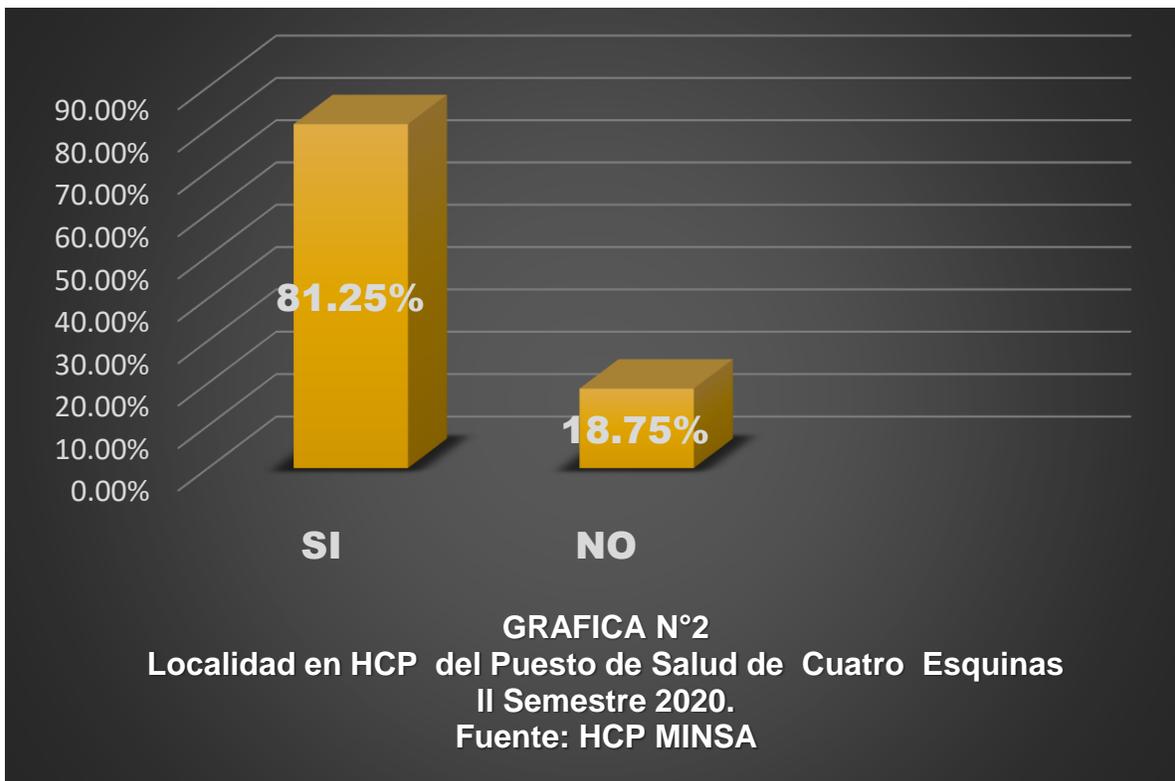
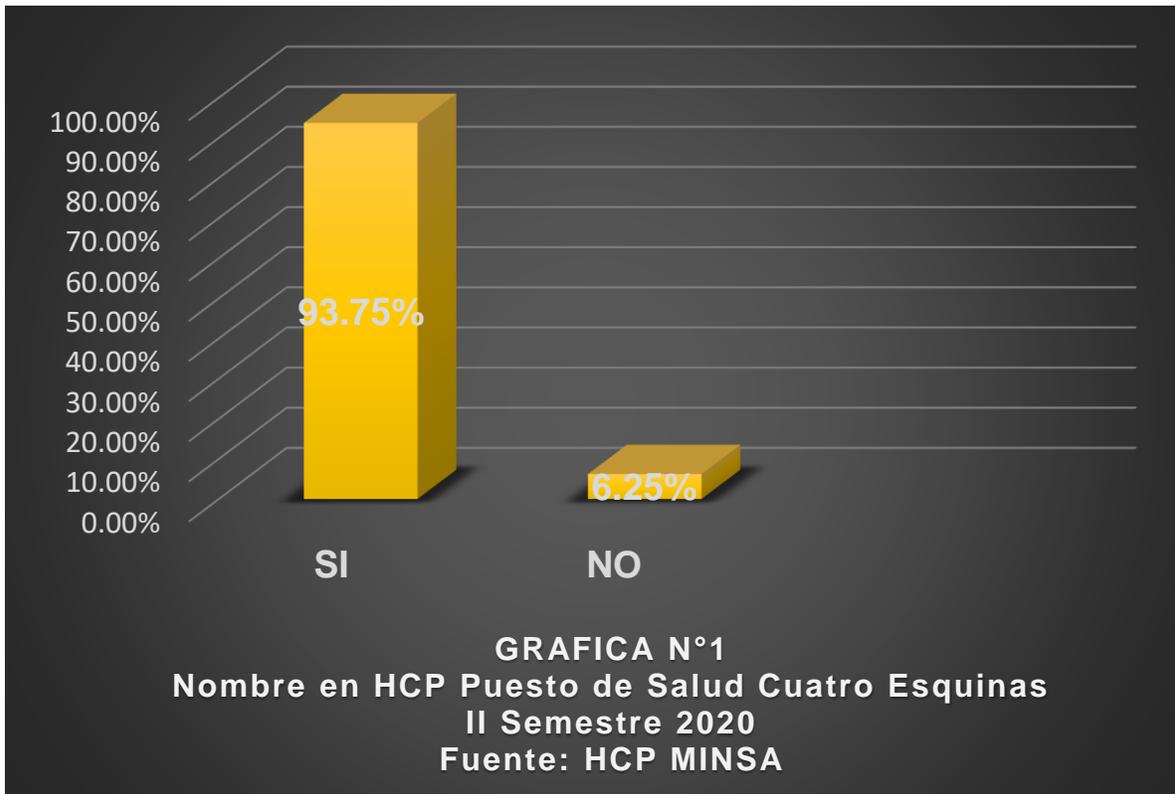
Calidad del llenado de Atenciones Prenatales

Atenciones Prenatales	N° 16	%
BUENO (9 - 12)	10	62.50 %
REGULAR (5 - 8)	6	37.50 %
MALO (1 - 4)	0	0 %
TOTAL	16	100%

Calidad de la realización de las curvas de Ganancia de Peso Materno y Altura Uterina.

TABLA 7		N°=16				
Curvas	SI	%	NO	%	TOTAL N°	TOTAL%
Grafica Altura Uterina	14	87.5%	2	12.5%	16	100%
Grafica de IPM	14	87.5%	2	12.5%	16	100%

Anexo 3



90.00%
80.00%
70.00%
60.00%
50.00%
40.00%
30.00%
20.00%
10.00%
0.00%

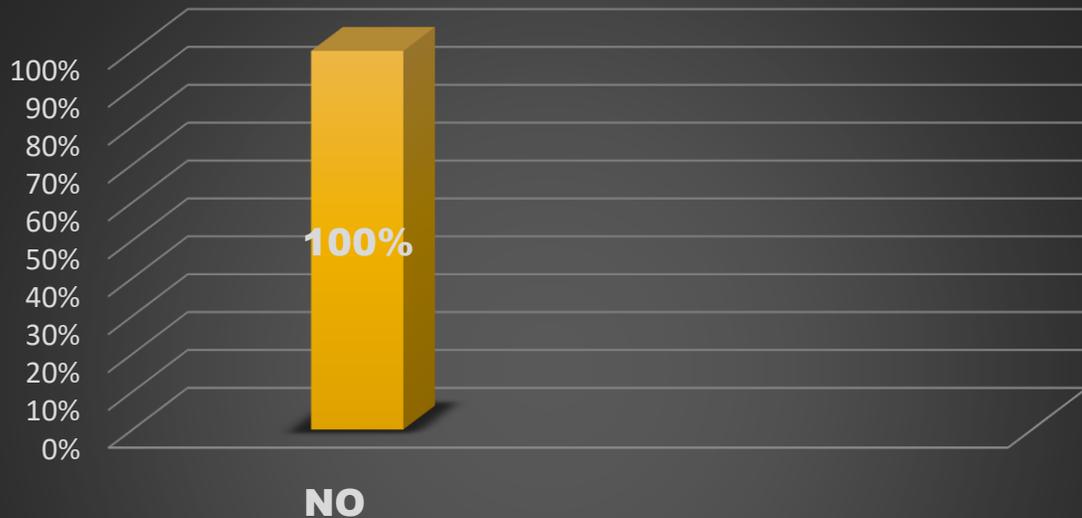
87.50%

12.50%

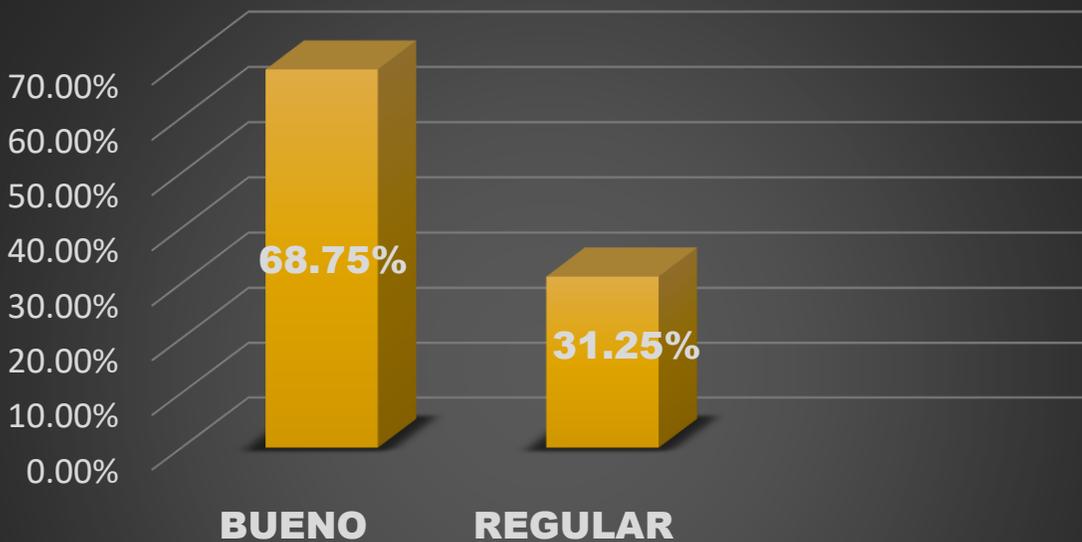
SI

NO

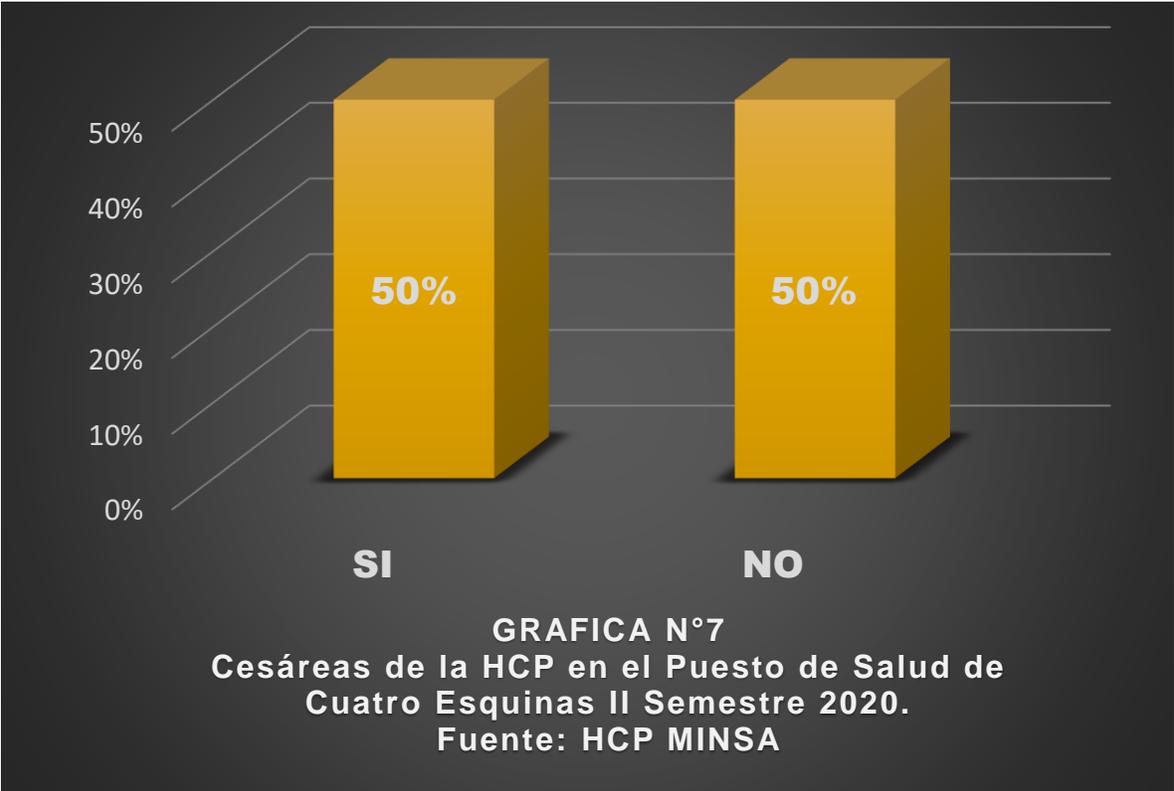
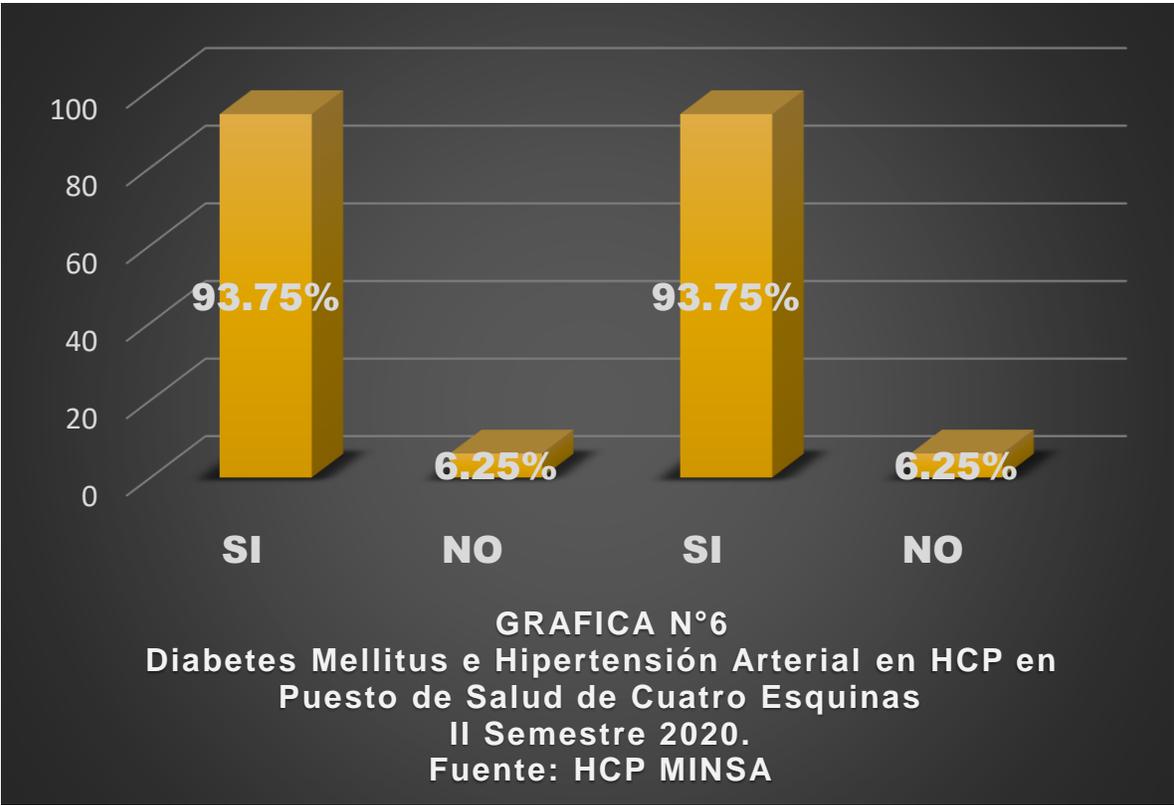
GRAFICA N°3
Teléfono en HCP del puesto de salud Cuatro
Esquinas II Semestre 2020.
Fuente: HCP MINSA

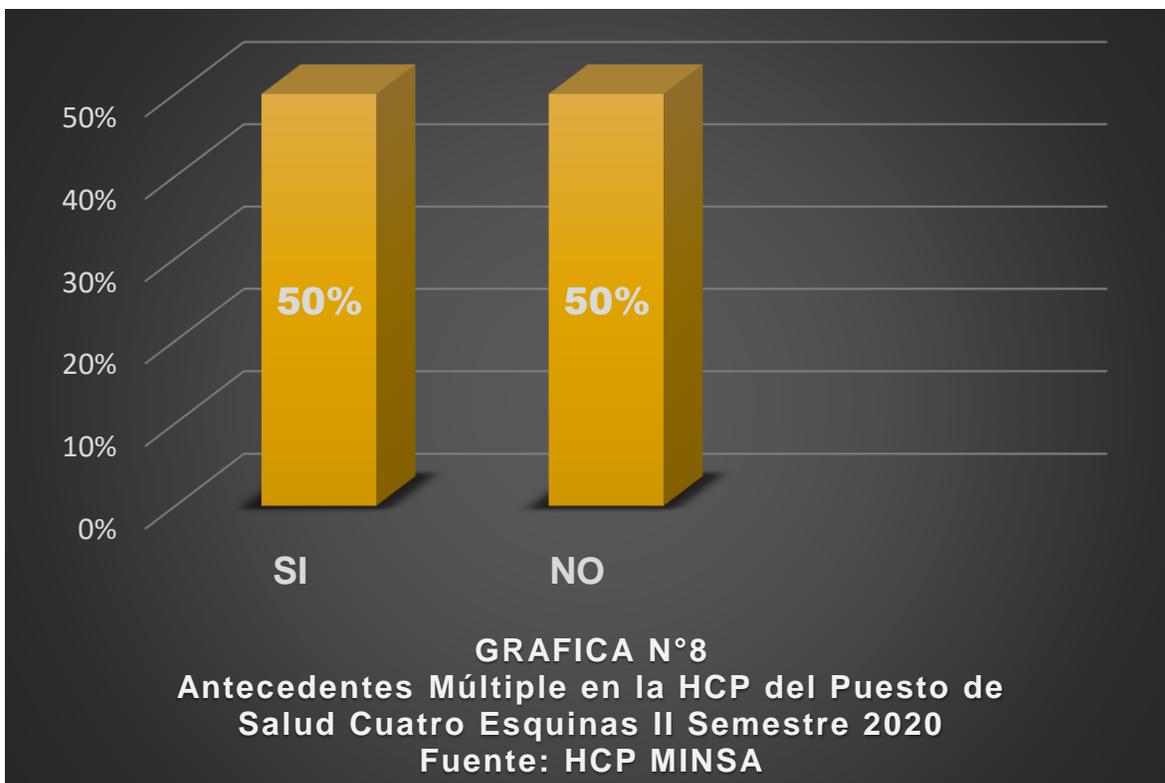


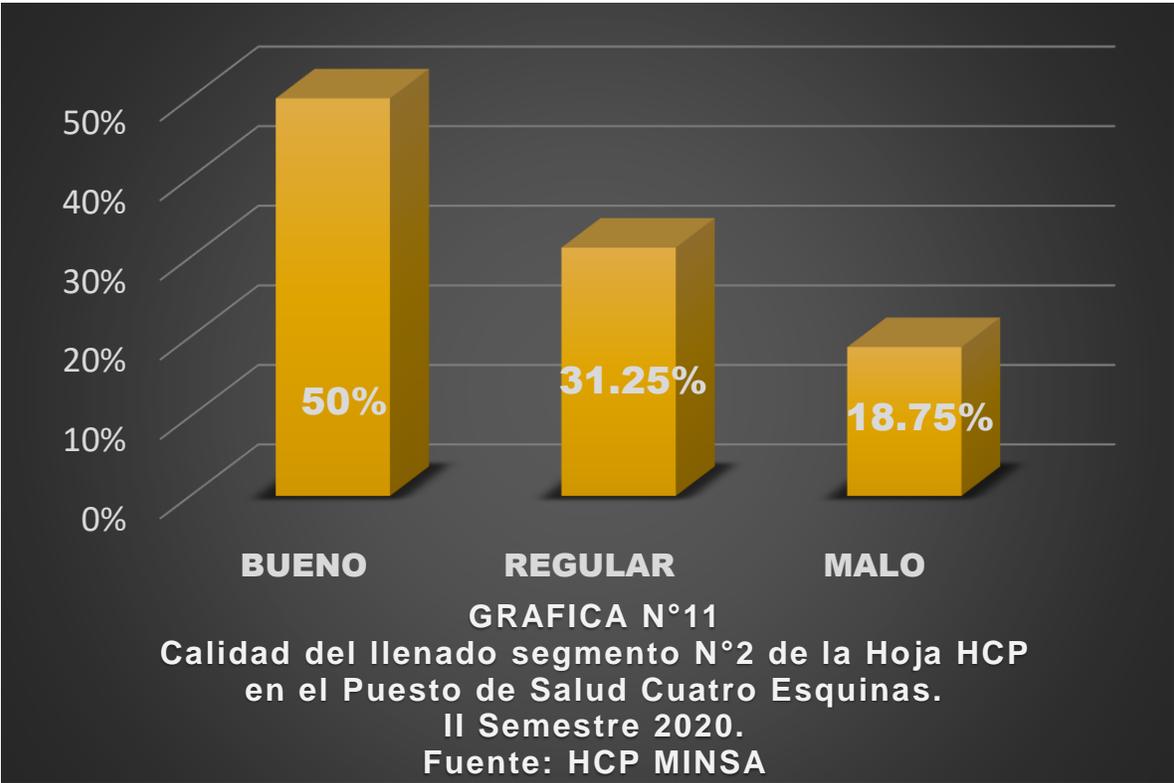
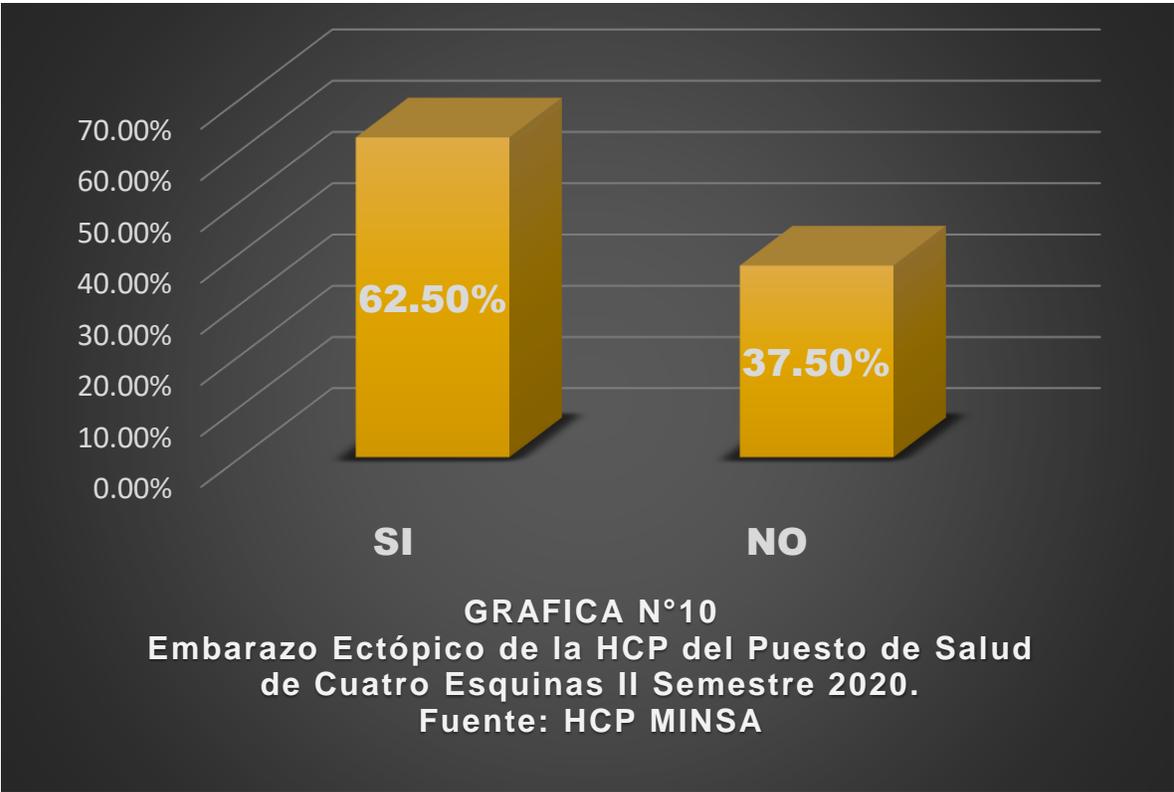
GRAFICA N°4
Cédula en HCP del Puesto de Salud Cuatro Esquinas II Semestre 2020.
Fuente: HCP MINSA

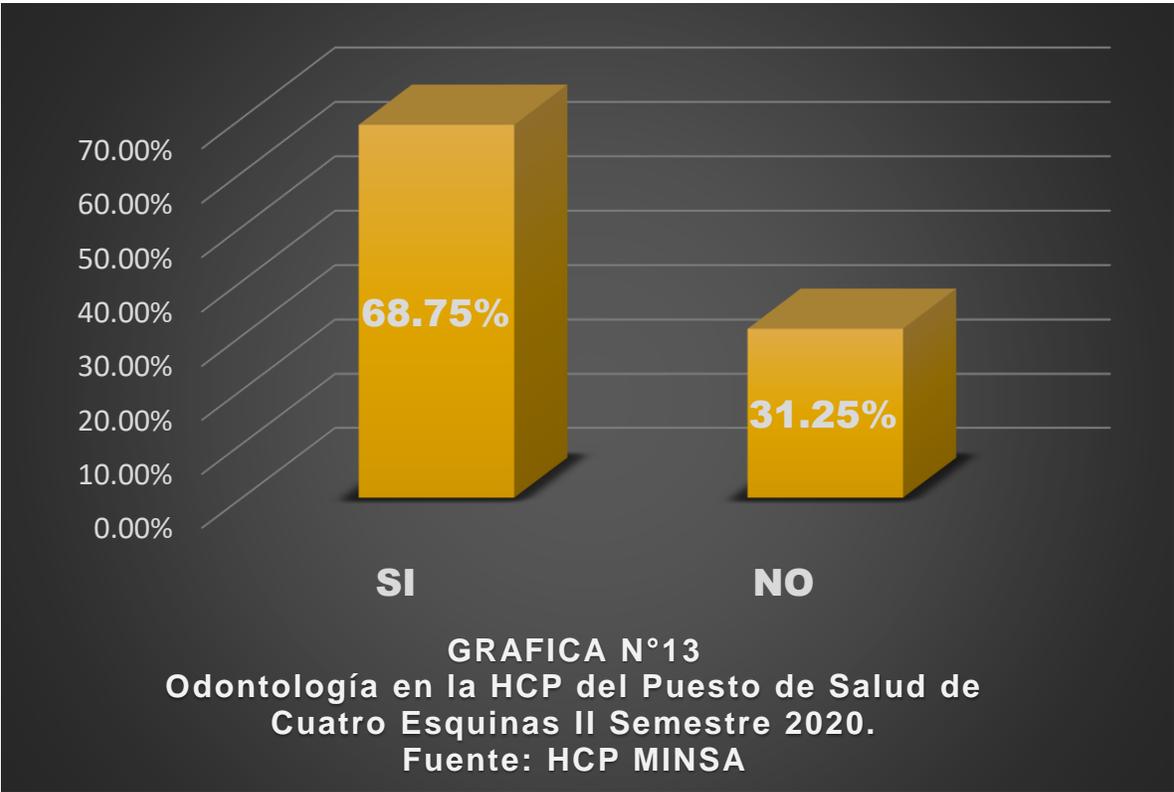
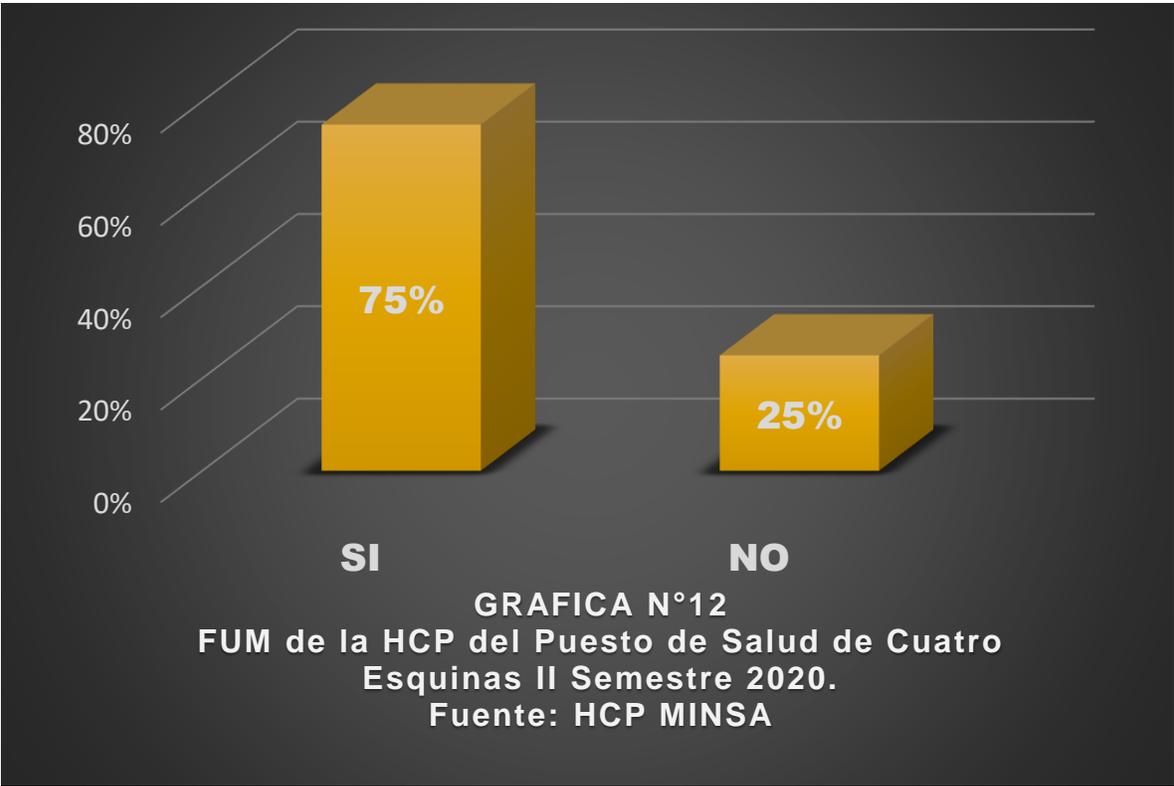


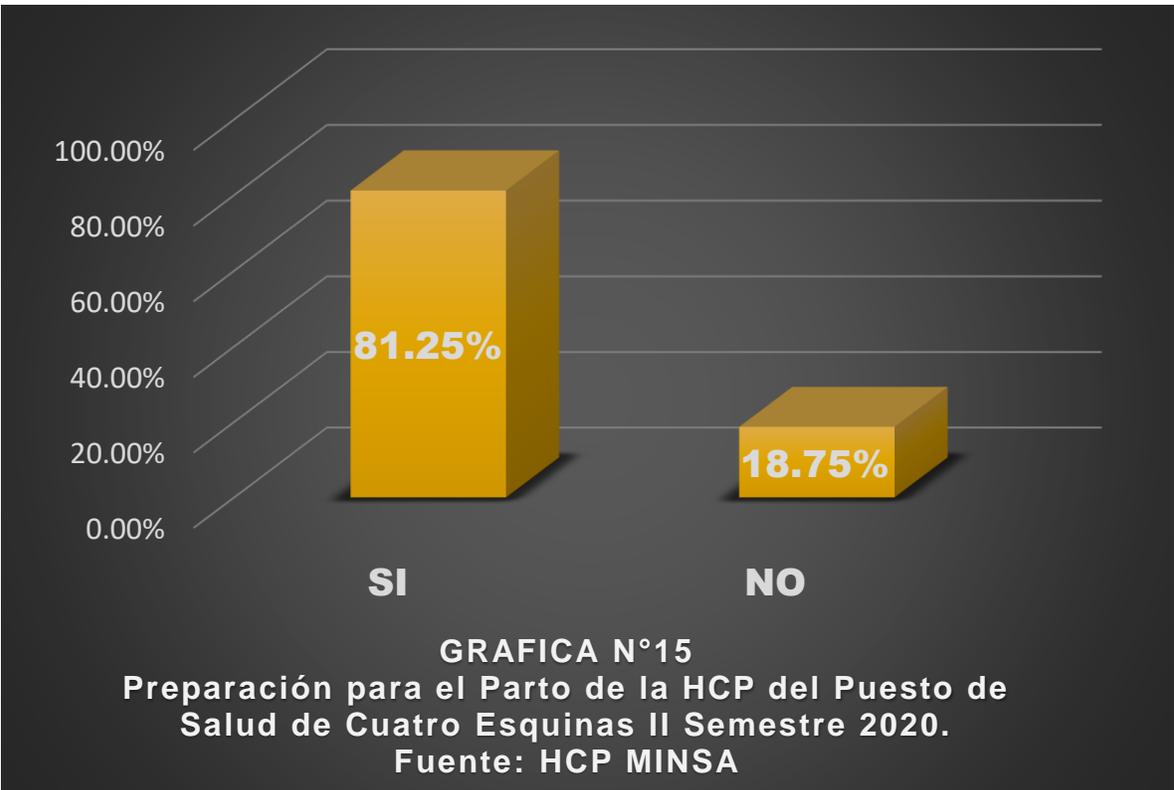
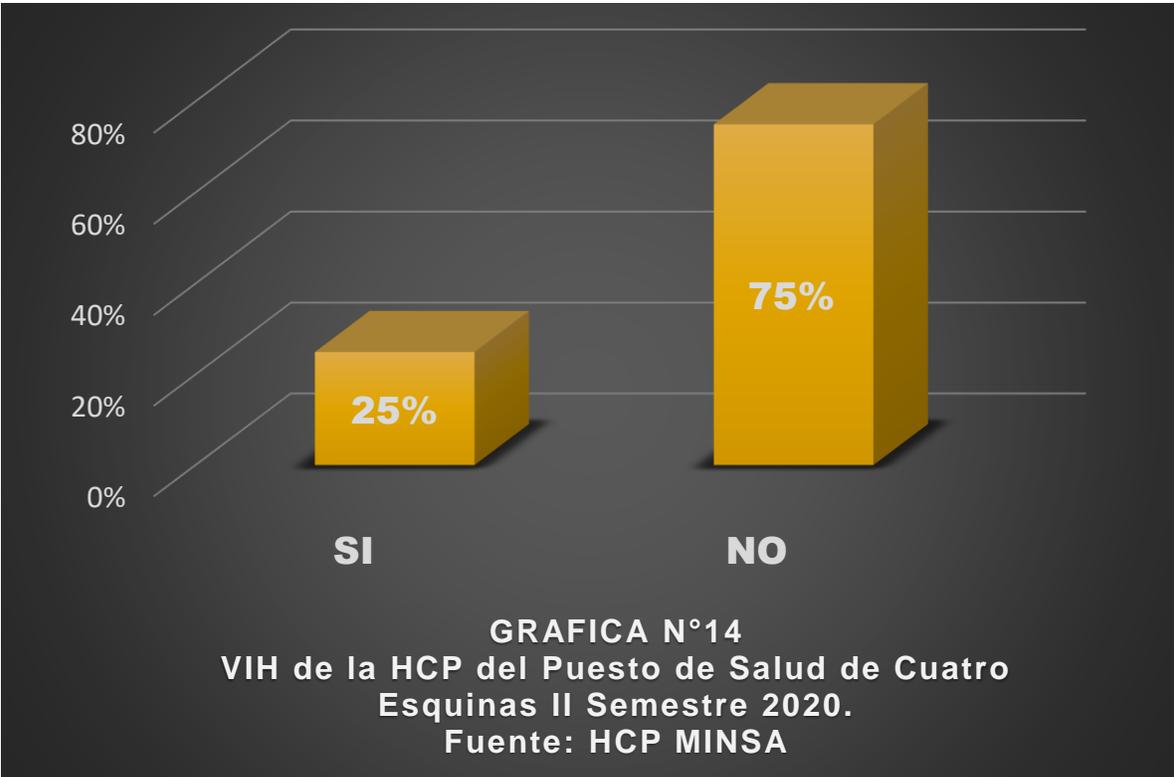
GRAFICA N°5
Calidad del llenado segmento N°1 de la Hoja HCP en el Puesto de Salud Cuatro Esquinas. II Semestre 2020.
Fuente: HCP MINSA

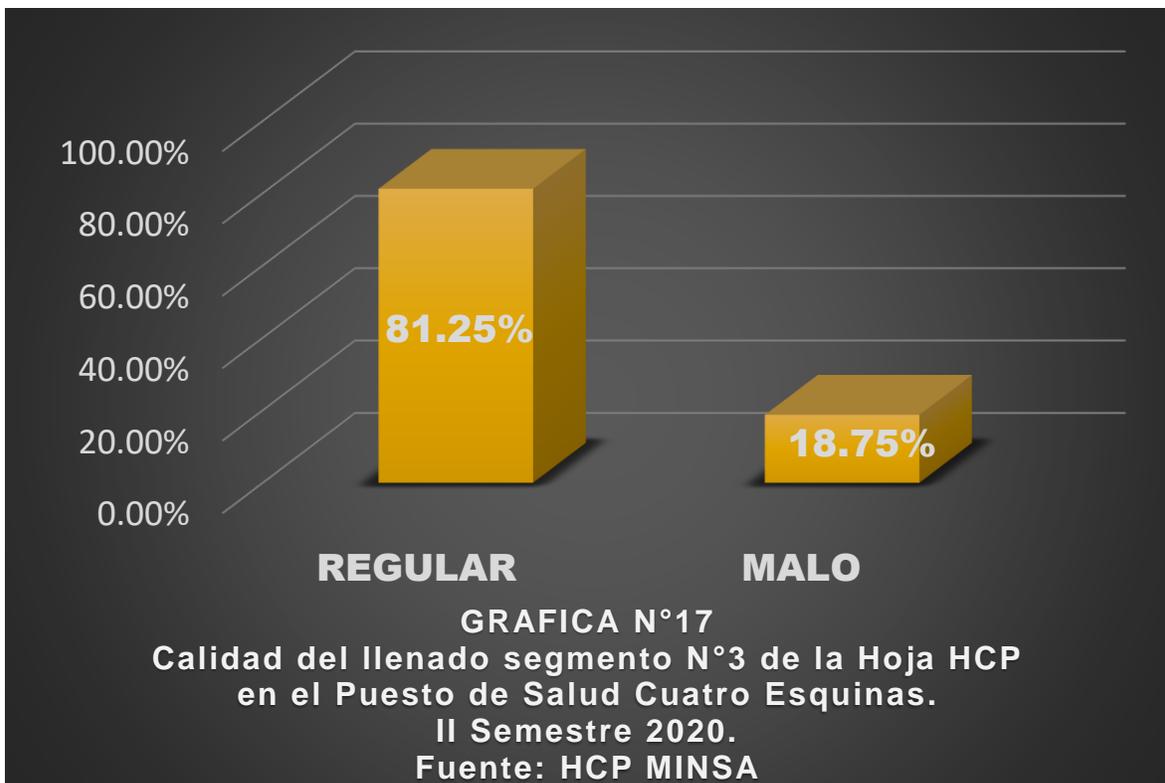
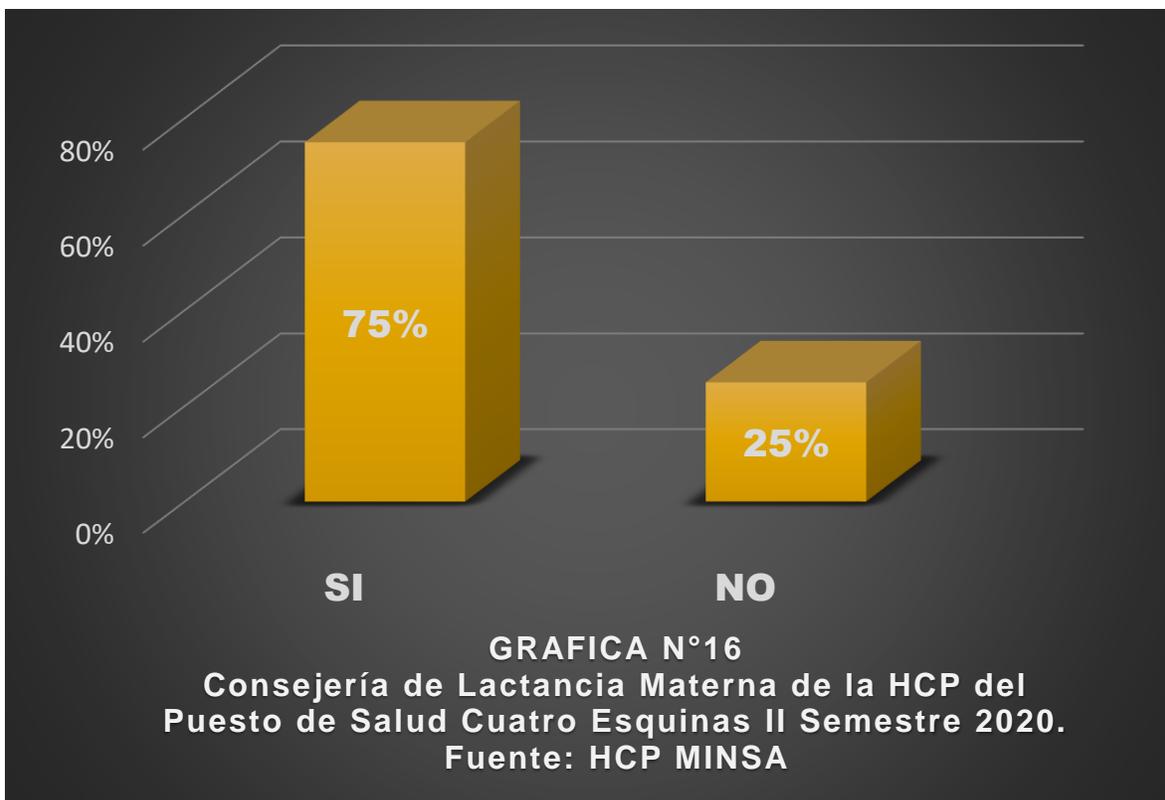


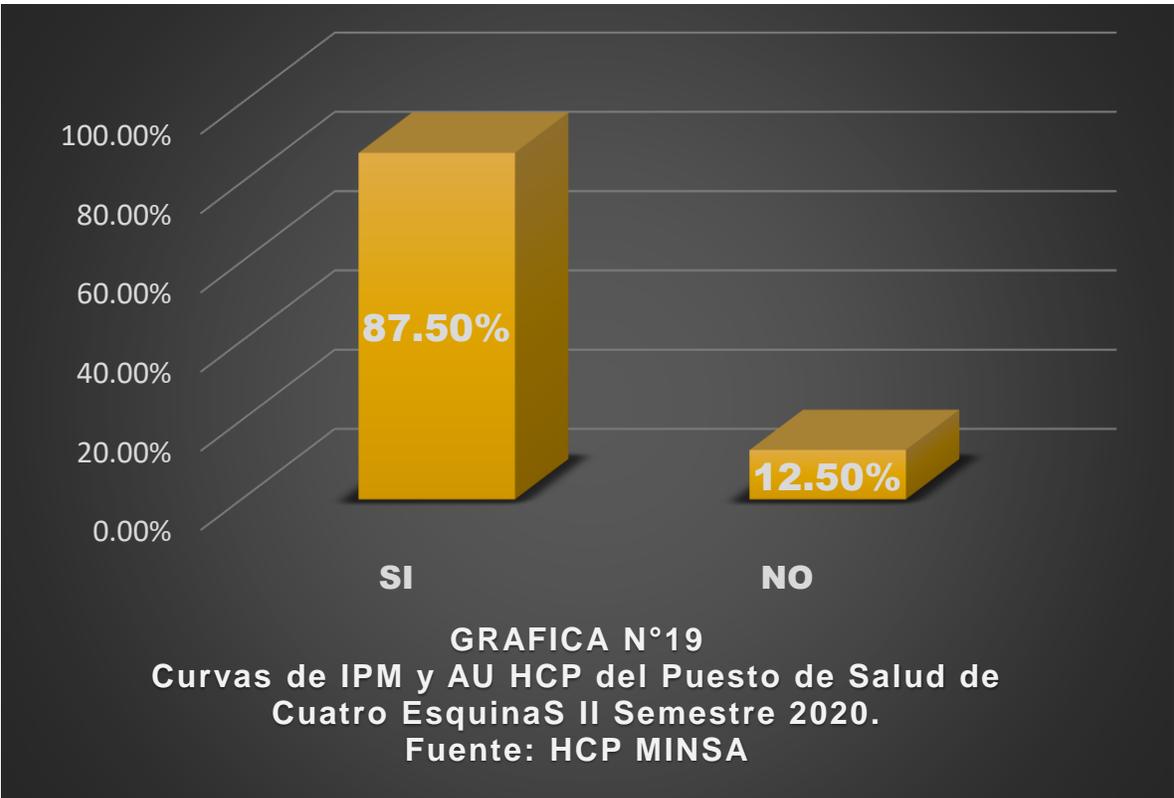
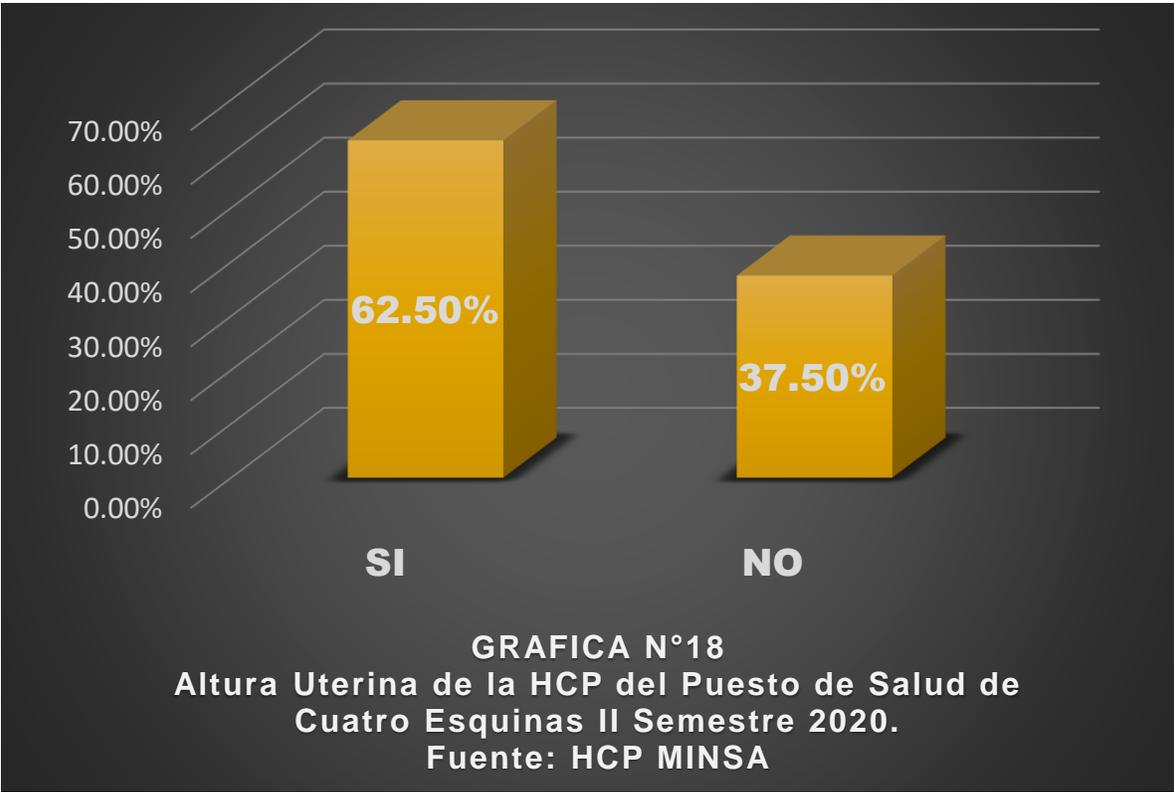


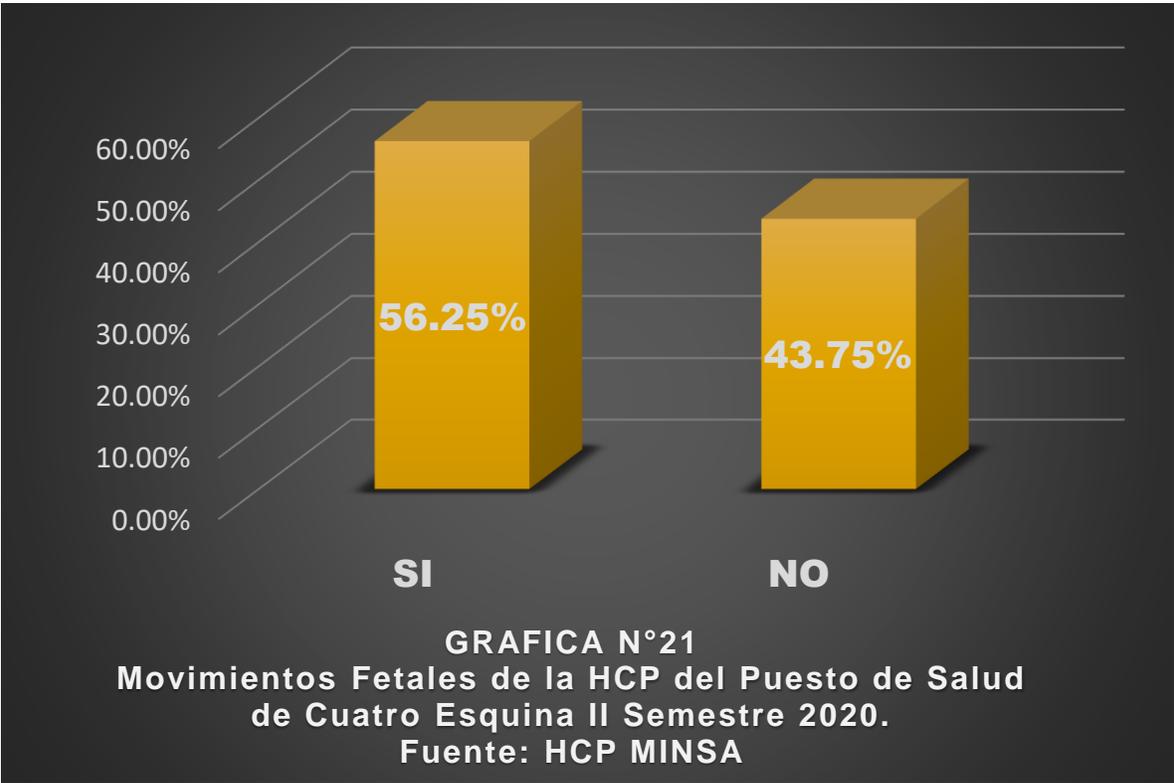
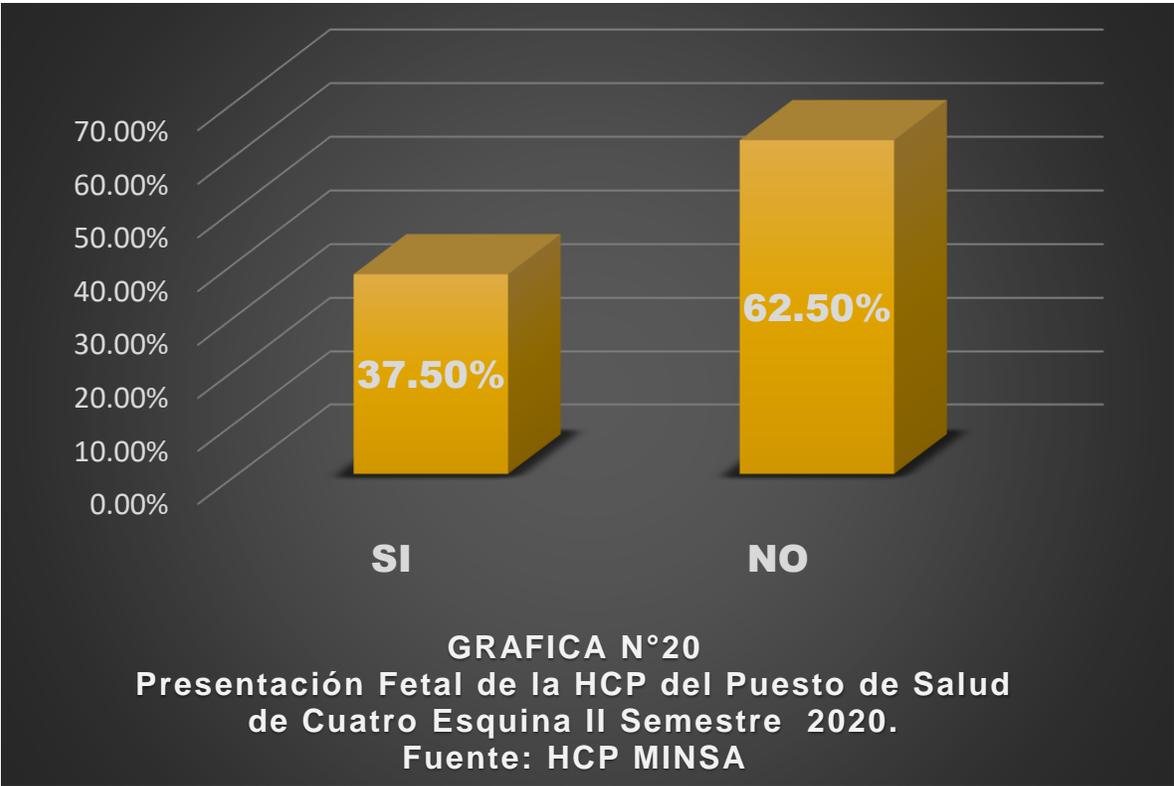


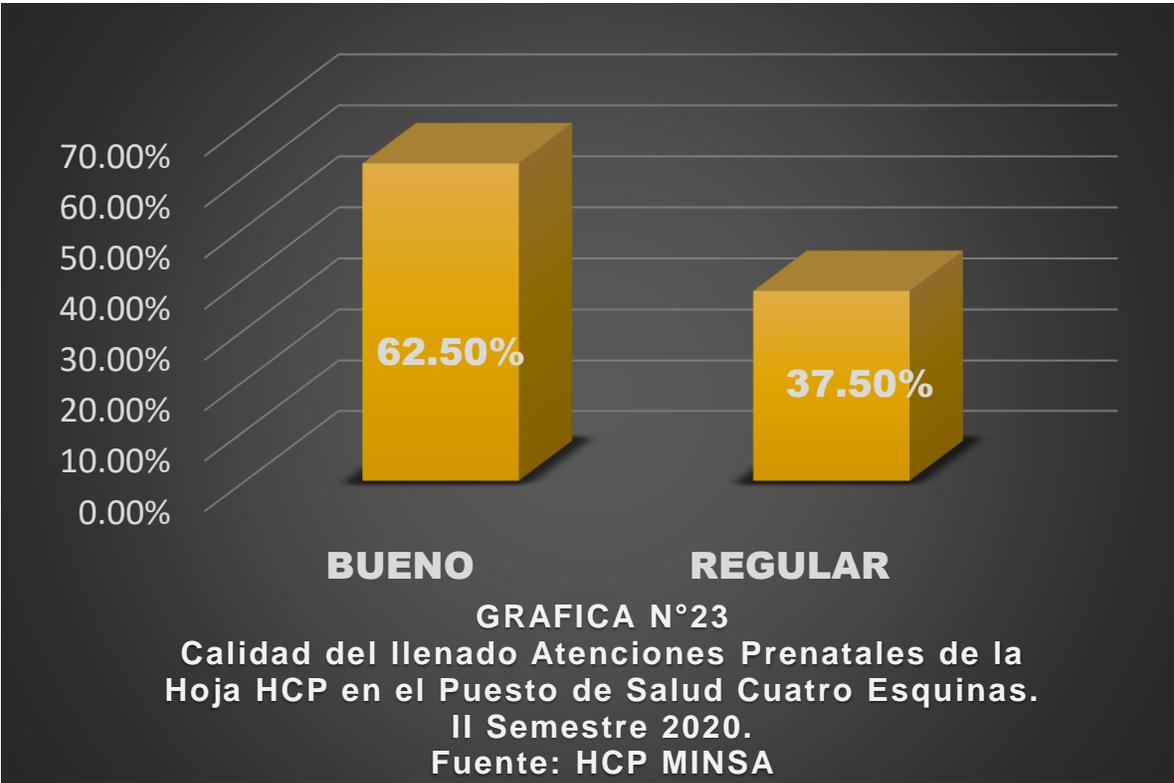
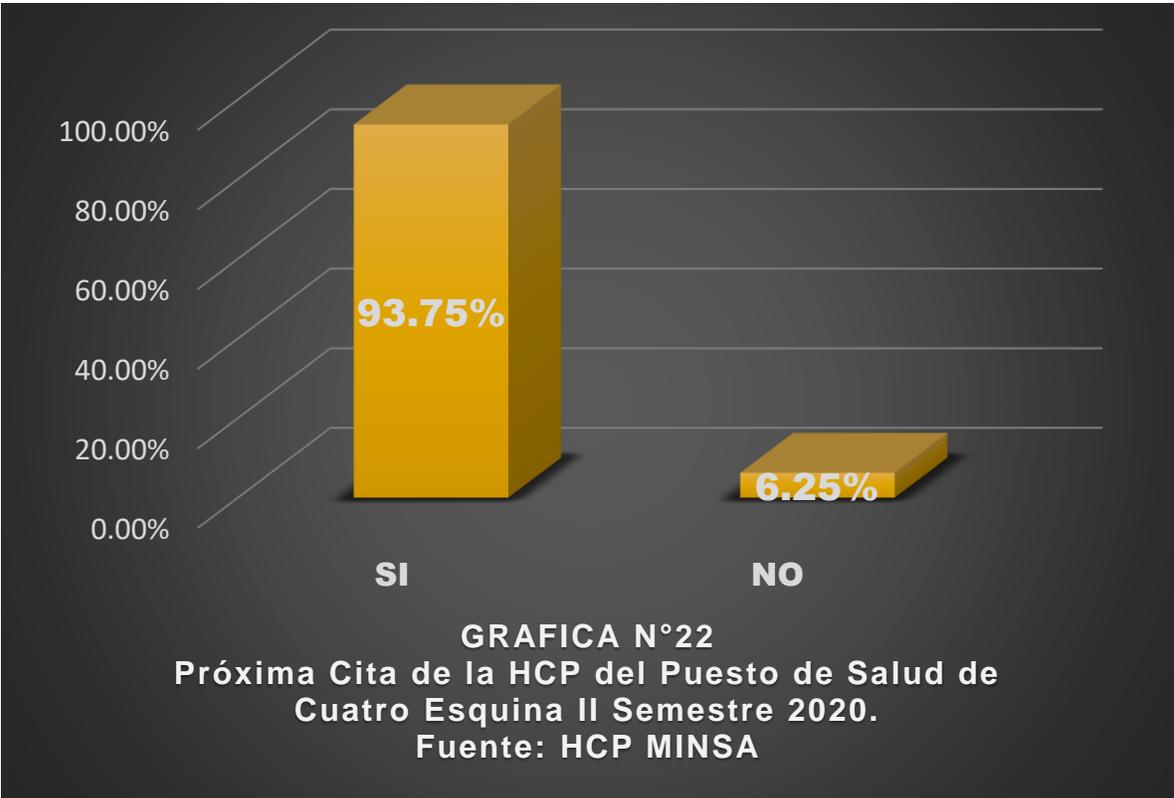












ANEXO Nº4

Ilustración 2 Entrada Puesto de Salud Cuatro Esquinas.



Ilustración 3 Fachada Puesto de Salud Cuatro Esquinas.



Ilustración 4 Camilla de Procedimientos Puesto de Salud Cuatro Esquinas.



Ilustración 5 Farmacia Puesto de Salud Cuatro Esquinas.



Ilustración 6 Lavamanos en sala de Procedimientos Puesto de Salud Cuatro Esquinas.



Ilustración 7 Baño y Sala Ginecológica Puesto de Salud Cuatro Esquinas.

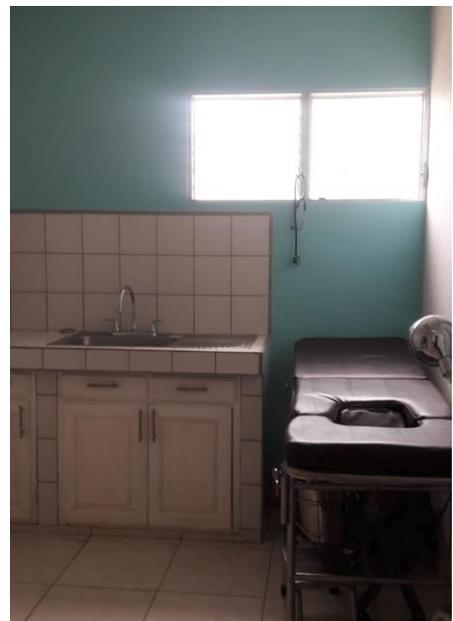


Ilustración 8 Área Central de Equipos Puesto de Salud Cuatro Esquinas.



Ilustración 9 Consultorio N^o 1 Puesto de Salud Cuatro Esquinas.



Ilustración 10 Consultorio N° 2 Puesto de Salud Cuatro Esquinas.

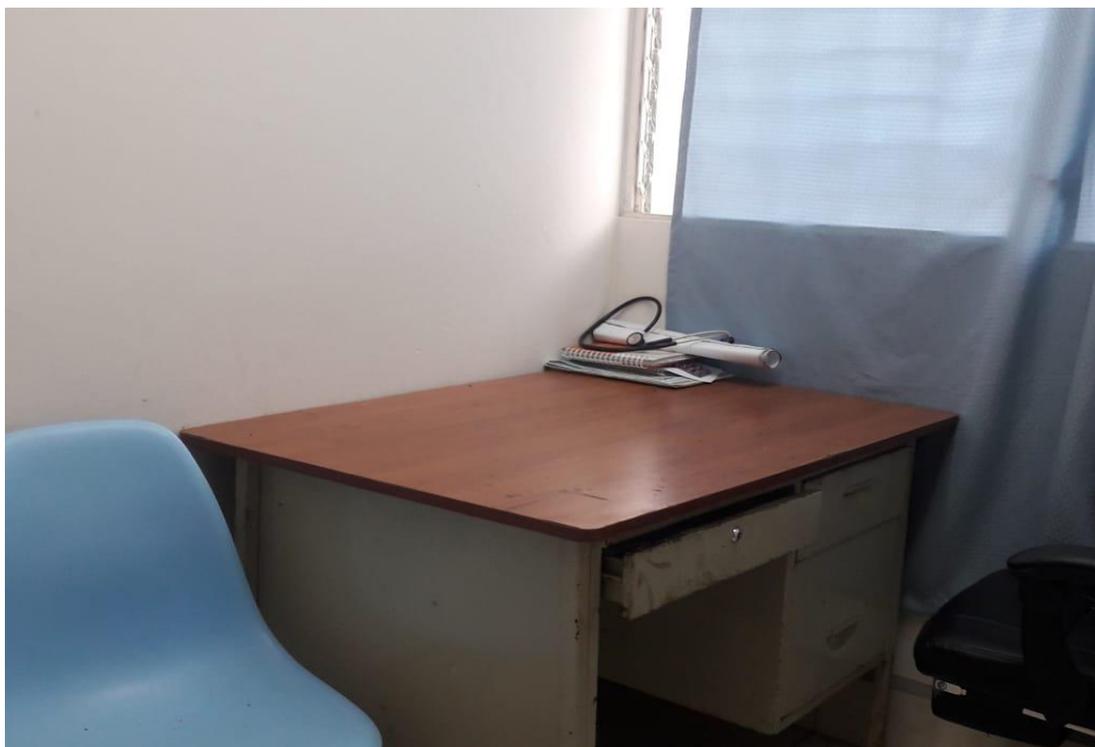


Ilustración 11 Área de observación Puesto de Salud Esquinas.



Ilustración 12 Área de Nebulización Puesto de Salud Cuatro Esquinas.



Ilustración 13 Área de Archivos Puesto de Salud Cuatro Esquinas.



Ilustración 14 Estante para Archivar Expedientes Clínicos Puesto de Cuatro Esquinas Salud.



Ilustración 15 Autoclave Puesto de Salud Cuatro Esquinas.

