



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 GRADUACION PARA OPTAR AL TITULO DE LICECIATURA
EN ENFERMERIA MATERNO INFANTIL.**

Tema

Calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal, en pacientes atendidas en el Puesto de Salud del Municipio de Rio Blanco en el periodo II semestre 2020.

SUBTEMA

Calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal, en pacientes atendidas en el Puesto de Salud Gregorio Montoya del Municipio de Rio Blanco en el periodo II semestre 2020.

Autores

Bra. Rosa Issela Morales
Bra. Maura del Socorro Sánchez Rojas

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 GRADUACION PARA OPTAR AL TITULO DE LICECIATURA
EN ENFERMERIA MATERNO INFANTIL.**

Tema

Calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal, en pacientes atendidas en el
Puesto de Salud del Municipio de Rio Blanco en el periodo II semestre 2020.

SUBTEMA

Calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal, en pacientes atendidas en el
Puesto de Salud Gregorio Montoya del Municipio de Rio Blanco en el periodo II
semestre 2020.

Autores

Bra. Rosa Issela Morales
Bra. Maura del Socorro Sánchez Rojas

Tutor

Msc.: Harvy José Aguinaga Pérez

Marzo del 2020

i. Dedicatoria

El presente trabajo de investigación lo dedicamos con mucho cariño a Dios primeramente por aarnos regalado entendimiento y sabiduría día a día para culminar nuestra carrera.

A nuestro padres y esposos a todos a quienes aportaron positivamente y a lo largo de nuestra formación académica ya que son testigo del trabajo perseverante para lograr un nuevo éxito en nuestra vida profesional.

Por eso y por mucho más les dedicamos este proceso de formación y a través del cual forjamos un nuevo presente en las labores que desempeños todos los días.

Rosa Issela Morales
Maura del Socorro Sánchez Rojas

ii. Agradecimiento

En primer lugar, agradecemos a nuestros formadores y personas de grande entendimiento quienes se han esforzado por ayudarnos allegar al punto en el que los encontramos.

Sencillo no habido el proceso pero gracias a nuestro esfuerzo de transmitirlo sus conocimiento y dedicación que lo han regido y hemos logrado importantes objetivos como culminar el desarrollo de nuestra tesis con el éxito y obtener una afable titulación profesional.

Rosa Issela Morales

Maura del Socorro Sánchez Rojas

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 en el periodo del segundo semestre del año 2020** y con subtema: **CALIDAD DEL LLENADO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL EN PACIENTE ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD DE GREGORIO MONTOYA EN EL PERIODO DEL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2020**, elaborado por los autores Br. Rosa Issela Morales, Br. Maura del socorro sachez rojas, reúnen los requisito científico y metodológico para ser presentada y defendida ante un tribunal examinador. Matagalpa 2020

**Msc. Harvy José Aguinaga Pérez
Tutor Seminario de Graduación**

iv. Resumen

Se investiga la Calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal, en pacientes atendidas en el Puesto de Salud Gregorio Montoya del Municipio de Rio Blanco en el periodo II semestre 2020, específicamente se identifica el llenado de los datos de filiación de las embarazadas , así como también del segmento de antecedentes patológicos familiares, personales y obstétricos, datos de exámenes clínicos, laboratorios, datos de las consultas prenatal, curvas de ganancia de peso materno y altura uterina para la edad gestacional. Metodológicamente es un estudio descriptivo, con enfoque mixto, de longitudinal, prospectivo en el tiempo. El universo está constituido por 28 HCP que acuden a su puesto de salud y la muestra fueron las 28 en total ya que cumplen con los criterios de inclusión (que sean pacientes del centro de salud, que sean subsecuentes y que estén dentro del rango del periodo de estudio), su población es pequeña por consiguiente se aplica un muestre no probabilístico a conveniencia, se aplica un instrumento (tarjeta HCP – MINSA) para recolectar la información, para su análisis se divide en cuatro segmentos y se valora por ítem para dictaminar la calidad. Entre los principales hallazgos están: la falta de legibilidad y llenado del nombre y domicilio de la paciente, el llenado de las casillas como gestas, embarazos múltiples o ectópicos, además del reporte de exámenes como sífilis entre otros, como también del reporte de movimientos fetales o la asignación de la próxima cita. Al final se concluye que en el puesto de salud no cumple con los estándares de calidad impuesto por las normativas del Minsa, sobre todo la normativa 106.

INDICE

I-	INTRODUCCION	1
II-	JUSTIFICACION.....	6
III-	OBJETIVOS	7
	General:.....	7
	Específicos:.....	7
IV-	DESARROLLO DEL TEMA.....	8
	4.1. Descripción del Puesto de Salud.....	8
	4.2. <i>Segmento – Identificación (filiación)</i>	11
	4.3. <i>Segmento – Antecedentes Familiares, Personales y Obstétricos</i>	14
	4.4. <i>Segmento – Gestación Actual</i>	21
	4.5. Atenciones Prenatales.....	39
IX-	CONCLUSIONES.....	50
X-	BIBLIOGRAFIA.....	51

I- INTRODUCCION

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

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

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

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 del 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 entorpece la toma de decisiones apropiadas en cada momento, siendo este un factor muy importante a la hora de prevenir complicaciones, así como la muerte materna. De acuerdo a lo antes mencionado se pretende dar respuesta a la siguiente interrogante:

¿Cuál es la Calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal, en pacientes atendidas en el Puesto de Salud Gregorio Montoya del Municipio de Rio Blanco en el periodo II semestre 2020?

Para evaluar la calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal en mujeres atendidas en el Puesto de Salud Gregorio Montoya 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. et al, (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 está constituido por 28 HCP que acuden a su puesto de salud y la muestra fueron las 28 en total ya que cumplen con los criterios de inclusión (que sean pacientes del centro de salud, que sean subsecuentes y que estén dentro del rango del periodo de estudio), su población es pequeña por consiguiente se aplica un muestreo no probabilístico a conveniencia, se aplica un instrumento (tarjeta HCP – MINSA) para recolectar la información, 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 prenatal, curvas de ganancia de peso materno y altura uterina para la edad gestacional) y se valora por ítem para dictaminar la calidad en llenado de cada uno de los segmentos otorgándosele un rango de valor equivalente entre (Bueno, Regular y Malo). los datos y resultados fueron procesados en los programas de Word, epi-info, al final serán expuestos mediante el programa de PowerPoint.

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 Gregorio Montoya, se hará la observación del personal que atiende en el puesto ante mencionado.

II- JUSTIFICACIÓN

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

Por tal razón se 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 Gregorio Montoya del Municipio de Rio Blanco en el periodo II semestre 2020. De esta manera contribuye al mejoramiento del sistema de salud en el municipio, a fin de prevenir complicaciones en el embarazo, lograr un parto satisfactorio y evitar muertes maternas que se han convertido en un problema de salud pública y de gran preocupación para las autoridades del Ministerio de Salud.

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

III- OBJETIVOS

General:

Evaluar la Calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal, en pacientes atendidas en el puesto de salud Gregorio Montoya del municipio de rio blanco en el periodo II semestres 2020.

Específicos:

1. Identificar el llenado de los datos de filiación de las embarazadas en estudio. en el puesto Gregorio Montoya rio blanco.
2. Verificar el llenado del segmento antecedentes patológicos familiares, personales y obstétricos de las embarazadas. Del puesto Gregorio Montoya.
3. Constatar el llenado del segmento datos de exámenes clínicos y laboratorios de las pacientes embarazadas. De puesto Gregorio Montoya.
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 Gregorio Montoya



4.1. Descripción del Puesto de Salud

Puesto de salud Gregorio Montoya está ubicado en rio blanco de clínica santa fe 1 c al norte ½ al este este puesto ante se ubicaba en el año 80 en el centro de salud de rio blanco. Después paso hacer en la alcaldía vieja después

lo legalizo el Ministerio de salud de Nicaragua (Minsa) y paso hacer en el año 2005 puesto de salud. Gregorio Montoya.

Ilustración 2 Sala de espera del área de salud

Cuenta con un personal de salud. Dra. Médico general Lic. Enfermería salud publica donde se atiende. De 8 AM – 5 PM. Cuenta con consultorio farmacia archivero y con casa materna. Sus condiciones del puesto es una propiedad de concreto, cerámica, cielo Razo baño inodoro y con una nueva estructuración actual.



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

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

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

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

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

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

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

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

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

La Historia Clínica Perinatal cuenta con diez segmentos:

1. *Datos generales.*
2. *Antecedentes personales y familiares.*
3. *Gestación actual.*
4. *Parto u Aborto.*
5. *Enfermedades durante la gestación, parto o puerperio.*

6. *Recién nacido/a.*
7. *Puerperio Inmediato.*
8. *Egreso del Recién nacido/a.*
9. *Egreso Materno.*
10. *Anticoncepción.*

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

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

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

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

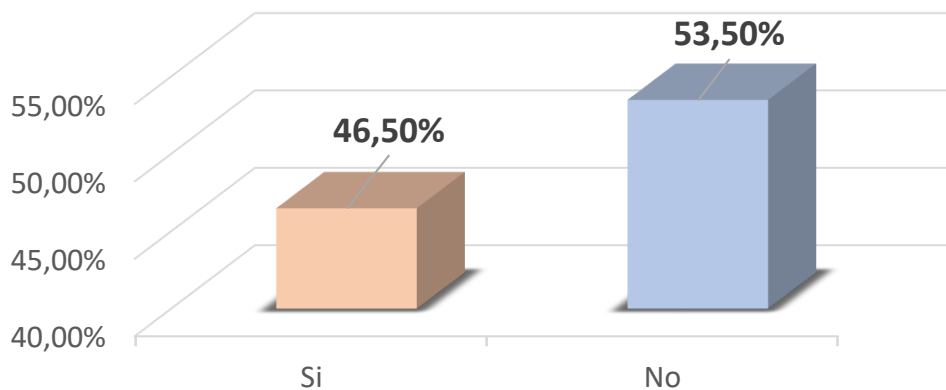
Segmentos de la Historia Clínica Perinatal

4.2. Segmento – Identificación (filiación)

CLAP - OPS/OMS MINSA - NICARAGUA		Parto en				N° Identidad				
NOMBRE: _____		Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Raza	ning. sec. años	Estado civil			
DOMICILIO: _____		EDAD años	<input type="checkbox"/> < 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. <input type="checkbox"/> univ.	<input type="checkbox"/> aprob. años		<input type="checkbox"/> casada <input type="checkbox"/> unión estable <input type="checkbox"/> soltera <input type="checkbox"/> otra	
LOCALIDAD: _____ TEL: _____										

Fuente: Minsa

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



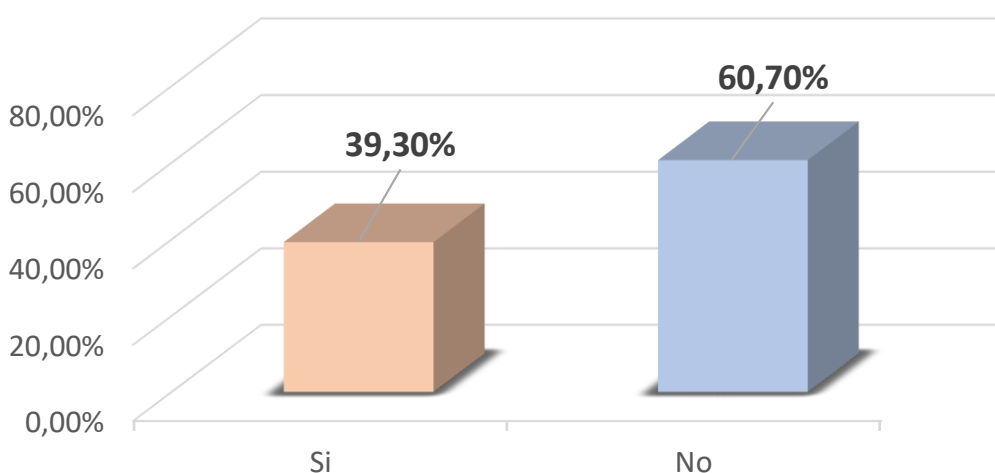
Grafica N° 1
Llenado del Nombre, P/S Gregorio Montoya II Semestre 2020
 Fuente: HCP Minsa

El grafico N° 1 dice que es 28 HCP revisadas. 13 (46.4%) la llena correctamente, pero 15 (53.5%) no la llenan correctamente.

Del universo de estudio realizado se observó que el 15% caso analizados presentaron un llenado incorrecto en la que representa el nombre y apellido de la paciente lo cual implica. Un incumplimiento de la normativa (106) en los servicios de salud. Como enfermera decimos escribir correctamente el nombre y los dos apellidos para hacer la diferencia entre otros nombres. De la historia clínica perinatal. Actualmente el mundo atraviesa una gran crisis lingüística. “Las

universidades cada vez más solo exportan pseudo-profesionales” (derecho, 2020) . tomando en cuenta esto podemos notar que los nuevos profesionales de la salud no dan importancia a la manera de redacción clara y legible, lo que dificultada el trabajo en un momento en que se necesite esta información ya sea con fines estadístico, epidemiológicos o para evitar errores profesionales.

□ 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.



Grafica N° 2
Llenado del Domicilio, P/S Gregorio Montoya II Semestre 2020
Fuente: HCP Minsa

El grafico N° 2 dice que es 28 HCP revisada. 11(39.2%) la llenan correctamente, pero 17(60.7%) no la llenan correctamente.

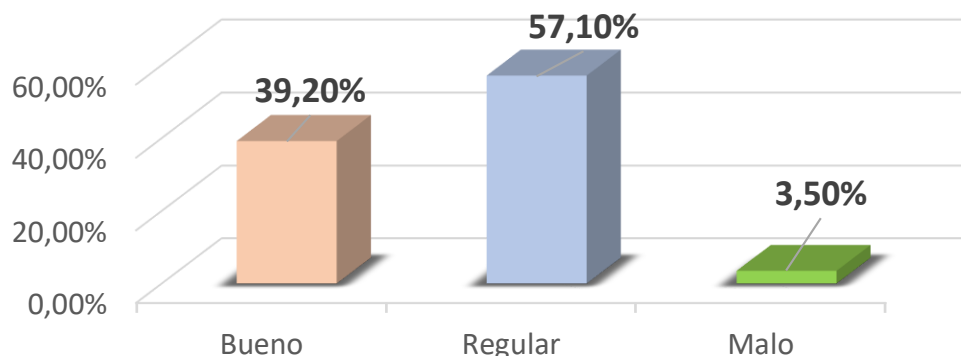
Del estudio realizado encontramos que el 17% de casos analizados presentaron un llenado incorrecto a lo que corresponde el domicilio de la paciente lo cual implica un incumplimiento como personal de salud. No están llenando con calidad el domicilio. Donde la norma (106) dice anotar dirección exacta para efecto de la búsqueda activa de la inexistente ya que es una responsabilidad como personal de salud. “Es esencial que los datos registrados en la HCP sean

completos, válidos, confiables y estandarizados” (Normativa 106, 2013), por lo tanto esto permite a los servidores de salud verificar y seguir la implantación de prácticas basada en evidencias a como lo exige la normativa 106 todo esto para evitarse en momentos de emergencias problemas obstétricos presentes en la embarazada.

- 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
- 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.

En nuestro contexto, calidad significa dar una respuesta efectiva a los problemas o situaciones sanitarias que inciden sobre una población y sus individuos e implica la satisfacción de los pacientes, la familia y la comunidad para con estos servicios (Cabrera N at el, 2013)

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



Grafica Nº 3
Calidad del llenado del segmento de filiación, P/S Gregorio Montoya
II Semestre 2020
Fuente: HCP Minsa

La grafica N° 3 dice que en cuanto a la calidad del llenado del segmento de filiación el 39,2% (11) es bueno, 57,1% regular y el 3,5% malo.

La calidad en salud, en su más amplia concepción globaliza la complejidad que caracteriza a los servicios de salud, en tanto el servicio va dirigido a garantizar la vida del ser humano; en este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) se manifiesta sobre la responsabilidad compartida que debe existir entre el estado, los prestadores del servicio con los usuarios-pacientes, definiéndola como: “el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimiento del paciente y del servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente en el proceso” (OPS, 2013); tomando en cuenta este concepto la creación de un carnet que permite al trabajador de salud y al usuaria el control de su embarazo minimizando así los riesgos que este puede tener, es lamentable en contra la falta de voluntad por parte del trabajador de la salud al no darle su valor y su importancia que esta hoja se merece.

4.3. Segmento – Antecedentes Familiares, Personales y Obstétricos

ANTECEDENTES		no	si	
FAMILIARES				
<input type="checkbox"/> TBC pulmonar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> <diabetes>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> <hipertensión>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> <pre-eclampsia eclampsia>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> <otros>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PERSONALES				
<input type="checkbox"/> Cirugía tracto reproductivo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Infertilidad		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> VIH		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> cardiopatía		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> nefropatía		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> condición médica grave		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OBSTÉTRICOS				
gestas previas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
abortos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
partos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nacidos vivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nacidos muertos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ÚLTIMO PREVIO	< de 2500 g	<input type="checkbox"/>	> de 4500 g	<input type="checkbox"/>
	Pre-eclampsia/eclampsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
partos	3 espem. consec.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	vaginales	<input type="checkbox"/>	cesáreos	<input type="checkbox"/>
	muertos	1° sem.	después 1° sem.	<input type="checkbox"/>
	viven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	fin anterior embarazo	día mes año	< de 1 año	> de 5 años
	EMBARAZO PLANEAADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	FRACASO MÉTODO ANTICONCEPTIVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fuente: (Nortativa 011, 2015)

Estos datos se obtienen al momento de la primera consulta. Si la mujer es hospitalizada (por trabajo de parto, por aborto o enfermedad) en un establecimiento diferente al lugar de la atención prenatal, los datos de esta sección podrán obtenerse del Carné Perinatal o por interrogatorio directo al momento del ingreso. (Nortativa 011, 2015)

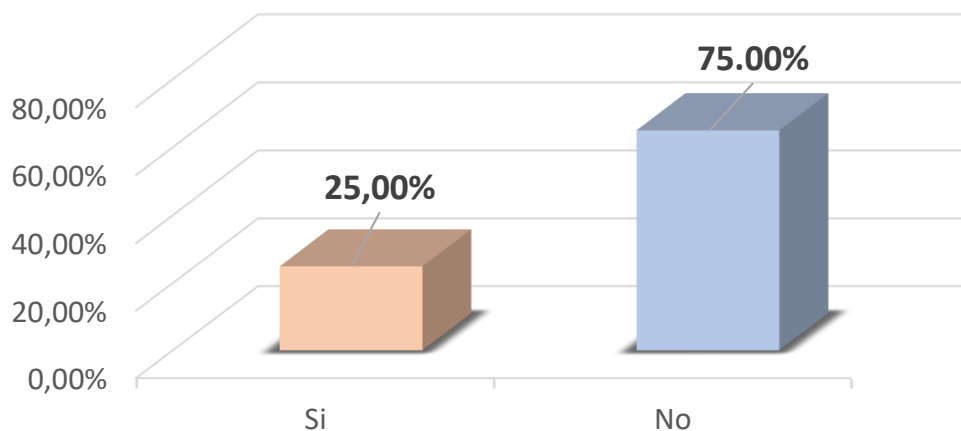
2.1 Antecedentes

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

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

Obstétricos

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.



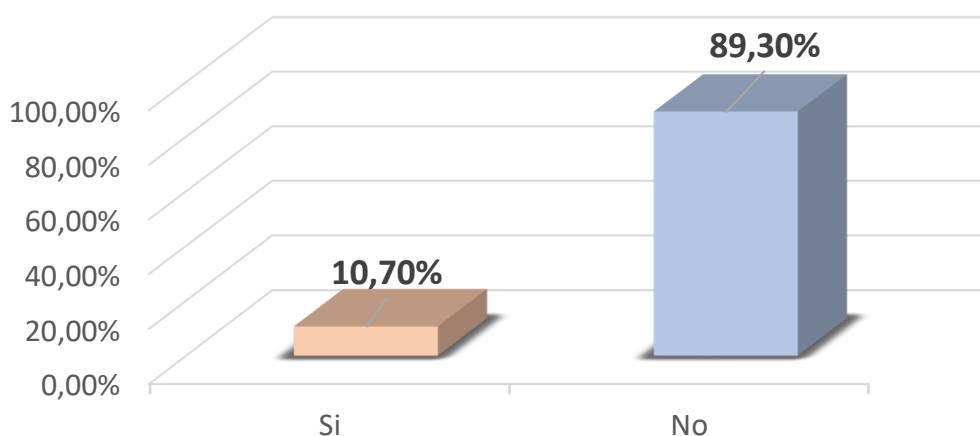
Grafica N° 4
Llenado de la Gesta Previas, P/S Gregorio Montoya II Semestre 2020
Fuente: HCP Minsa

El grafico N° 6 dice que de 28 HCP revisada, 7 (25%) la llenan correctamente, pero 21(75%) no la llenan correctamente.

En el estudio que se realiza se encuentra que el 21% no se llenan correctamente en lo que representa ultimo previo. No se está llenando la casilla que corresponda la norma (106), conocer bien el número de gesta en la mujer es una variable que permitirá al trabajador de la salud conocer los problemas de salud pasado en la mujer que no se deberán de repetir en el actual y así crea planes de atención y prevención que garanticen la salud materno infantil, evitando posibles complicaciones y hasta muertes maternas. Esto se apoya en uno de los objetivos de la (Normativa 106, 2013) que dice “Identificar las mujeres con factores de riesgos obstétricos y reproductivos, para la toma de decisiones oportunas.”.

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

Además, se indagará sobre el peso del recién nacido/a en el último embarazo. Marcar si peso menos de 2500 gr. o fue mayor o igual a 4000 gr. fue normal o N/C (no corresponde) si no hubo nacimientos previos. Finalmente, en relación a las gestaciones previas, registrar si hubo antecedente de embarazo múltiple (gemelar) (Si/No) según corresponda. (Nortativa 011, 2015)



Grafica Nº 5
Llenado de los antecedentes múltiples, P/S Gregorio Montoya II
Semestre 2020
Fuente: HCP Minsa

El grafico N°7 dice que de 28 HCP revisadas, 3(10.7%) la llenan correctamente, pero 25(89.2%) no la llenan correctamente.

En los antecedentes múltiples se analiza que el 25 % no llenan correctamente la casilla no la marca y es incumplimiento de la norma no están indagando si ha tenido o hubo antecedente de embarazo múltiple o gemelar (sí – no) según corresponda. Se debe de recordar que una mujer está diseñada genéticamente para concebir un ser humano en su vientre, dos o más de dos ya no es considerado un embarazo normal, ya que la mujer deberá descansar diariamente entre 8 y 10 horas para prevenir contracciones uterinas, rebajar la actividad física a medida que avance el embarazo, así como los viajes, y seguir una alimentación adecuada con suplementos diarios de ácido fólico y hierro para prevenir la anemia. Además, un servidor de la salud debe de saber también que si el embarazo es monocorial el riesgo de muerte de los o de uno de los fetos es alto. Por tal razón la (Normativa 106, 2013) es clara en decir que “Disponer de información actualizada, completa, oportuna y aplicable en la planificación de acciones para el abordaje de la embarazada minimiza errores médicos en la atención”.

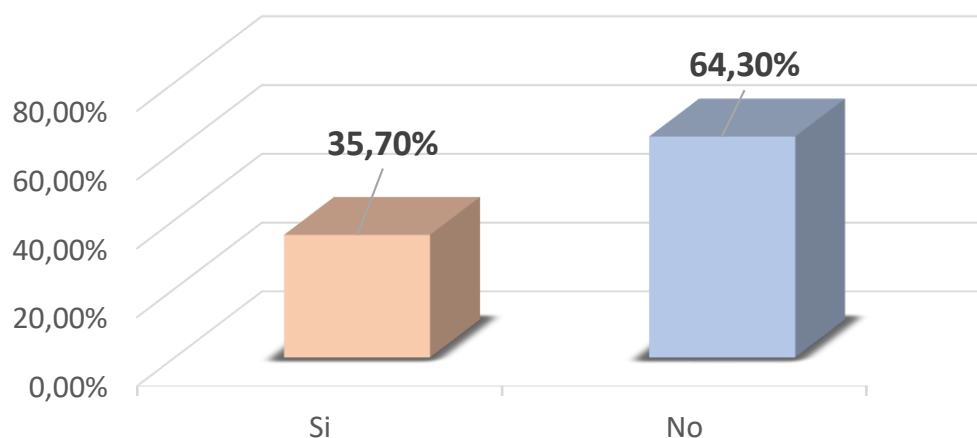
□ Abortos: Según la CIE-10, se define el Aborto a la expulsión del producto de la gestación antes de las 22 semanas o con un peso menor a 500 gr. Se registrarán de la misma manera los antecedentes de abortos espontáneos o inducidos.

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

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

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

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



Grafica N° 6
Llenado de embarazo ectopico, P/S Gregorio Montoya II Semestre 2020

Fuente: HCP Minsa

El grafico N° 5 dice que de 28 HCP revisada 10 (35.7%) la llenan correctamente, pero 18 (64.2%) no la llenan correctamente.

Del universo de estudio realizado se encuentra que 18% no llenan correctamente eso implica el incumplimiento según norma en el análice se observa manchones y no se distingue que es lo que dice si se anotara los antecedentes de embarazo producidos fuera del útero en el rectángulo correspondiente de la historia clínica perinatal, además el no saber los antecedentes de una embarazada como lo que refiere la casilla de ectópico implica riesgo y complicaciones para la embarazada misma. Además, el llenado correcto de este instrumento, hará que el personal de salud desarrolle las siguientes actividades: Evaluar la calidad de la

atención y el cumplimiento de las normas mediante los Estándares de Calidad y Brindar seguimiento y evaluación clínica. (Normativa 106, 2013)

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.

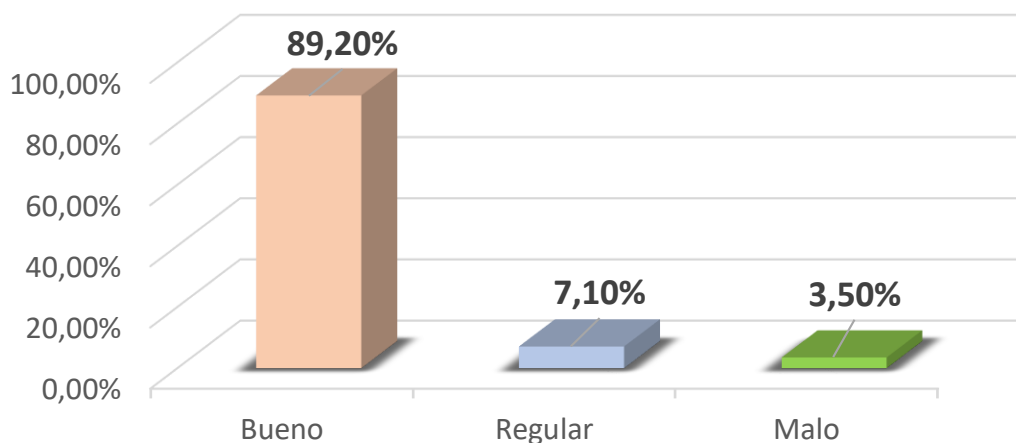
Fin Embarazo Anterior: Anotar el mes y el año de finalización del embarazo inmediatamente anterior al actual, ya sea que haya terminado en parto/cesárea o aborto (incluye el ectópico). Marcar 00 si se trata de una Prim gesta. Marcar con x el círculo amarillo la finalización del embarazo ocurrió antes de 2 años o mayor a 5 años del inicio del embarazo actual.

Embarazo Planeado: Se refiere al embarazo deseado o que sucede en un momento oportuno cuando se cumplan ambas condiciones se marcara —sill, cuando no se cumpla una de las dos condiciones se macara —noll (en amarillo).

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

La atención prenatal de calidad que cumple con los requisitos básicos, facilita la detección precoz de complicaciones del embarazo y la referencia oportuna, para

la reducción de los indicadores: mortalidad materna y peri natal, para eso se elaboró la hoja de control prenatal (HCP) que es un instrumento diseñado para ayudar en las decisiones relacionadas con el manejo clínico individual de la mujer embarazada durante el control prenatal, el parto y el puerperio. (Ipinza M., 2007)



Grafica Nº 7
Calidad del llenado de los antecedentes obstetricos, P/S Gregorio Montoya II Semestre 2020
Fuente: HCP Minsa

La grafica Nº 7 muestra que de 28 HCP 89,2% (25) llenan bien los antecedentes obstétricos, 7,1% (2) lo hacen regular y el 3,5% (1) malo.

En la literatura existen variadas definiciones para el concepto de calidad aplicado al sector salud. Una de ellas refiere que: "El desempeño adecuado (de acuerdo con las normas) en las intervenciones consideradas seguras, que están al alcance de las sociedades en cuestión y que tiene la capacidad de producir un impacto en la mortalidad, morbilidad, discapacidad y malnutrición" (OPS, 2013); de debido a esto los servidores de salud realizan un buen trabajo en esta parte del llenados de la HCP, no obstante aún se debe de mejorar, ya que hay una mínima deficiencia que puede ser causa de alguna complicación obstétrica que lleve al embarazo aun mal desenlace para ambas partes.

4.4. 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. (Nortativa 011, 2015)

GESTACION ACTUAL			EG CONFIABLE por		FUM ACT			FUM PAS			DROGAS			ALCOHOL			VIOLENCIA			ANTIRUBEOLA		ANTITETANICA		EX. NORMAL		
PESO ANTERIOR	IMC	TALLA (cm)	FUM	Eco <20 s.	1° trim	2° trim	3° trim	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	
CERVIX	GRUPO	Rh	Immuniz.	TOXOPLASMOSIS	Hb <20 sem	Fel/FOLATOS	Hb ≥20 sem	VIH - Diag - Tratamiento			SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento															
Insp. visual	normal	anormal	no se hizo	<20sem IgG	<11.0 g/dl	Fe	<11.0 g/dl	<20 sem	Prueba	TARV	no treponémica	Prueba	treponémica	Tratamiento	Tb. de la pareja											
PAP	normal	anormal	no se hizo	≥20sem IgG	<11.0 g/dl	Folatos	<11.0 g/dl	soliciada	result	en em.	+	+	+	+	+											
COLP	normal	anormal	no se hizo	1° consulta IgM	<24 sem	ESTREPTOCOCO B	PREPARACION PARA EL PARTO	220 sem	soliciada	result	en em.	+	+	+	+											
CHICK	PALUDISMO/MALARIA	BACTERIURIA	GLUCEMIA EN AYUNAS	ESTREPTOCOCO B	PREPARACION PARA EL PARTO	CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA	220 sem	soliciada	result	en em.	+	+	+	+	+											
no se hizo	normal	anormal	no se hizo	35-37 semanas	no	si	no	si	n/c	n/c	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si

Fuente: (Nortativa 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 Embarazos.

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

Fuente: (Nortativa 011, 2015)

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

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

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

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

Fecha Probable de Parto (FPP): Se 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. (Nortativa 011, 2015)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Si la respuesta es positiva, continuar:

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

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

Si la respuesta es positiva, continuar:

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

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

Si la respuesta es positiva, continuar:

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

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

Si la respuesta es positiva, continuar:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Registro No Vigente (Anotar —Noll lápiz de grafito y el mes de gestación en que se aplica la vacuna), en los siguientes casos: (Nortativa 011, 2015)

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

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

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

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

Registrar Vigente (Anotar —Sill con tinta azul o negra) en los siguientes casos: (Nortativa 011, 2015)

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

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

o Recibió 5 dosis

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

Tabla No. 2

Esquema de Vacunación de la DT según el Programa Nacional de Inmunización

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

Fuente: (Nortativa 011, 2015)

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

o Examen Odontológico (Odont.): La atención odontológica en el embarazo es una oportunidad para promover la salud oral de la mujer y su familia. La infección periodontal incluye diagnósticos como gingivitis (inflamación de los tejidos blandos alrededor del diente) y periodontitis (destrucción de las estructuras de soporte del diente – hueso, ligamentos, cemento, etc.). La transmisión del *estreptococo mutans* de la madre hacia el niño tiene efecto en la incidencia de caries dental en niños pequeños.

Examinar la cavidad oral y registrar si se observan caries o alteraciones en los tejidos blandos alrededor de los dientes. Marcar según

corresponda. Si el examen fuera anormal registrar —noll y referir al odontólogo. En caso de ser normal registrar —sill.

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

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

o Cérvix: Se recomienda la realización del examen vaginal con espéculo como parte de la evaluación de la atención prenatal con la finalidad de detectar anomalías o infecciones cervicales. La selección del momento más adecuado para este examen es una decisión que hará el personal de salud tomando en cuenta la situación individual de cada mujer. El examen con espéculo también integrará el examen de las mujeres en caso de aborto.

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

o Papanicolaou (PAP): Si se encuentra alguna anomalía cervical o se duda que la mujer pueda regresar después del parto, considerar tomar un PAP durante la atención prenatal. Se puede tomar como dato actual, el PAP realizado en el último año. La interpretación de los resultados puede ser difícil cuando el PAP es tomado durante la gestación. Registrar el resultado del PAP según corresponda: —Normal/Anormal y si el PAP no se realizó, registrar —no se hizo.

o 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).

o Rh: Marcar (+) si la mujer es Rh positivo y (-) si es Rh negativo. Se entiende que la mujer está inmunizada cuando tiene anticuerpos anti D. Si la mujer está inmunizada (tendrá positivo el test de Coombs indirecto y en ese caso se marcará —Sí, en caso contrario se marcará —No”.

o Gammaglobulina Anti D (Globulina anti D): Esta variable está destinada para la aplicación de gammaglobulina anti D durante el embarazo (Todas las gestantes Rh negativas no inmunizadas se aplicará a las 28 semanas de gestación y la siguiente dosis, a las 72 horas postparto). Se marcará —Sí, si siendo Rh negativo no inmunizada recibió gammaglobulina anti D en el embarazo y si no la recibió se marcará —No. En caso de mujer Rh positivo o Rh negativo inmunizada se deberá registrar —n/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”. (Nortativa 011, 2015)

□ Fe/Folatos indicados (Fe): Los requerimientos de hierro y ácido fólico aumentan durante el embarazo y que es difícil que una mujer embarazada pueda satisfacer esta mayor demanda sólo con la dieta. El déficit de folatos es la segunda causa de anemia nutricional durante el embarazo y también es responsable de defectos en el cierre del tubo neural.

o Prueba de Hemoglobina (Hb): La anemia es un problema de salud pública por su alta prevalencia y por las consecuencias que tiene sobre la salud humana, especialmente en el embarazo donde se asocia con aumento del riesgo de mortalidad materna y perinatal (en especial en casos de anemia severa); prematuridad y bajo peso al nacer.

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

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

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

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

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

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

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

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

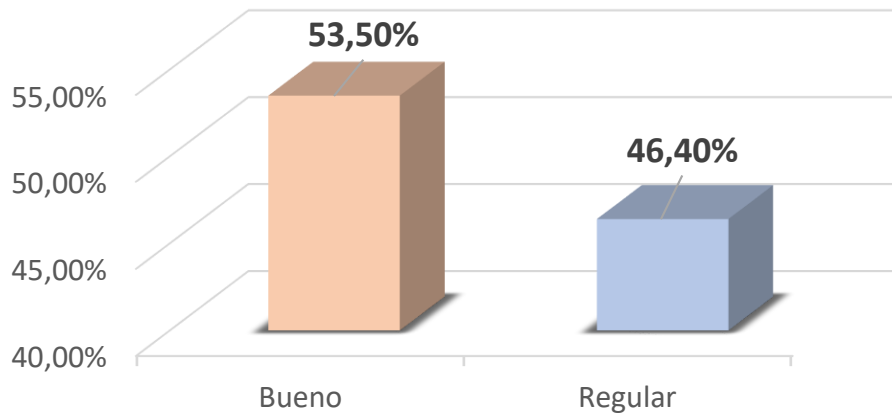
o TARV: Se debe registrar si la paciente con resultado —+ll está recibiendo tratamiento en el embarazo según corresponda (si, no, n/c).

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

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

o Sífilis – Diagnóstico y Tratamiento: La sífilis congénita sigue siendo un problema relevante de salud pública. La estrategia para la eliminación

de la sífilis congénita incluye el tamizaje en la primera consulta prenatal, la promoción de una atención prenatal temprano y la disminución del riesgo de reinfección mediante tratamiento a las parejas sexuales y consejería sobre el uso del condón.



Grafica N° 8
Llenado de sífilis, P/S Gregorio Montoya II Semestre 2020
Fuente: HCP Minsa

En la gráfica N° 8 los resultados fueron: de 28 HCP el 53% (15) lo llenan correctamente y el 46,4% (13) lo hacen regular.

Sabiendo como trabajador de la salud que la sífilis sigue siendo problema de salud pública y que la gráfica N° 8 revela que los trabajadores del puesto de salud Gregorio Montoya tienen baja calidad en el llenado de esta casilla, estos no podrán en un alto porcentaje tomar las medidas de prevención que la misma normativa 106 refleja en sus objetivos "el llenado correcto de este instrumento, hará que el personal de salud desarrolle las siguientes actividades que permitan desarrollar actividades preventivas y diagnósticas que garanticen el buen desarrollo del embarazo (Normativa 106, 2013)

Las pruebas de detección utilizadas pueden ser No Treponémicas (VDRL o RPR) o Treponémicas (FTAABS). Se sugiere que las pruebas de detección se realicen en dos oportunidades, una al momento de la

captación en la primera atención prenatal (antes de las 20 semanas de gestación) y otra en el tercer trimestre. En caso de prueba No Treponémica se marcará (-) cuando la prueba fue no reactiva, (+) si fue reactiva y (s/d) sin dato. En las pruebas Treponémicas se agrega la opción (n/n) cuando no corresponda (ej.: recuerdo inmunológico de infección previa)

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

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

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

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

o Paludismo/Malaria: Marcar el resultado de la prueba de Paludismo/Malaria (Gota Gruesa), en el círculo asignado; Negativo (-) o Positivo (+), así como si no se realizó dicha prueba. Según la normativa vigente del país, se le indicara a las mujeres embarazadas sintomáticas o

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

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

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

Marcar —Anormal cuando:

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

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

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

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

o Glucemia en Ayunas: registrar el valor de la glucemia obtenida (en miligramos por decilitro) en el rectángulo correspondiente. Anotar el resultado obtenido de la glucemia obtenida en ayunas en la embarazada en dos momentos (antes de las 24 semanas de gestación y después de las 24 semanas de gestación). Si la glucemia basal es igual o mayor a 92 mg/dL marcar además el círculo amarillo. Orientar a la embarazada que debe acudir a un Establecimiento de Salud sin haber ingerido alimentos. En caso de aborto no se Anotará el dato mayor de 24 semanas.

o Estreptococo B 35-37, semanas: La infección por Estreptococo grupo B es considerada una causa importante de morbilidad y mortalidad neonatal. La estrategia principal para disminuir esta infección en los recién nacidos es la detección durante el embarazo del estreptococo del grupo B (entre las 35 y 37 semanas) a través de la toma mediante hisopado vaginal y rectal. Indicar si fue negativa (-) o positiva (+). Si no se realizó en estas condiciones o no se solicitó marcar “no se hizo”. En caso de atención por aborto no aplica llenar esta variable.

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

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

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

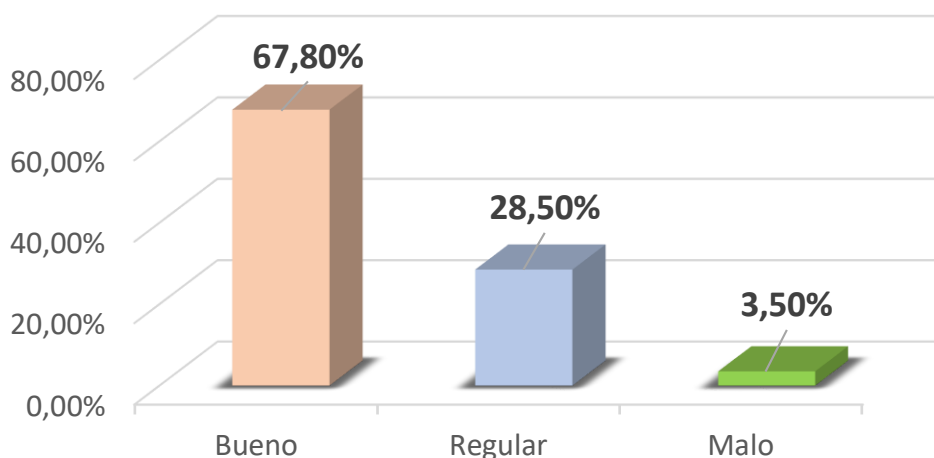
- o Formas de amamantar.

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

- o Discutir las dudas y preguntas de la gestante.

- o También es apropiado informar en este momento sobre los derechos del niño/a y derechos inherentes a la lactancia materna.

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



Grafica Nº 9
Calidad del llenado la gestacion actual, P/S Gregorio Montoya
II Semestre 2020
Fuente: HCP Minsa

La grafica Nº 9 dice que de 28 HCP el 67,8% (19) la llena correctamente, el 67,8% (19) las casillas de gestación actual, el 28,5%(8) regular y el 3,5% (1) malo.

Identificar las mujeres con factores de riesgos obstétricos y reproductivos, para la toma de decisiones oportunas. (Normativa 106, 2013), esto está escrito como uno de los principales objetivos a cumplir dentro de la normativa 106 y si observamos en la gráfica N° 9, un alto porcentaje en el llenado correcto se cumple, pero igual demuestra que este segmento tiene grandes deficiencias que ponen en riesgo la salud de la mujer y su hijo; es claro que los trabajadores de esta unidad de salud tienen grandes retos en mejorar para cumplir en un mayor porcentaje con las exigencias de la normativa misma que esta se dispone.

Tabla 4: Atenciones Prenatales

ATENCIÓNES PRENATALES	dia	mes	año	edad gest.	peso (kg)	PA	altura uterina	presen tación	FCF (lpm)	movim. fetales	protei nuria	signos de alarma, exámenes, tratamientos	Iniciales personal de salud

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

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

Fecha: Anotar el día, mes y año en que se realiza la atención prenatal.

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

Peso: En kilogramos (con un decimal), de la embarazada descalza, con ropa liviana. Grafique de inmediato en el reverso de la HCP y del Carné Perinatal, el incremento de peso materno con un punto. Una con línea continua los puntos de los valores del peso registrados en las APN realizadas. Identifique y utilice cualquiera de las dos situaciones particulares para esta gestante:

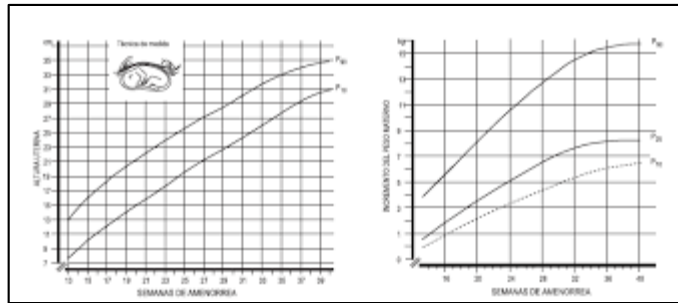
-Si conoce el peso pregestacional o si la embarazada fue captada en las primeras 12 semanas de embarazo, los valores de incremento de peso normal a utilizar están entre los percentilos 25 y 90 (parte oscura del gráfico). Las mismas curvas nos dicen cuánto es el aumento normal de peso de la embarazada.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

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

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

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

Tabla 5: IMC



Fuente: (Nortativa 011, 2015)

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

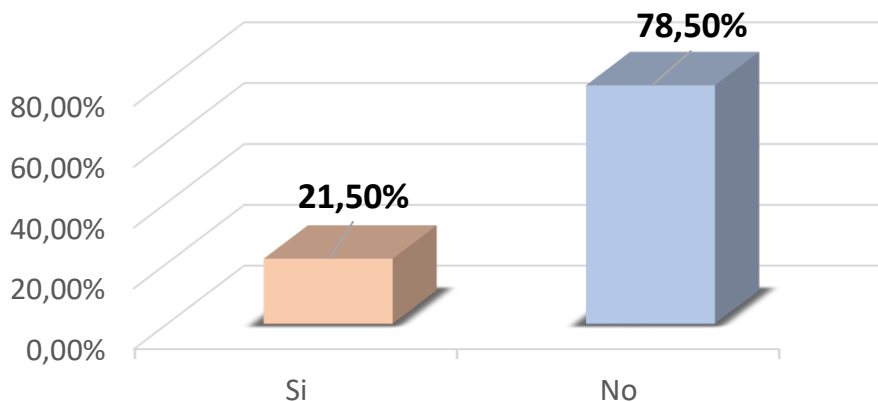
□ **Altura Uterina:** Medir la altura uterina en centímetros desde el borde superior de la sínfisis pubiana al fondo del útero. Utilizar la técnica del pinzamiento entre los dedos índice y medio.

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

□ Presentación: Para la presentación, escribir “cef” (cefálica), „pelv” (pelviana) o “transv” (transversa). Cuando no sea factible recabar el dato, marcar con una raya horizontal en el espacio correspondiente.

□ Frecuencia 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



Grafica N° 10
Llenado de movimientos fetales, P/S Gregorio Montoya II
Semestre 2020
Fuente: HCP Minsa

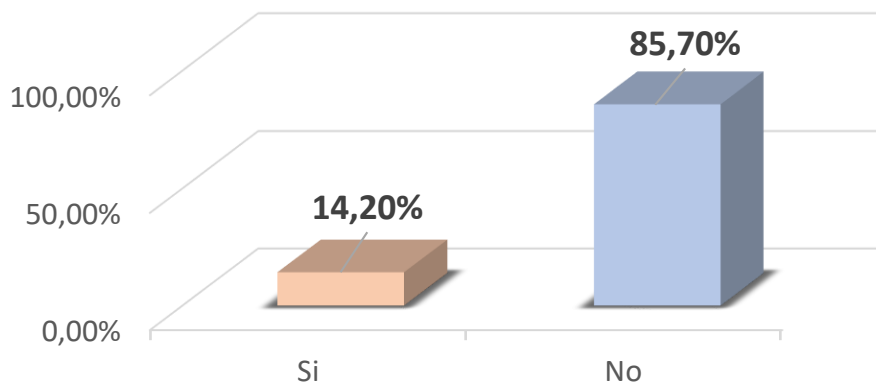
El grafico N° 10 dice que de 28 HCP revisada, 6(21%) la llenan correctamente, pero 22(78.5%) no la llenan correctamente.

Del estudio realizado se encontró que el 22% esta incorrecto en lo que representa el movimiento fetal en la semana 18 que corresponde a la gestación y no se está cumpliendo con marcar si hay movimiento fetales positivo o negativo eso implica incumplimiento según norma, que no se está prestando servicio de calidad de la historia clínica perinatal. Contar

los movimientos fetales es una manera de verificar la salud del bebé (feto) que está en gestación en una mujer. Generalmente se lo llama conteo de patadas. Se hace contando la cantidad de patadas que usted siente que da su bebé en el útero en un cierto período de tiempo. Además, psicológicamente es el momento de contacto y conexión entre el feto y su madre lo que permite la unión de ambos y fomenta un mejor crecimiento y desarrollo del embarazo.

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

□ **Signos de alarma, exámenes, tratamientos:** Describir los hallazgos más relevantes encontrados en la atención prenatal.



Grafica N° 11
Llenado de los signos de alarma de exámenes de laboratorio,
P/S Gregorio Montoya II Semestre 2020
Fuente: HCP Minsa

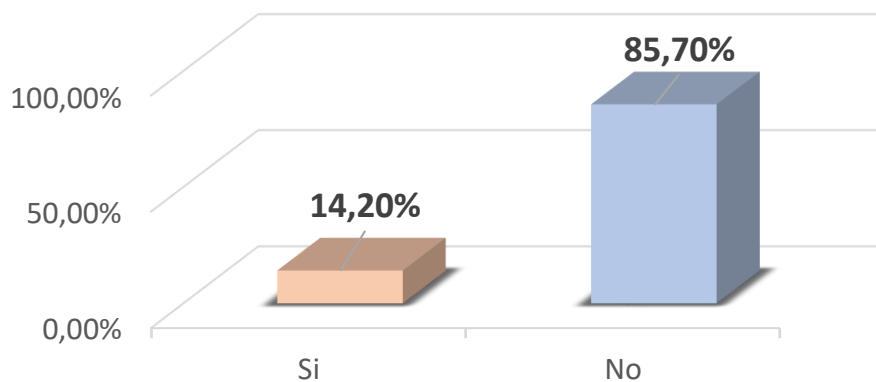
El grafico N° 11 dice que de 28 HCP revisada, 4(14.2%) la llenan correctamente, pero 24(85.7%) no la llenan correctamente.

El estudio realizado demostro que el 24% incorrecto en lo que representa signos de alarma exámenes y tratamiento no están escribiendo los hallazgos más relevantes o escriben con lápiz de grafito no se distingue lo que escriben. Uno de los enfoques de la calidad de atención (proceso) dice “identificar las necesidades del paciente se podrán dirigir mejor los procesos en virtud de lo que la población requiere. Como los procesos son atendidos por más

de una persona, hay que comprometer al equipo que participa en cada uno de ellos” (Cabrera N at el, 2013)

□ 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.



Grafica N° 12
Llenado de la próxima cita, P/S Gregorio Montoya II Semestre 2020
Fuente: HCP Minsa

El grafico N° 10 dice que de 28 HCP revisadas, 4(14.2%) la llenan correctamente, pero 24(85.7%) no la llenan correctamente.

Se realizó un estudio encontrando que 85,7% con un mal llenado incorrecto en lo que representa la próxima cita no están llenando con calidad en lo que es la atención prenatal no están poniendo la próxima cita que le toca a la paciente que corresponde con la fecha de los controles y es importante tanto para la paciente como el trabajador de la salud para llevar un buen control prenatal.

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).

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

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

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

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

o Arto.53.- “El Sistema General de Garantía de Calidad del Sector Salud, provee la certeza al Estado, a los administradores de recursos privados o de las cotizaciones; a las instituciones prestadoras de servicios; a los profesionales de la salud y a los usuarios, de que su interacción o relación, dentro del modelo de atención adoptado en Nicaragua, se lleva a

cabo sobre la base de una óptima utilización, mejoramiento, renovación y capacitación, según sea el caso, de los recursos existentes en cuanto a tecnología; recursos humanos, infraestructura, insumos, medicamentos y gestión”.

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

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

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

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

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

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

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

□ Modelo de Salud Familiar y Comunitario, (MOSAFC): En cumplimiento de sus atribuciones, en consonancia con la Política Nacional de Salud, y con el objeto de restituir el derecho a la salud de la población, el MINSA diseñó el Modelo de Salud Familiar y Comunitario, (MOSAFC), el que se espera, contribuya a propiciar un cambio de actitud en la población, respecto a la salud, en donde ésta deje de verse y abordarse como un problema exclusivamente individual, sino como un fenómeno colectivo y multifactorial, siendo responsabilidad de todos y todas, mantenerla y mejorarla. Debe generar iniciativas de cambio en la cultura y estructura del sector salud para satisfacer las necesidades y el ejercicio de los derechos humanos, contribuyendo a mejorar su calidad de vida durante todo el ciclo vital¹”.

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

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

En los últimos años, el concepto de calidad aplicado a los servicios de salud ha ganado cada vez más terreno. Ello no implica que históricamente estos

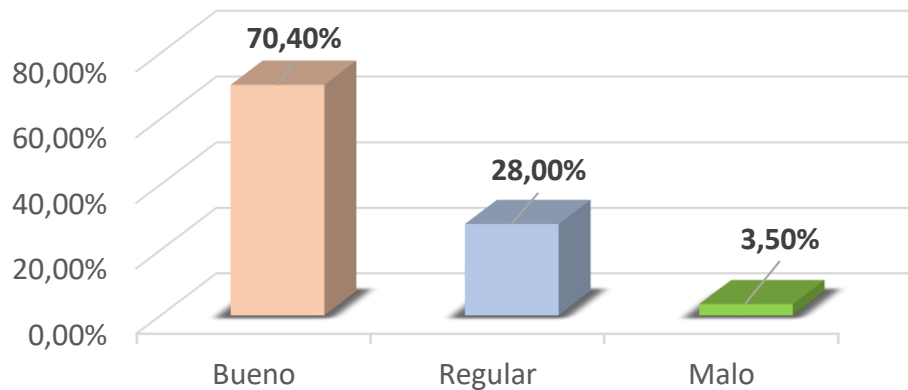
servicios no hayan estado en pos de la excelencia, sino que ya no se trata exclusivamente de poseer calidad técnica o intrínseca, sino de producir actos de calidad y que esta sea percibida por el usuario.

Habitualmente se enmarca el accionar en el sector salud con cuatro palabras: equidad, efectividad, eficacia y eficiencia. La prestación de servicios debe realizarse con equidad, esto es, dar más a quién más necesita garantizando la accesibilidad; con eficacia, o sea, con metodologías y tecnologías adecuadas; con efectividad, alcanzar cobertura e impacto adecuados; y con eficiencia, con rendimiento y costos acordes.

Sin dudas esto constituye la calidad de los servicios de salud.^{1,2} Sin embargo, existen algunas consideraciones importantes respecto al término calidad que es necesario tener en cuenta:

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

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



Grafica N°13
Calidad del llenado de la atención prenatal, P/S Gregorio Montoya II
Semestre 2020
Fuente: HCP Minsa

Por último, la gráfica Nª 13 demuestra que de 28 HCP revisadas un 70,4% (24) realizan un buen llenado, el 28% (3) regular y un 3,5% (1) malo.

Notable es remarcar que aunque el mayor porcentaje que muestra la gráfica N° 13 es buen llenado, si tomamos en cuenta los porcentaje de evaluación que el Minsa otorga en una supervisión siempre tiene que superar un 85% del total evaluado, se puede decir que el puesto de salud tiene problema en la calidad del llenado de la HCP, y si se toma en cuenta lo que menciona la (OPS, 2013) "La calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica de manera tal que maximice sus beneficios a la salud sin aumentar al mismo tiempo los riesgos. El grado de calidad es, por lo tanto, el punto en el cual se espera que la atención provista logre el balance más favorable de riesgos y beneficios", es demás decir que los líderes en salud de esta comunidad deberán ver la manera de maximizar los beneficio que la normativa permite a los trabajadores si se realiza el trabajo con buena actitud y responsabilidad en la atención.

IX- CONCLUSIONES

1. Se identifica el llenado de los datos de filiación de las embarazadas en estudio. en el puesto Gregorio Montoya rio blanco, encontrando una gran deficiencia en llenado de este, el cual su mayor falla está; no se escribe correcta y legible el nombre y dirección del paciente.
2. Al verificar el llenado del segmento antecedentes patológicos familiares, personales y obstétricos de las embarazadas. Se obtuvo un alto valor en la calidad del llenado cumpliendo con las normativas
3. Se Constata que el llenado del segmento datos de exámenes clínicos y laboratorios de las pacientes embarazadas. También es bueno en un alto porcentaje, pero no cumple con el estándar de valoración de la normativa.
4. Se Determina que el llenado de los datos de las consultas prenatal y la realización de las curvas de ganancia de peso materno y altura uterina para la edad gestacional igual es esta dentro del parámetro otorgado de bueno, pero muy por debajo del estándar de supervisión.

X- BIBLIOGRAFIA

Br. Zeron C. & Br. Sánchez J. (2015). *Tesis para optar al título de Médico y Cirujano, Calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal en el Hospital Primario*. leon: unan, leon.

Cabrera N at el. (2013). *Bases legales de la calidad en los servicios de salud*. cuba: Rev.

derecho, p. p. (8 de octubre de 2020). *eficacia e importacia de la redaccion*.
Obtenido de <https://lpderecho.pe/eficacia-importancia-redaccion-juridica/>

Ipinza M. (2007). *Calidad y Atención Integral de Salud: dos conceptos inseparables*. Chile: Cuad Méd Soc.

Normativa 106. (2013). *Manual para el Llenado de la Historia clínica perinatal (HCP)*. MANAGUA: Minsa.

Nortativa 011. (2015). *“Normas y Protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo”*. Managua: MINSA.

OPS. (2013). *Calidad en la prestación de servicios de salud: una aproximación al concepto*. *Revista de ciencias sociales*, Vol. XIX, No. 4.

Anexo N°1

Carne 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

Nombre y Apellidos: _____ Fecha de nacimiento: día mes año

Domicilio: _____ Edad (años): < 15 15-20 > 20

Localidad: _____ Tele: _____

ETNIA: blanca indígena mestiza negra ota

ALFA BETA: no si

ESTUDIOS: ninguno primaria secundaria universitaria años en el mayor nivel

ESTADO CIVIL: casado unión estable soltero otro

Lugar del control prenatal: _____

Lugar del parto: _____

Antecedentes: FAMILIARES (diabetes, hipertensión, etc.), PERSONALES (TBC, VIH, etc.), OBSTETRICOS (gestas previas, eborlos, etc.), FIN EMBARAZO ANTERIOR (fecha, resultado), EMBARAZO PLANEADO (sí/no), FRACASO METODO ANTICONCEPCION (sí/no)

GESTACION ACTUAL

Peso anterior: _____ IMC: _____ Talla (cm): _____

EG CONFiable por FUM Eco < 20s: no si

FUM ACT: 1° 2° 3° trimestre

ROGAS ALCOHOL VIOLENCIA ANTIRUBEOLA ANTITETANICA EX. NORMAL

ATENCIONES PREVIAS

Fecha	Edad gest.	Peso (kg)	PA	altura uterina	presen tación	FCF (lpm)	movim. fetales	procti nune	signos de alarma, exámenes, tratamientos	Indicades personal de salud	proxima cita

PARTO ABORTO

Fecha de ingreso: _____ Lugar del parto: _____ Hospitaliz en embarazo: _____

Corteicoides antenatales: completo incompl. ninguno

Inicio: espontáneo inducido

Ruptura prematura de membrana: no si

Edad gest. el parto: _____

Intervención quirúrgica: no si

Tramado: no si

acompañante: no si

TRABAJADO DE PARTO

hora min posición de la cabeza PA pulso contr./10 dilatación altura present. variedades posic. meconio FCF tipo

ENFERMEDADES

HTA preve HTA inducida emboscos preclampsia edemopsis cardiopatia nefropatia diabetes

infecc. ovular infecc. uterinas amenaza parto preter. R.C.I.U. rotura prem. de membranas anemia che cond. grave

HEMORRAGIA 1° 2° 3° postparto

TOP Prueba sí/no VIH

NACIMIENTO

VIVO MUERTO anteparto parto

MULTIPLE: no si

TERMINACION: espont. fórceps cesárea vacuum

INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO: _____

RECIEEN NACIDO

SEXO: _____ PESO AL NACER: _____

ESTADO GESTACIONAL: _____ PESO E.G.: _____

APGAR: _____

FALLECE en lugar de parto: no si

REFERIDO: _____

PUERPERIO INMEDIATO

REFERIDO: día hora TPC PA pulso invol. uter. loquios

EGRESO

EGRESO MATERNO: _____

EGRESO AL ALTA: _____

ANTICONCEPCION: _____

DEFECTOS CONGENITOS

DEFECTOS CONGENITOS: no si

EGRESO MATERNO

EGRESO MATERNO: _____

DEFECTOS CONGENITOS

DEFECTOS CONGENITOS: no si

CLAP/SMR/OPS/OMS

ANEXO N° 2: tablas

TABLA 1

SEGMENTOS DE FILIACIÓN, PUESTO DE SALUD GREGORIO MONTOYA, II SEMESTRE 2020

DP	SI	%	NO	%	TOTAL
NOMBRE	13	46.4	15	53.5	100%
DOMICILIO	11	39.2	17	60.7	100%
LOCALIDA	11	39.2	17	60.7	100%
TELEFONO	15	53.5	13	46.4	100%
FECHA NAC	24	85.7	4	14.2	100%
EDAD	23	82.1	5	17.8	100%
ETNIA	25	89.2	3	10.7	100%
ESTUDIO	23	82.1	5	17.8	100%
ESTADO CIVIL	15	53.5	13	46.4	100%
LUGAR APN	20	71.4	8	28.5	100%
CEDULA	17	60.7	11	39.2	100%

FUENTE: HCP Minsa

TABLA N° 2

CALIDAD DEL LLENADO DEL SEGMENTOS DE FILIACIÓN, PUESTO DE SALUD GREGORIO MONTOYA, II SEMESTRE 2020

VALOR	n =28	%
BUENO	11	39,2
REGULAR	16	57,1
MALO	1	3,5
TOTAL	28	100%

FUENTE: HCP Minsa

TABLA Nº 3

SEGMENTOS ANTECEDENTE FAMILIARES, PUESTO DE SALUD GREGORIO
 MONTOYA, II SEMESTRE 2020

ANTECEDENTE FAMILIARES	SI	%	NO	%	TOTAL
TBC	28	100	0	0	100%
DIABETE	26	92.8	2	7.1	100%
HIPERTENCION	21	75	7	25	100%
PRECLANCIA	27	96.4	1	3.5	100%
ECLAMPسيا	28	100	0	0	100%
OTRA CONDICIONES	28	100	0	0	100%

FUENTE: HCP Minsa

TABLA Nº 4

CALIDAD DEL LLENADO DEL SEGMENTOS DE LOS ANTECEDENTES
 FAMILIARES, PUESTO DE SALUD GREGORIO MONTOYA, II SEMESTRE 2020

VALOR	n =28	%
BUENO	25	89,2%
REGULAR	2	7,1
MALO	1	3,5
TOTAL	28	100%

FUENTE: HCP Minsa

TABLA N°5
SEGMENTOS ANTECEDENTE PERSONALES, PUESTO DE SALUD
GREGORIO MONTOYA, II SEMESTRE 2020

ANTECEDENTE PERSONALES	SI	%	NO	%	TOTAL
TBC	28	100	0	0	100%
DIABETE	28	100	0	0	100%
HIPERTENCION	24	85.7	4	14.2	100%
PRECLAMPSIA	26	92.8	2	7.1	100%
ECLAMPSIA	28	100	0	0	100%
CURUGIA GENITA V	28	100	0	0	100%
INFERTELIDAD	28	100	0	0	100%
CARDIOPATIA	28	100	0	0	100%
NEFOPATIA	27	96.4	1	3.5	100%
VIOLENCIA	27	96.4	1	3.5	100%
VIH	26	100	0	0	100%
OTRAS COMPLICACION	28	100	0	0	100%

FUENTE: HCP Minsa

TABLA N° 6
CALIDAD DEL LLENADO DEL SEGMENTOS DE LABORATORIO, PUESTO DE
SALUD GREGORIO MONTOYA, II SEMESTRE 2020

VALOR	n =28	%
BUENO	19	67,8
REGULAR	8	28,5
MALO	1	3,5
TOTAL	28	100%

FUENTE: HCP Minsa

TABLA
 ANTECEDENTE OBSTETRICOS, PUESTO DE SALUD GREGORIO MONTOLLA,
 II SEMESTRE 2020

ANTECEDENTE OBSTETRICO	SI	%	NO	%	TOTAL
GESTA PREVIA	23	82.1	5	17.8	100%
ABORTO	19	67.8	9	32.1	100%
VAGINALES	21	75	7	25	100%
N. VIVOS	19	67.6	9	32.1	100%
VIVEN	21	75	7	25	100%
MUERTOS 1S	16	57.1	12	42.8	100%
DESPUES 1S	17	60.7	11	39.2	100%
N. MUERTOS	22	78.5	6	21.4	100%
CESARIA	22	78.5	6	21.4	100%
PARTOS	25	89.2	3	10.7	100%
EMB. ECTOPICO	10	35.7	18	64.2	100%
ULTIMO PREVIO	7	25	21	75	100%
ANTECEDENTE MULTIPLES	3	10.7	25	89.2	100%
FIN EMB ANTERIOR	26	92.8	2	7.1	100%
EMB PLANIADO	25	89.2	3	10.7	100%
FRACASO ANTICONSETIVO	22	78.5	6	21.4	100%

FUENTE: HCP Minsa

TABLA 5

GESTA ACTUAL +EXAMEN DE LABORATORIO, PUESTO DE SALUD
GREGORIO MONTOLLA, II SEMESTRE 2020

	SI	%	NO	%	TOTAL
PESO ANTERIOR	21	75	7	25	100
IMC	21	75	7	25	100
TALLA	25	89.2	3	10.7	100
FUM	24	85.7	4	14.2	100
FPP	22	78.5	5	17.8	100
EGO	28	100	0	0	100
FUMA ACTIVA	28	100	0	0	100
FUMA PASIVA	28	100	0	0	100
DROGAS	28	100	0	0	100
ALCOHOL	28	100	0	0	100
VIOLENCIA	27	96.4	1	3.5	100
ANTIRUBEOLA	25	89.2	3	10.7	100
ANTITETANICA	25	89.2	3	10.7	100
ODONTOLOGIA	25	89.2	3	10.7	100
MAMAS	25	89.2	3	10.7	100
PAP	25	89.2	3	10.7	100
GRUPO	25	89.2	3	10.7	100
RH NEG	25	89.2	3	10.7	100
TOSOPLASMOSIS	28	100	0	0	100
HB≤20SMHB≥20SM	28	100	0	0	100
FOFOLATO INDICADO	26	92.8	2	7.1	100
HEMOGLOBINA	25	89.2	3	10.7	100
VIH TRATAMIENTO	27	96.4	1	1	100

SIFILIS DIG TRATAMIENTO	15	53.5	13	46.4	100
CHAGAS	6	21.4	22	78.5	100
PALUDISMO MALARIA	15	53.5	13	46.4	100
BACTERIURIA	17	60.7	11	39.2	100
GLICEMIA AYUNA	23	82.1	5	17.8	100
ESTRETO COCO B	20	71.4	8	28.5	100
PREPARACION PARA PARTO	25	89.2	3	10.7	100
CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA	25	89.2	3	10.7	100

FUENTE: HCP Minsa

TABLA 7

ATENCION PRENATAL, PUESTO SALUD GREORIO MONTOYA, II SEMESTRE
2020

DIA	28	100	0	0	100
MES	28	100	0	0	100
AÑO	28	100	0	0	100
EADAD GESTACIONAL	28	100	0	0	100
PESO KG	28	100	0	0	100
PA	28	100	0	0	100
ALTURA UTERINA	26	92.8	2	7.1	100
PRESENTACION	26	92.8	2	7.1	100
FCF (IPM)	26	92.8	2	7.1	100
MOV FETAL	6	21	22	78.5	100

PROTENURIA	26	92.8	2	7.1	100
SIGNOS DE ALARMA Y EXAMEN LABORATORIO	4	14.2	24	85.7	100
INICIALES DEL PERSONAL DE SALUD	20	71.4	8	28.5	100
PROXIMA CITA	4	14.2	24	85.7	100

FUENTE: HCP Minsa

TABLA Nº 8

SEGMENTOS DE ATENCION PRENATAL, PUESTO DE SALUD GREGORIO
MONTROYA, II SEMESTRE 2020

VALOR	n =28	%
BUENO	24	70,4
REGULAR	3	28
MALO	1	3,5
TOTAL	28	100%

FUENTE: HCP Minsa

Anexo N° 3: fotos

Ilustración 3 FACHADA PUESTO SALUD GREGORIO MONTOYA



Ilustración 4 SALA DE ESPERA PUESTO DE SALUD GRAGORIO MONTOYA

