



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN - MANAGUA

**FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA DE MATAGALPA  
UNICAM – RIO BLANCO  
DEPARTAMENTO DE CIENCIA, TECNOLOGÍA Y SALUD.**

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

**TEMA:**

CALIDAD DEL LLENADO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL EN  
PACIENTES ATENDIDAS EN LOS PUESTOS 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 “FÉLIX BALOY” en el II semestre del año 2020

**AUTORES**

Br. Byron Dixon Morales López  
Br. Eymi Esperanza Fernández Cerda  
Br. Elvin Antonio González

**TUTOR**

Msc. Harvy José Aguinaga Pérez.

**Enero del 2020**





UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN - MANAGUA

**FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA DE MATAGALPA  
UNICAM – RIO BLANCO  
DEPARTAMENTO DE CIENCIA, TECNOLOGÍA Y SALUD.**

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

**TEMA:**

CALIDAD DEL LLENADO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL EN  
PACIENTES ATENDIDAS EN LOS PUESTOS 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 “FÉLIX BALOY” en el II semestre del año 2020

**AUTORES**

Br. Byron Dixon Morales  
Br. Eymi Esperanza Fernández Cerda  
Br. Elvin Antonio González

**TUTOR**

Msc. Harvy José Aguinaga Pérez.

**Enero del 2020**

## **i- DEDICATORIA**

Dedicado con amor a:

- Dios, por aarnos permitido llegar hasta este punto dándonos salud las fuerzas, el entendimiento y la sabiduría para poder culminar esta meta que nos propusimos.
- Nuestros padres que a lo largos de nuestras vidas nos han aconsejado, motivado y apoyado, en todo momento para luchar y conquistar nuestros sueños.
- A todos mis maestros que con todas sus enseñanzas nos infundieron el profesionalismo y el calor humano hacia el paciente.
- A todas las personas que me apoyaron en este largo camino, a mis compañeros y amigos presentes y pasados, que a través del tiempo nos han aportado algo para ser mejor persona y profesional.

***Br. Byron Dixon Morales López***  
***Br. Eymi Esperanza Fernández Cerda***  
***Br. Elvin Antonio González***

## ii- AGRADecIMIENTOS

- De manera especial damos gracias a Dios el cual es merecedor y digno de todos nuestros triunfos y logros al cual le debemos la vida, nuestra salud e inteligencia si no hubiese sido por sus bendiciones jamás lo hubiéramos logrado.
- A nuestros padres por su apoyo incondicional desde nuestro nacimiento hasta la fecha actual por alentarnos a cumplir nuestros sueños.
- A él Msc. Harvy José Aguinaga, por sus consejos su apoyo y las orientaciones que nos a brindando durante el transcurso del proyecto.
- Al personal que nos abrió sus puertas en el trayecto completo de nuestra carrera para poder ampliar nuestros conocimientos y poder compartirlos: director del centro de salud Dr. olivas y todo el personal que labora en el centro de salud Denis Gutiérrez, Agradecemos infinitamente por su valioso tiempo brindado hacia nosotros.
- A los docentes de las diferentes asignaturas que marcaron cada etapa de nuestra carrera académica, gracias por facilitarnos el conocimiento y la práctica necesaria para obtener un buen nivel de aprendizaje a lo largo de este trayecto.
- Al personal del puesto salud Félix Baloy que nos brindaron de su tiempo y espacio para poder aplicar los instrumentos de recolección de datos para realizar este trabajo con calidez y eficacia.
- Muchas gracias a todos.

**Br. Byron Dixon Morales López**  
**Br. Eymi Esperanza Fernández Cerda**  
**Br. Elvin Antonio González**

## Carta aval



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN - MANAGUA

### **Facultad Regional Multidisciplinaria Matagalpa Departamento Ciencia-Tecnología-Salud.**

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 del llenado de la historia clínica perinatal*, en pacientes atendidas en los puestos de salud del municipio de Rio Blanco en el periodo II semestre 2020. Con el subtema: CALIDAD DEL LLENADO DE LA HISTORIA CLINICA PERINATAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL PUESTO DE SALUD FELIX BALOY, EN EL II SEMESTRE DEL AÑO 2020. Elaborado por los autores: **Br.** Byron Dixon Morales López, **Br.** Eymi Esperanza Fernández Cerda, **Br.** Elvin Antonio González. Reúne los requisitos científicos y metodológicos para ser presentada y defendida ante un tribunal examinador. Matagalpa 2020.

---

**MSC. Harvy José Aguinaga Pérez**  
**Tutor de seminario**

## RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo evaluar la calidad del llenado de la historia clínica perinatal, en el puesto de salud Félix Baloy en el municipio de rio blanco en el segundo II del año 2020. Metodológicamente la investigación basa sus referencias en Piura donde su tipo de estudio se establece como descriptivo, con enfoque mixto en el tiempo. El universo fue constituido por 34 embarazadas que fueron atendidas en el puesto de salud, Félix Baloy del municipio de rio blanco, durante en el periodo de estudio, la muestra correspondió a 34 HCP de embarazadas subsecuentes que cumplen con los criterios de inclusión, por lo tanto se aplica un muestro no probabilístico a conveniencia la fuente de información fue secundaria, la información obtenida fue registrada en una base de datos en Word epi-info al final serán expuestos mediante el programa de PowerPoint.

En el análisis del llenado de la HCP se encontró que, en el *segmento de identificación*, una buena calidad en el llenado con algunas limitaciones que se encuentran en el registro del teléfono, lugar de parto/ aborto y el número de identidad. En el *segmento de antecedentes* se identificó una buena calidad en el llenado, se encontró más fallas que en el segmento anterior tales como es en los antecedentes familiares lo que es la HTA, en los antecedentes personales tiene falla en los que es eclampsia, preclamsia y cirugía génito urinaria. Y en antecedentes obstétricos gestas previas, ultimo previo, antecedentes múltiples.

En el *segmento gestación actual*, es el que más falla tiene clasificándose como una calidad regular ya que la mayoría de sus acápite tienen un alto porcentaje de mal llenado, entre los cuales tenemos IMC, FPP, PAP, RH+-, hemoglobina, sífilis, bacteriuria. En los datos de *atenciones prenatales* se encuentran con una calidad buena teniendo solo algunas fallas en los acápite como son proteinuria y P/A. En la mayoría de los casos de calidad de las HCP está entre buena y regular {malo} ya que no se cumplen correctamente con el registro de las trece actividades normadas por el ministerio de salud.

# Índice

I-	INTRODUCCIÓN.....	1
II-	JUSTIFICACIÓN.....	5
III-	OBJETIVOS.....	6
	General: .....	6
	Específicos:.....	6
IV-	DESARROLLO DEL TEMA.....	7
	DESCRIPCIÓN DEL PUESTO.....	7
	Atención Prenatales:.....	8
	1. Segmento – Identificación.....	10
	2. Segmento – Antecedentes Familiares, Personales y Obstétricos...	15
	3. Segmento – Gestación Actual .....	21
	4. Atenciones prenatales.....	43
	Marco Legal.....	49
V-	CONCLUSIONES.....	52
VI-	BIBLIOGRAFIA.....	53
	ANEXO: N°1. HCP .....	1
	ANEXO: N°2. Tablas.....	2
	ANEXO: N°3. Graficas .....	7
	Anexo: N° 4. Fotos y más.....	10



## **I- INTRODUCCIÓN.**

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

**¿Cuáles la calidad del llenado de la historia clínica perinatal en pacientes atendidas en el puesto de salud Félix Baloy 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 Félix Baloy 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. & 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%.

Metodológicamente la investigación basa sus referencias en Piura donde su tipo de estudio se establece como descriptivo, con enfoque mixto, longitudinal y prospectivo en el tiempo. El universo la constituirán 34 HCP de mujeres que fueron atendidas en el Puesto de Salud Félix Baloy, Municipio de rio blanco, donde se toma una muestra de 34 HCP subsecuente que cumplen con los criterios de inclusión (HCP de pacientes subsecuentes que asisten al Puesto de Salud Félix Baloy, en el periodo de estudio planteado). Por lo tanto, se aplica un muestreo no probabilístico a conveniencia, el instrumento utilizado es la hoja HCP-MINSA. El cual se divide en (ITEM) los cuales se le dieron valores de bueno, regular y malo, para determinar si existe una calidad en el llenado de la HCP en el centro estudiado, los datos y resultados fueron procesados en el programa de Word, epi-info, al final será expuesto mediante el programa de PowerPoint.

En cuanto al aspecto ético para la realización de dicho trabajo investigativo se solicitó un permiso formal al director del Centro de Salud Denis Gutiérrez, así como al personal médico y de enfermería responsable del puesto de salud Félix Baloy, se hará la observación del personal que atiende en el puesto antes mencionado. Cabe recalcar que se ajusta a las recomendaciones respetando la voluntariedad del personal del puesto.

## **II- JUSTIFICACIÓN**

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

Por tal razón se realizará esta investigación con el objetivo de Evaluar la Calidad del llenado de las Hojas de la Historia Clínica Perinatal, en pacientes atendidas en el puesto “Félix Baloy” 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 municipio de Rio Blanco en el periodo de II semestre 2020

#### **Específicos:**

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

#### IV- DESARROLLO DEL TEMA.

##### 4.1- DESCRIPCIÓN DEL PUESTO.

*Ilustración 1 FACHA DEL PUESTO FELIX BALOY*



El puesto de la salud Félix Baloy ubicado en el municipio de rio blanco está localizado actualmente dentro del previo del centro de salud, en un área al costado oeste donde es la bodega de insumos y atiende los barrios 3-80 y Crescencio Suarez en el municipio de Rio Blanco.

*Ilustración 2 PARTE LATERAL DEL PUESTO FELIX BALOY*

Fue aperturado en el año 2014, Empezó atendiendo consultas en las casas de algunos pobladores conocidas como casas solidarias, brindando atención primaria en salud por la licenciada en enfermería Suhey Rodríguez y la Dra. Concepción Rivera durante el periodo de 2 años estuvo de casa en casa, hasta que se decidió llevar al centro de salud por que no encontraron más casas para tener el puesto.



Actualmente sigue ubicado en un anexo en el centro de salud por motivo de que no hay un lugar donde tener el puesto, se están haciendo gestiones para comprar un terreno para tener el puesto aún no se ha dado respuesta de las autoridades competentes.

Este puesto actualmente se atiende por la Dra. Guadalupe Montoya y el auxiliar Kevin Simmons Cuenta con una farmacia, un consultorio, una sala de revisión

ginecológica, el PAI, un pasillo de espera, un estante para archivar expediente clínico Brindando las siguientes atenciones: controles prenatales, controles en puerperio, planificación familiar, atención a pacientes crónicos, controles de crecimientos de los niños (VPCD), vacunas, cirugías menores, inyectologías, consultas generales, cuidados de enfermería, visitas integrales y consejerías.

**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 morbimortalidad materna y perinatal, con el objetivo de monitorear la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados del-a recién nacido/a. La atención debe ser precoz, periódica, continua, completa, de amplia cobertura, con calidad y equidad. (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 estos 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. Seguido del Listado de Códigos de las Patologías más frecuentes durante el embarazo, parto o puerperio, Patología Neonatal, Indicación Principal de Parto quirúrgico o inducción, Medicación durante el trabajo de parto y Anomalías Congénitas, según la Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Edición (CIE-10). (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:

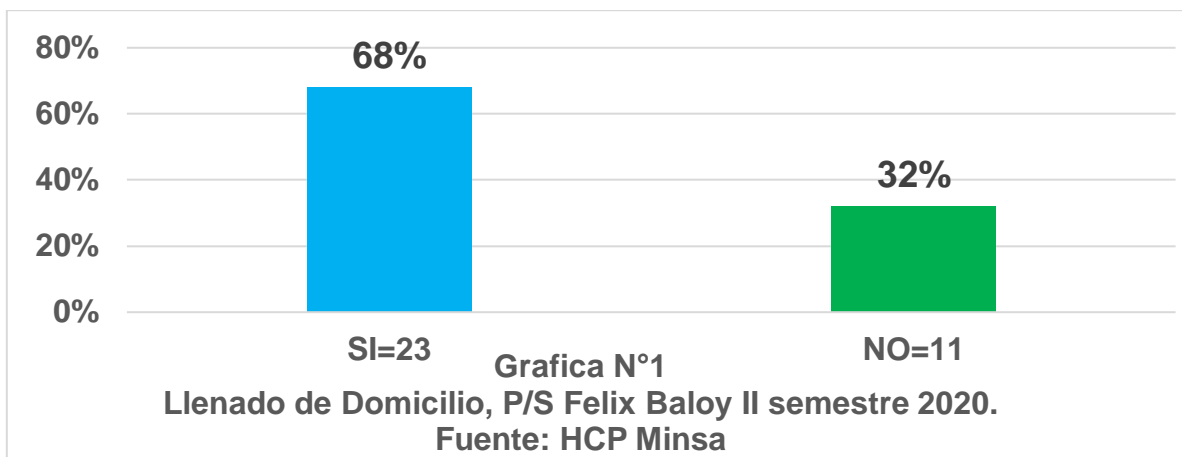
### A. Segmentos de la Historia Clínica Perinatal

#### 1. Segmento – Identificación

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

Fuente: (Nortativa 011, 2015)

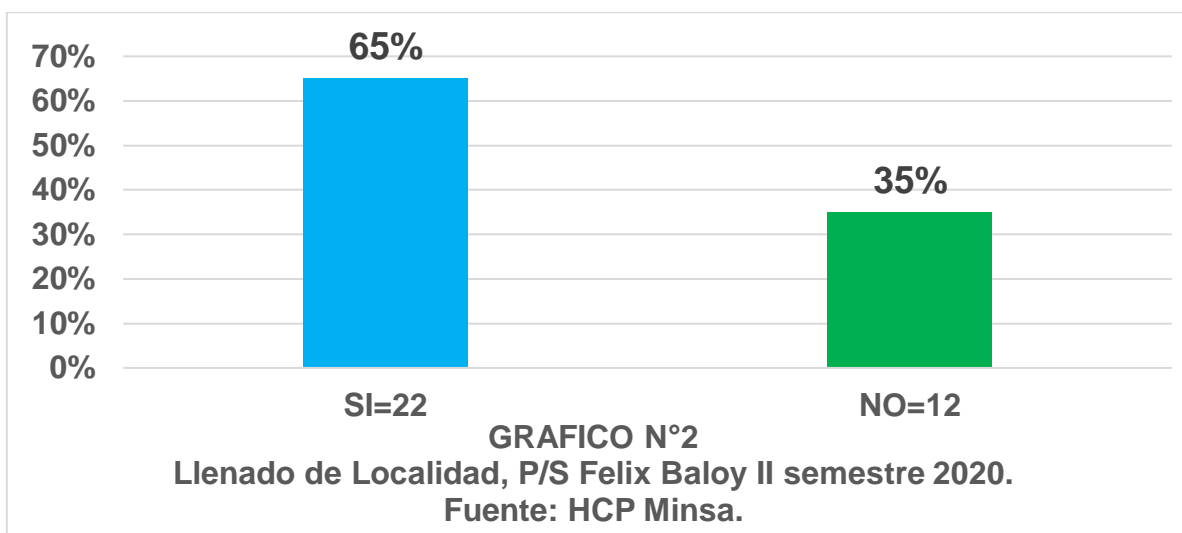
- ❖ **Nombre y Apellidos:** Anotar los nombres y apellidos de la mujer, preferiblemente como aparece en la cédula de identidad. Copiarlos si presenta su cédula.
  
- ❖ **Domicilio:** Se refiere a la residencia habitual de la embarazada, durante los últimos tres meses. Anotar dirección exacta para efectos de la búsqueda activa e inasistentes.



El grafico n° 1 dice que de 34 HCP revisadas 23 (68%) la llenan correcta, pero 11 (32%) no la llenan correctamente. (Tabla n° 1, anexo n°2)

Según (normativa\_106, 2013), refiere que se debe anotar la residencia habitual de la paciente con una dirección exacta, porque así se conocería la distancia del puesto hasta donde habita la embarazada facilitando su búsqueda en caso de inasistencia a sus controles., en base a lo estudiado como personal de salud es muy importante preguntar a la embarazada en el momento de la consulta ya que es de suma importancia conocer ese dato. Al realizar correctamente este llenado de la HCP tendremos buenos resultados a la hora de una supervisión del salái.

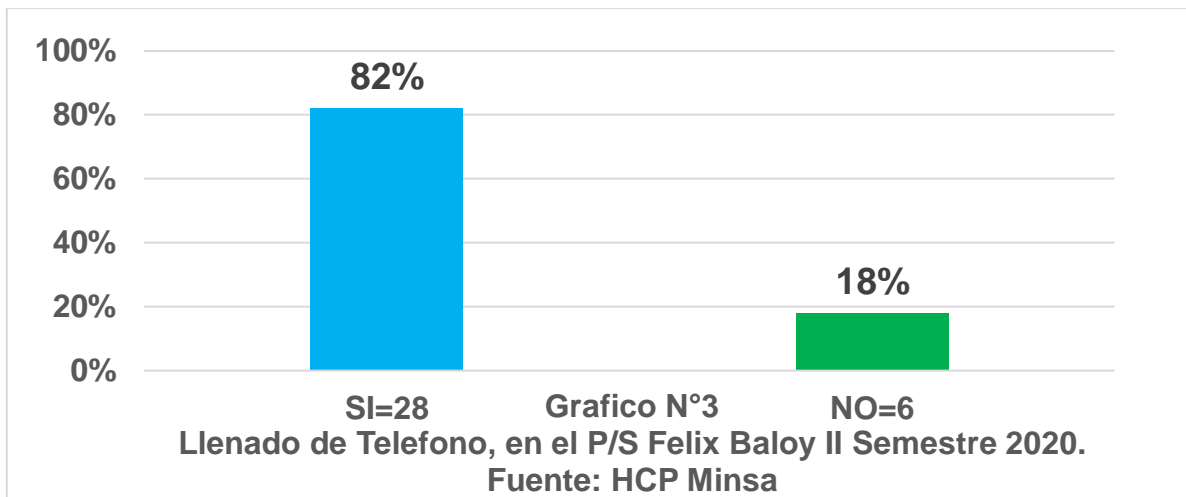
❖ **Localidad:** Se refiere al nombre de la ciudad, municipio, pueblo, comarca.



El grafico n° 2 dice que de 34 HCP revisadas 22 (65%) la llenan correctamente, pero 12 (35%) no la llenan correctamente (tabla n° 1, anexo N° 2)

Según (normativa\_106, 2013) hace referencia a localidad como nombre de una ciudad, municipio, pueblo o comarca. Por lo tanto, es importante conocer su localidad de origen para así llevar un control de todas las embarazadas que asisten al puesto.

- ❖ **Teléfono:** El teléfono del domicilio o celular. Si no tuviera, anotar un número de teléfono cercano, en donde el personal de salud pueda comunicarse con ella o la familia, en caso de requerirse.

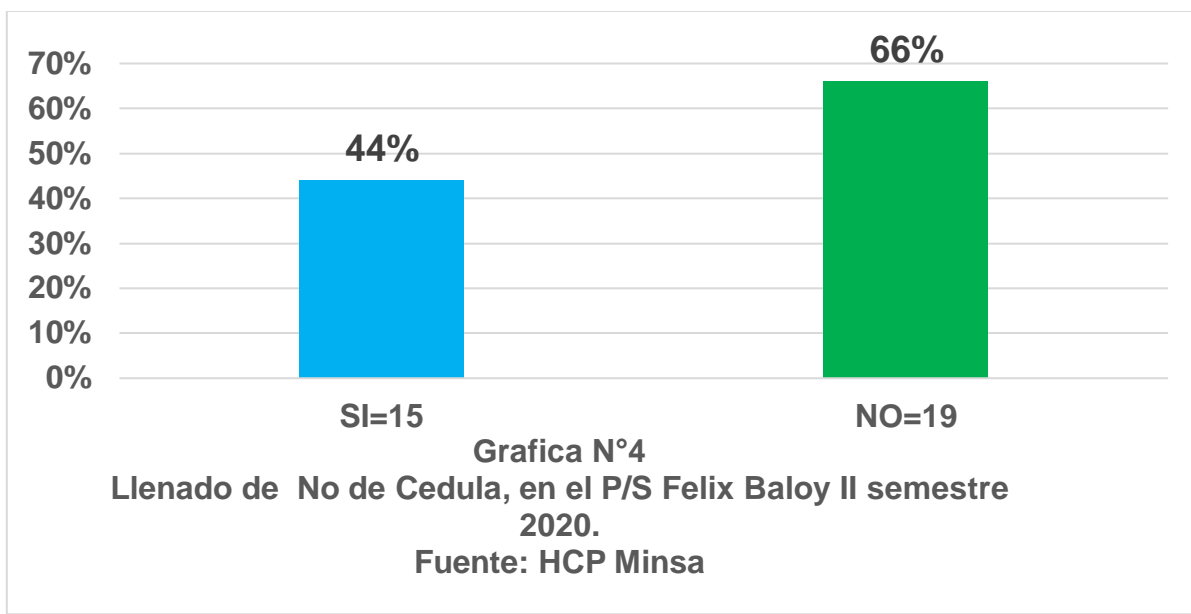


El grafico N°3 dice que de 34 HCP revisadas, 28 [82%] lo llenan correctamente y 6 [18%] no lo llenan correctamente. {Tabla N°1, Anexo 2}

Según (Quintero, 2020) la importancia del llenado correcto de número de teléfono radica en que en un dado caso que la embarazada no esté llegando a sus controles podemos localizarla a través de su número telefónico, y así preguntarle por qué no acude a sus controles y agendarle otro día para que llegue a hacerse su control. O para localizarla a la hora de una emergencia obstétrica.

- ❖ **Fecha de Nacimiento:** Completar día, mes y año del nacimiento de la embarazada.
- ❖ **Edad:** Al momento de la primera consulta (captación) preguntar: *¿Cuántos años cumplidos tiene?*  
Anotar la respuesta en los dos espacios disponibles. Si es menor de 20 años o mayor de 35 años, marcar el círculo amarillo. (Nortativa 011, 2015)
- ❖ **Etnia:** Marcar el casillero que corresponda a la etnia que declara pertenecer la embarazada. La HCP incluye la variable Etnia con 5 opciones de respuesta: blanca, indígena, mestiza, negra, otros. La forma de obtener el dato podría ser: *¿Cómo se considera? ¿Blanca? ¿Indígena?, ¿mestiza?, ¿negra?, ¿otros?*
- ❖ **Alfabeto:** Preguntar: *¿Sabe leer y escribir?* Anotar la respuesta (SI o No) según corresponda.
- ❖ **Estudios:** Se refiere a estudios cursados en el sistema formal de educación. Preguntar *¿Cuál fue el nivel de estudios más alto al que asistió? ¿Primaria? ¿Secundaria? ¿Universitaria?* Registrar únicamente el máximo nivel alcanzado.
- ❖ **Años en el mayor nivel:** Preguntar: *¿Cuál fue el año más alto que aprobó en ese nivel?* Registrar únicamente el año más alto que haya sido aprobado. Por ejemplo, si la mujer refiere haber completado hasta el 3er año de secundaria, entonces marcar Secundaria y registrar “3” en el espacio que corresponde a años en el mayor nivel.
- ❖ **Estado Civil:** Registrar el estado civil según corresponda. Se entiende por “unión estable” la convivencia permanente con un compañero, sin formalización legal. En “otro” se incluye separada, divorciada, viuda.
- ❖ **Vive Sola:** Indagar si la embarazada vive con familiares u otras personas en caso de no tener cónyuge.

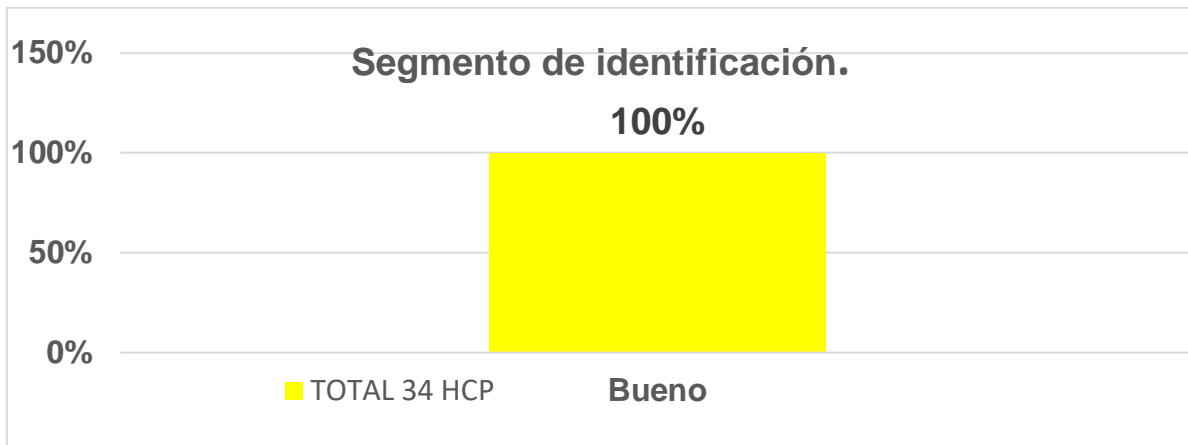
- ❖ **Lugar de la atención prenatal:** Colocar nombre o código del Establecimiento de Salud donde se realiza la captación.
- ❖ **Lugar del parto/aborto:** Colocar nombre o código del Establecimiento de Salud donde se realiza la atención del parto/ aborto.
- ❖ **No. Identidad:** Anotar el número de cédula de identidad, tal y como aparece en la misma, son tres números iniciales que corresponden al lugar de nacimiento.



*El grafico N°4 dice que de 34 HCP revisadas 15 (44%) la llenan correctamente, pero 19 (66%) no lo llenan correctamente. (Tabla N°1, anexo N°2).*

Según (Nortativa 011, 2015). Anotar el número de identidad tal y como aparece en la misma, es muy importante ya que los primeros tres números iniciales corresponden al lugar de nacimiento de la embarazada. Además, es importante conocer el número de cedula porque es un código único de la persona que permite su fácil identificación en cualquier lugar que se encuentre.

**Grafica de calidad del llenado del segmento de filiación.**



En el gráfico de segmento de filiación indica que de 34 HCP revisadas, las 34 tienen una buena calidad en el llenado.

En el segmento datos de filiación se identificó que tiene una buena calidad en el llenado, la mayoría de los acápite fueron llenados correctamente. Teniendo solo unas fallas en los acápite de domicilio, localidad, teléfono y n° de cedula.

**2. Segmento – Antecedentes Familiares, Personales y Obstétricos**

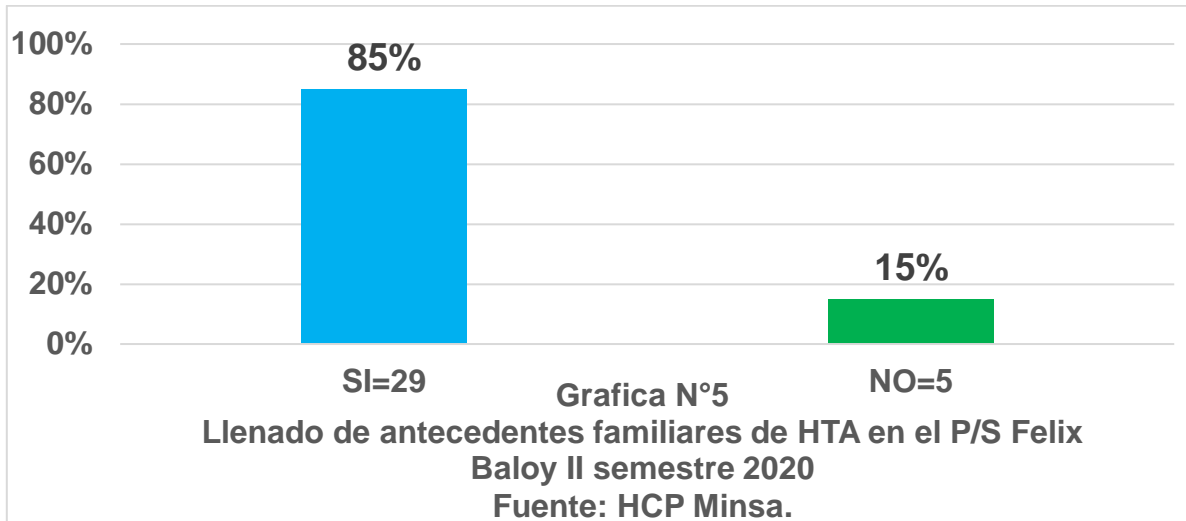
The form is divided into two main sections. The left section, 'ANTECEDENTES', is further divided into 'FAMILIARES' and 'PERSONALES'. 'FAMILIARES' includes checkboxes for 'TBC pulmonar', '<diabetes>', '<hipertensión>', '<pre-eclampsia eclampsia>', and '<otros>'. 'PERSONALES' includes checkboxes for 'Cirugía tracto reproductivo', 'Inferilidad', 'VIH', 'cardiopatía', 'nefropatía', and 'condición médica grave'. The right section, 'OBSTÉTRICOS', includes checkboxes for 'gestas previas', 'ÚLTIMO PREVIO' (with sub-options for weight and preeclampsia), 'abortos', 'partos', 'cesáreas', 'vaginales', 'nacidos vivos', 'nacidos muertos', 'muertos después', 'viven', 'fin anterior embarazo', and 'EMBARAZO PLANEADO'. There are also checkboxes for 'FRACASO MÉTODO ANTICONCEPTIVO'.

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).



El grafico N°5 dice que de 34 HCP revisadas, 29 (85%) lo llenan correctamente, pero 5 (15%) no lo llenan correctamente. (Tabla N°3, anexo N° 2)

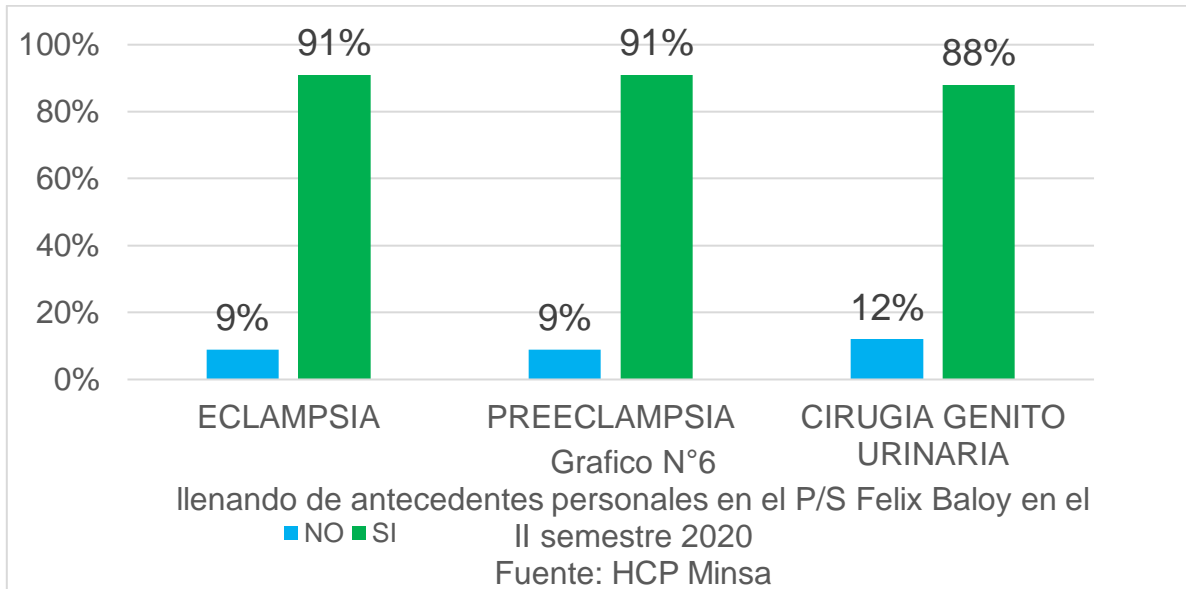
Según (Dr\_Castellón., 2020) la importancia radica en la probabilidad de herencia de trastornos hipertensivos en la mujer gestantes es decir si la mama o pariente en primer grado padecen problemas de presión arterial, hay probabilidades que la mujer gestante padezca de hipertensión arterial durante el embarazo o antes del embarazo, además es mayor la probabilidad de padecer hipertensión que una paciente que no los tenga.

Conocer Los antecedentes familiares [HTA] es de suma importancia ya que ayuda al personal de salud a estar más atentos a aquellos problemas de salud que puede ser hereditario en su familia y que puedan ocasionar problemas en el embarazo actual.

- ❖ **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 génito-urinaria** no incluye a las **cesáreas**, pero si incluye las **OTB**.



*El grafico N°6 dice que de 34 HCP revisadas, eclampsia 31 (91%) lo llenan correctamente, pero 3 (9%) no lo llenan correctamente.*

*Pre eclampsia 31 (91%) lo llenan correctamente, pero 3 (9%) no lo llenan correctamente*

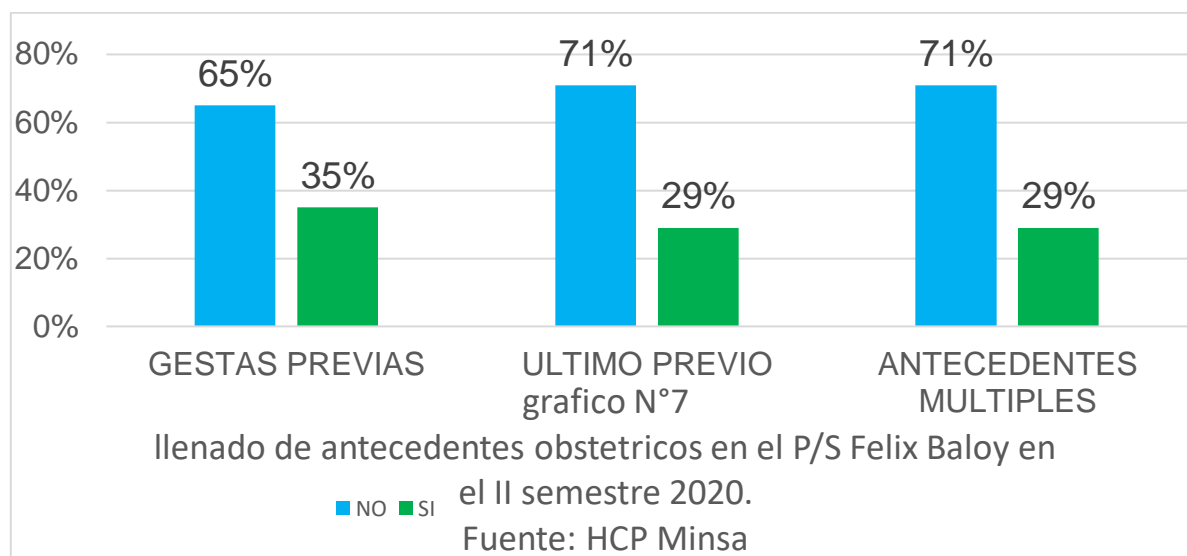
*Cirugía génito urinaria 30 (88%) lo llenan correctamente, pero 4 (12%) no lo llenan correctamente. (Tabla N°,2 anexo N°2).*

Según (normativa\_106, 2013) Dice, que los antecedentes personales o propio de la embarazada se debe marcar con un sí o no, ya que es de suma importancia ya que ayudara al personal de salud a estar más atentos a aquellos problemas de salud que pueden ser heredados por la familia. Los antecedentes personales pueden incluir información sobre alergias, enfermedades, cirugías y vacunas, así como resultados de exámenes físicos y de laboratorio.

La importancia del llenado correcto de antecedentes personales radica en que la probabilidad de desencadenar un evento hipertensivo durante el embarazo actual de la embarazada que presento presión arterial elevada en el embarazo anterior, por ejemplo tú tienes una embarazada que tuvo en su embarazo anterior, eclampsia o preclamsia inmediatamente se convierte en un alto riesgo obstétricos, esa pacientes

tiene 7.19 veces más probabilidad de desencadenar preclamsia que una mujer que no haya tenido esos antecedentes y sobre la cirugía genitourinaria es importante porque si esa paciente le hicieron una miomectomía, o le hicieron una cesárea anterior, le hicieron un cerclaje quiere decir que en el embarazo actual eso lo convertiría en alto riesgo obstétrico y ayudara a determinar la vía de finalización del embarazo. (Dr\_Castellón., 2020)

### Obstétricos.



*El grafico N°7 dice que de 34 HCP revisadas, gestas previas, 12 (35%) lo llenan correctamente, pero 22 (65%) no lo llenan correctamente.*

*Ultimo previo 10 (29%) lo llenan correctamente, pero 24 (71%) no lo llenan correctamente.*

*Antecedentes múltiples 10 (29%) lo llenan correctamente, pero 24 (71%) no lo llenan correctamente. (Tabla N°2 anexo N°2).*

Según (Dr\_Castellón., 2020) la importancia del buen llenado de este se debe en conocer como fue la circunstancia del embarazo anterior, es decir que la mujer haya tenido tres partos pero el que debe interesar más es como se desarrolló el embarazo anterior, si él bebe había tenido buen peso o si adquirió más peso de lo deseado o adquirió poco peso de lo esperado, si él bebe tenia buen líquido a nivel uterino o se quedó sin liquido eso es de suma importancia, porque puede dar un patrón predictivo de posibles patologías que se pueden esperar, por ejemplo una diabetes gestacional o sería un punto de referencia para descartar una diabetes gestacional,

sabiendo que él bebe anterior salió muy grande macrosómico en cuanto a los antecedentes múltiples si llega una embarazada actualmente con pocas semanas de gestación y talvez no se le ha hecho un ultrasonido pero te dice que en su embarazo anterior tuvo gemelos o trillizos te darás una idea si probamente tendrá gemelos o trillizos.

- ❖ **Gestas Previas:** Se refiere al número de gestaciones previas, sin incluir el **embarazo actual**. Colocar 00 si el embarazo actual es el primero. El número de Gestas debe coincidir con la sumatoria de los **Partos** (Vaginales + Cesáreas) más **Abortos** (los embarazos ectópicos son abortos según clasificación de la CIE-10), excepto en el caso de antecedentes de embarazo múltiple. Marcar el círculo “Si” o “No” según corresponda.

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

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

- ❖ **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. (Nortativa 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.

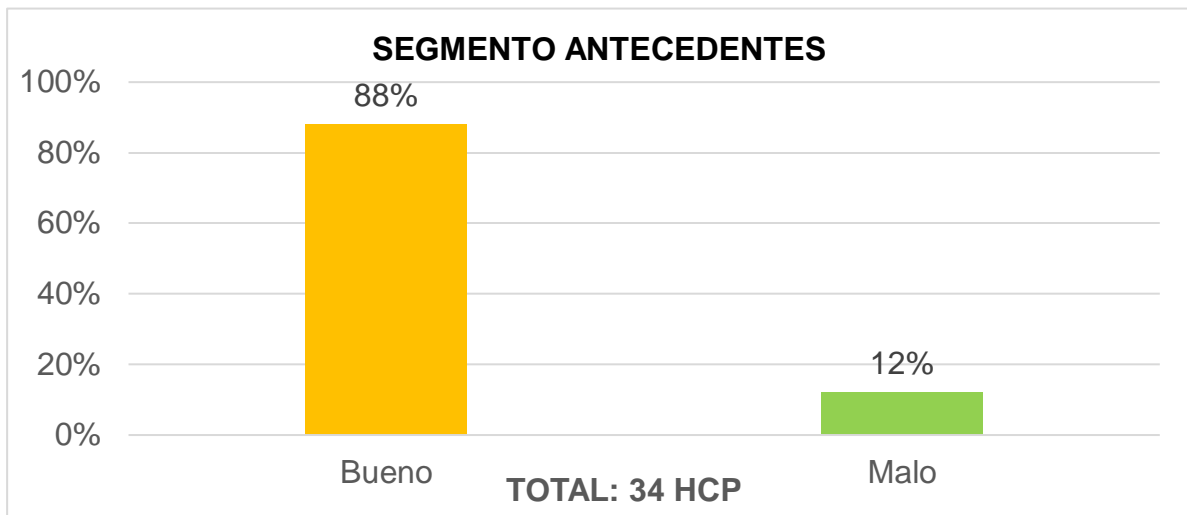
La clasificación de un nacimiento como vivo es independiente de que se haya cortado o no el cordón umbilical o que la placenta permanezca unida o no. Si no tiene antecedentes, marcar con 00. (Nortativa 011, 2015)

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

**Gráfico de la calidad del llenado del segmento de antecedentes; familiares personales y obstétricos.**



*En el segmento de antecedentes personales, familiares y obstétricos, de 34 HCP revisadas 30 tienen una buena calidad en el llenado correcto y 4 tienen una calidad regular o mala en su llenado.*

*En el segmento de antecedentes se identificó una buena calidad en el llenado, pero se encontró más deficiencia que en el segmento anterior. Por ejemplo, en los antecedentes familiares lo que es la HTA, en los antecedentes personales tiene falla en los que es HTA, Eclampsia, Preeclamsia y Cirugía génito urinaria. Y en obstétricos ay deficiencia en gestas previas, ultimo previo, antecedentes múltiples y embarazo ectópico.*

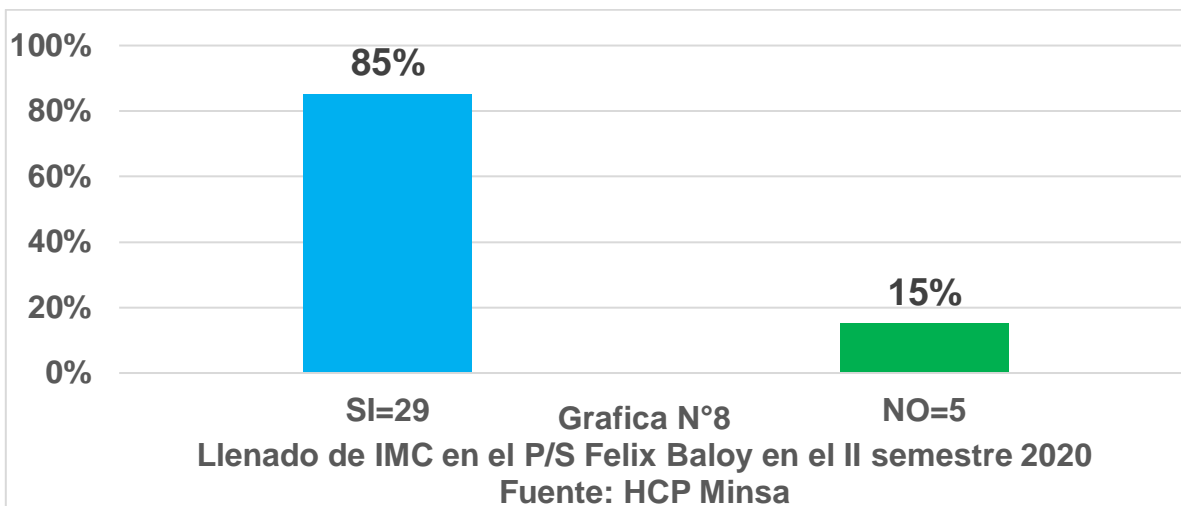
### **3. Segmento – Gestación Actual**

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

GESTACION ACTUAL			EG CONFIABLE por		FUMA ACT		FUMA 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	previa	no sabe	vigente	no	si					
1	1	1	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si					
CERVIX	GRUPO	Rh	TOXOPLASMOSIS	Hb <20 sem	Fe/FOLATOS	Hb ≥20 sem	VIH - Diag - Tratamiento	SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento				Tto. de la pareja													
Insp. VISUAL	normal	anormal	no se hizo	<20sem IgG	Fe	Folatos	<20 sem	Prueba	TARV en emb.	no treponémica	treponémica	no	si	sid	n/c	no	si	sid	n/c	no	si	sid	n/c		
PAP	normal	anormal	no se hizo	≥20sem IgG	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	
COLP	normal	anormal	no se hizo	1° consulta IgM	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	
CHACS	PALLIDISMO/MALARIA	BACTERIURIA	GLUCEMIA EN AYUNAS	ESTREPTOCOCO B	PREPARACION PARA EL PARTO	CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA	220 sem	Prueba	TARV en emb.	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si
no se hizo	no se hizo	normal	anormal	no se hizo	<24 sem	35-37 semanas	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	
no se hizo	no se hizo	normal	anormal	no se hizo	≥24 sem	≥ 92 mg/dl	no	si	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.



El grafico N°8 dice que de 34 HCP revisadas, 29 (85%) lo llenan correctamente, pero, 5 (15%) no lo llenan correctamente. (Tabla N°5, anexo N° 2)

Según (normativa\_106, 2013) este dato es útil para evaluar el estado nutricional de la mujer ante del embarazo actual.

La importancia del llenado correcto radica en identificar los factores de riesgo que pueda tener la mujer y pueda complicar el embarazo. La importancia de conocer el IMC de la embarazada antes de las 12 semanas es un patrón que te va a identificar el estado nutricional de la embarazada y cuanto es lo que debe ganar de peso durante todo el embarazo esa mujer. No es lo mismo recibir una paciente desnutrida que sabes que lo que tiene que ganar es de 12 a 18 kg, a recibir una paciente obesa

con un IMC mayor de 30 que lo tiene que ganar o debe ganar durante todo el embarazo es de 5 a 9 kg, (Dr\_Castellón., 2020).

**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 <b>IMC antes de las 12 S/G</b>		<b>Ganancia de peso recomendado en embarazadas (kilogramos)</b>
<b>Clasificación</b>		<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>
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)

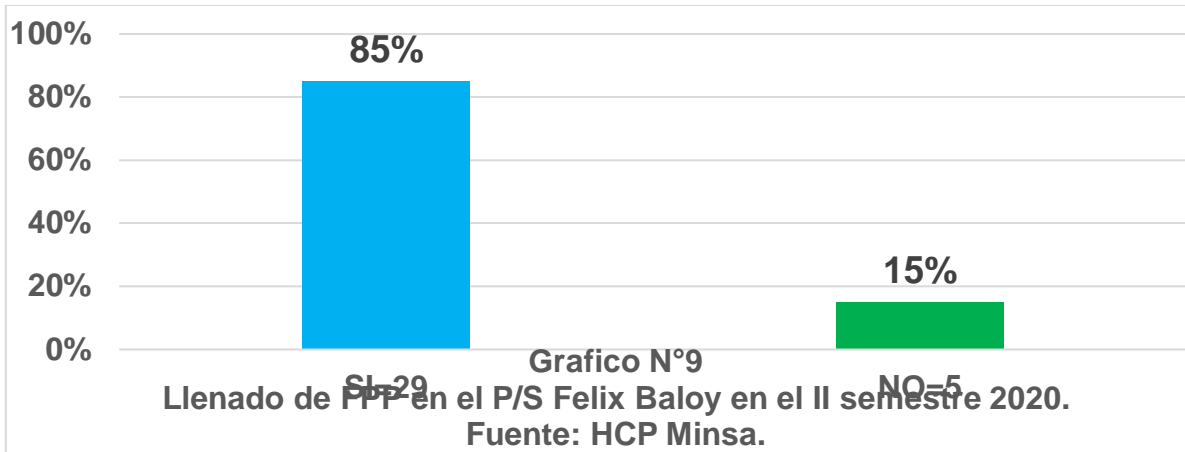
**Talla (cm):** Este dato requiere ser medido directamente al momento de la primera visita de control. La técnica de medida consiste en que la gestante se ubique de pie, sin calzado, con los talones juntos, bien erguida, con los hombros hacia atrás, la vista al frente y su espalda en contacto con el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



*El grafico N°9 dice que de 34 HCP revisadas, 29 (85%) lo llenan correctamente, pero, 5 (15%) no lo llenan correctamente. (Tabla N°5, anexo N°2)*

(Dr\_Castellón., 2020) La importancia de la FPP radica en conocer un estimado del tiempo límite que se le da a una embarazada para que pueda tener él bebe, y si sobre pasa ese tiempo y todavía no ha tenido su niño ya se ha vía vaginal o cesárea ay que enviarla a una unidad de mayor resolución para que le puedan hacer una inducción de trabajo de parto.

- ❖ **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 actual<sup>4</sup> 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)

- ❖ **Anti rubéola:** 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)

- ❖ Cuando no ha recibido ninguna dosis: se deberá aplicar dos dosis durante el embarazo actual. De la siguiente manera:
  - 1ra dosis en la primera atención prenatal.
  - 2da dosis 4 semanas después de la primera o por lo menos 3 semanas antes de la fecha de parto.
- ❖ Cuando exista información poco confiable acerca del número y fechas de administración de dosis previas. Se deberá aplicar dos dosis durante el embarazo actual.
- ❖ Cuando recibió 2 dosis y el embarazo actual se inicia después de los 3 años de protección. Cuando recibió 3 dosis y el embarazo actual se inicia después de 5 años de protección. Aplicar únicamente una dosis.

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

- ❖ Recibió 2 dosis y el embarazo actual está dentro de los 3 años de protección.
- ❖ Recibió 3 dosis y el embarazo actual está dentro de los 5 años de protección.
- ❖ Recibió 5 dosis

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

## Tabla No. 2

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

El esquema actualizado es el siguiente:

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

Fuente: (Nortativa 011, 2015)

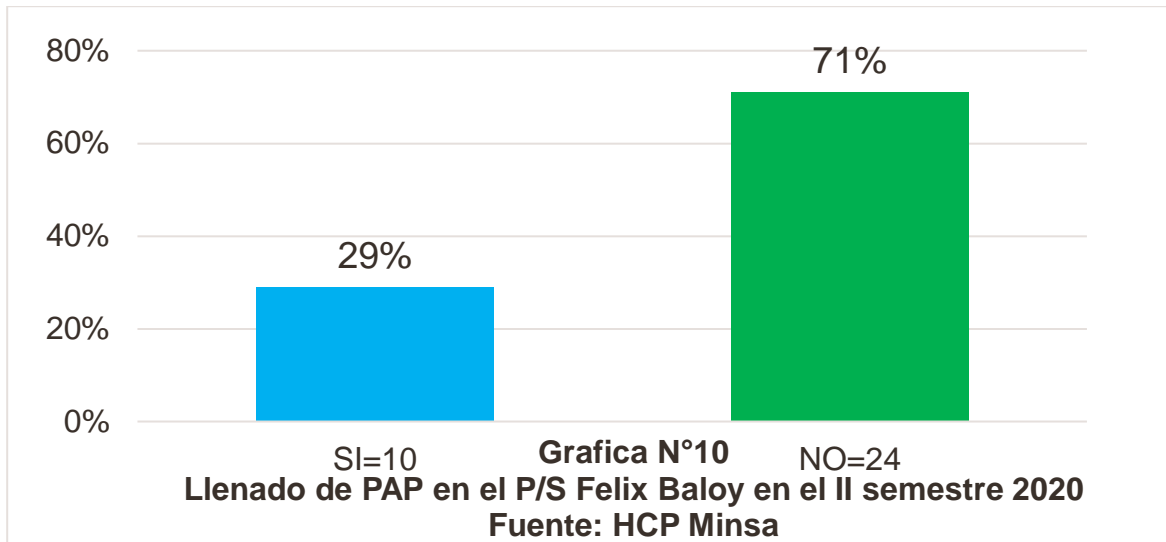
- **Examen Normal** (Ex. Normal): El control prenatal ofrece la oportunidad de evaluar el estado de salud en general. Por esta razón la HCP incluye variables como el examen **odontológico y de mamas** que refuerzan este concepto. Aun en aquellas mujeres que consulten para ser asistidas por un aborto 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.
- **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.

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

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

- **Cérvix:** Se recomienda la realización del examen vaginal con espéculo como parte de la evaluación de la atención prenatal con la finalidad de detectar 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.
- **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.



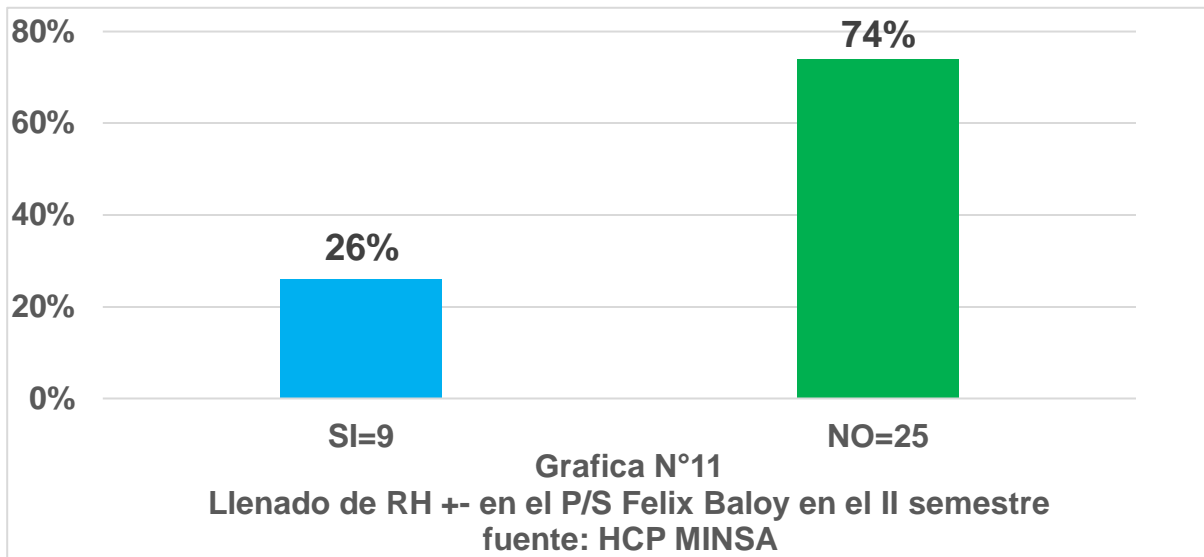
*El grafico N°10 dice que de 34 HCP revisadas, 10 (29%) lo llenan correctamente, pero, 24 (71%) no lo llenan correctamente. (Tabla n°5, anexo N°2)*

La prueba de Papanicolaou es la prueba que se usa con mayor frecuencia para detectar los cambios prematuros en las células que pueden derivar en cáncer de cuello uterino. En el PAP se pueden detectar también virus de papiloma humano, cáncer del cérvix, cáncer uterino, verruga genital, y VIH. Y así poder tratar la infección en el momento adecuado y dar un mejor seguimiento evitando un posible aborto o una APP. (ESCALANTE, 2020)

- **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.
- **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).



*El grafico N°11 dice que de 34 HCP revisadas, 9 (26%) lo llenan correctamente, pero, 25 (74%) no lo llenan correctamente. (Tabla N°5 anexo N°2)*

*El factor RH es una proteína integrada en los glóbulos rojos o eritrocitos y por medio de su determinación se detecta el tipo de sangre, ya sea {Rh+} o {Rh-} independientemente de los tipos de sangres conocidos como O, A, B, AB. Conocer el tipo de sangre en la madre es importante porque nos ayuda a la hora de una complicación de un embarazo, parto o aborto. (ESCALANTE, 2020)*

- **Rh:** Marcar (+) si la mujer es Rh positivo y (-) si es Rh negativo. Se entiende que la mujer esta inmunizada cuando tiene anticuerpos anti D. Si la mujer esta inmunizada (tendrá positivo el test de Coombs indirecto y en ese caso se marcará —Sill, en caso contrario se macara —No”.
- **Gammaglobulina Anti D (Y Globulina anti D):** Esta variable está destinada para la aplicación de gammaglobulina anti D durante el embarazo (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 —Sill, si siendo Rh negativo no inmunizada recibió gammaglobulina anti D en el

embarazo y si no la recibió se marcará —Noll. En caso de mujer Rh positivo o Rh negativo inmunizada se deberá registrar —n/cll (no corresponde). En caso de abortos ninguna de estas dos situaciones aplica.

- **Toxoplasmosis:** La Infección por *Toxoplasma Gondii*<sup>5,6</sup> 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.

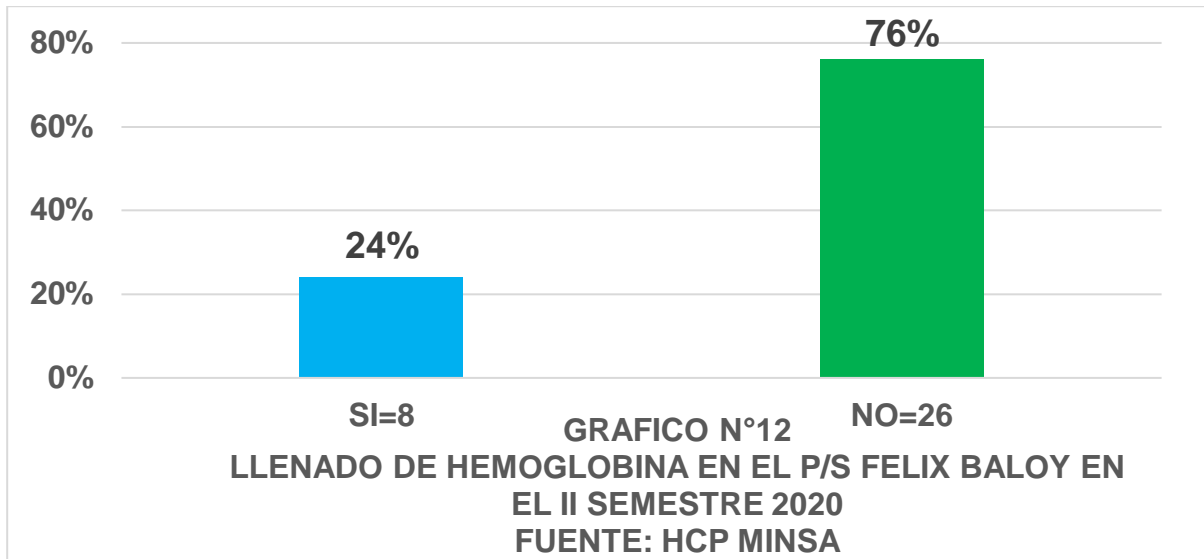
5 infección por *Toxoplasma Gondii* durante el Embarazo. Letty Muccio Prot.

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.



*El grafico n°12 dice que de 34 HCP revisadas, 8(24%) lo llenan correctamente, pero, 26 (76%) no lo llenan correctamente. (Tabla N°5, anexo N°2)*

*(Dr\_Castellón., 2020) Es muy importante realizar este examen porque así nos daremos cuenta si la paciente tiene anemia y así darle tratamiento con sulfato ferroso y a la hora del parto que la paciente no corra el riesgo de quedar en un estado anémico o desarrollar un síndrome anémico que pueda complicar durante el puerperio.*

- **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 mm<sup>3</sup>, 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 preconcepcional de un futuro embarazo.

- **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.
- (Dr\_Castellón., 2020) es importante desde luego porque es un parámetro estándar, ejemplo si se identifica una mujer con VIH durante el embarazo, puedes indicar las medidas de finalización del embarazo, lo más indicado sería vía cesárea para evitar que él bebe se exponga a mucho contacto al momento de salida por el canal de parto.

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)

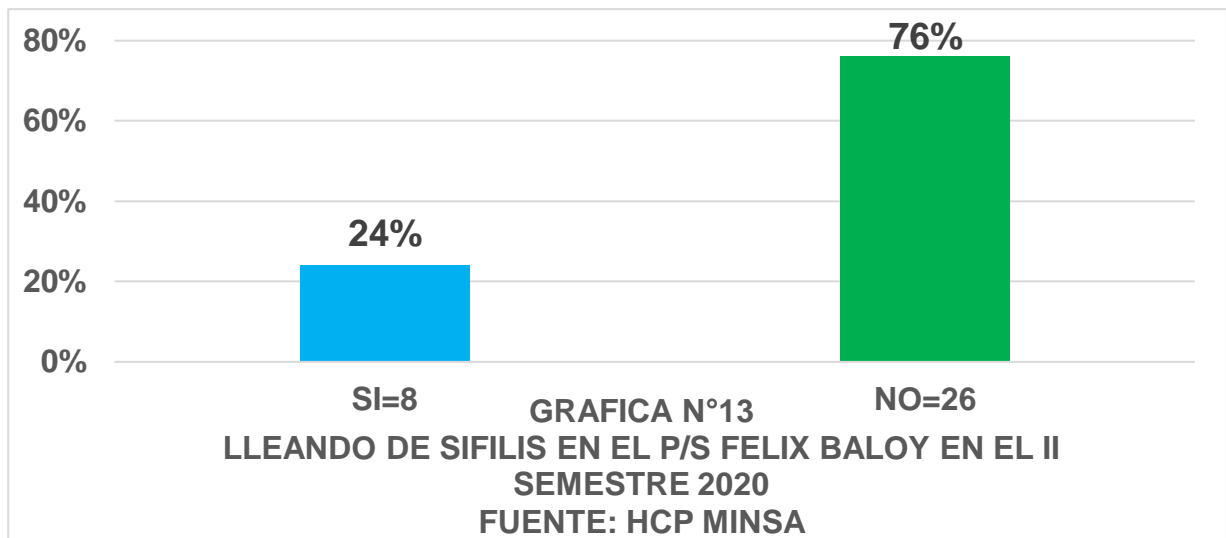
1. Cuando se trate de una gestante ya diagnosticada.
2. Cuando la prueba no haya sido solicitada.
3. Cuando se tratase de una gestante que se niega a realizarse la prueba habiendo sido esta solicitada.
4. Cuando la paciente sea captada mayor de 20 semanas de gestación.

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

- **TARV:** Se debe registrar si la paciente con resultado —+II 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)



El gráfico N°13 dice que de 34 HCP revisadas, 11(32%) lo llenan correctamente, pero, 23(68%) no lo llenan correctamente. (Tabla N°5 Anexo N°2)

(Dr\_Castellón., 2020) *Es importante realizar el examen RPR O VDRL para detectar sífilis en el embarazo y dar tratamiento oportuno con penicilinas benzatínica y evitar la sífilis congénita en el recién nacido, ya que es una enfermedad muy peligrosa si se trata a tiempo o se identifica a tiempo se le da tratamiento oportuno y la probabilidad de contagio al recién nacido es baja.*

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

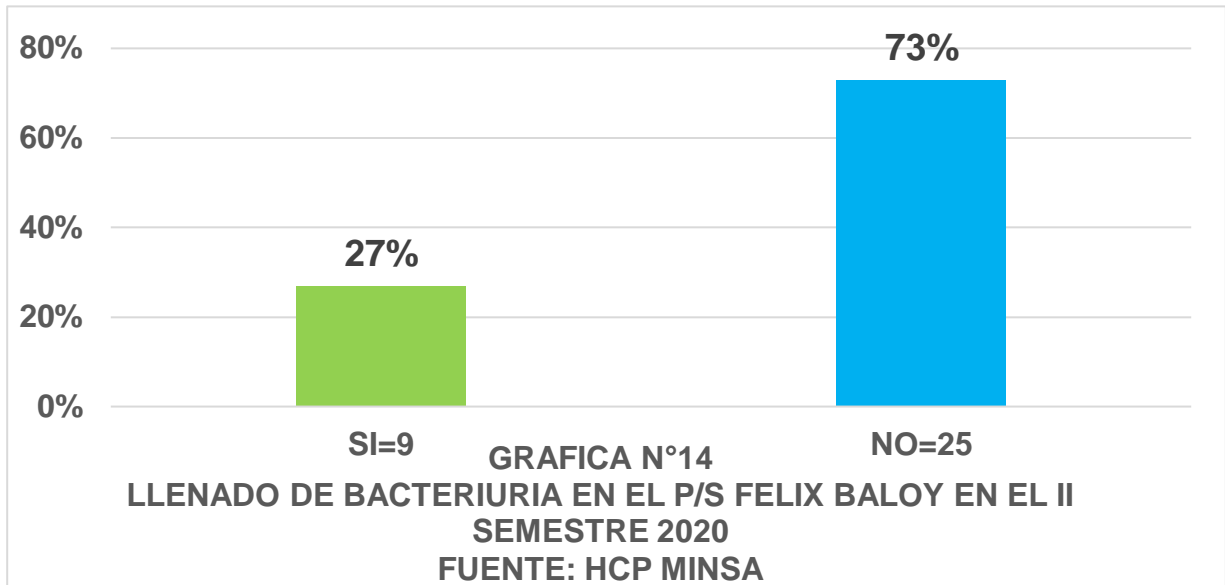
Las pruebas de detección utilizadas pueden ser No Treponémicas (VDRL o RPR) o Treponémicas (FTAABS). Se sugiere que las pruebas de detección se realicen en dos oportunidades, una al momento de la captación en la primera atención prenatal (antes de las 20 semanas de gestación) y otra en el tercer trimestre. En caso de prueba No Treponémicas 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.

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

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



*El grafico N°14 dice que de 34 HCP revisadas 9(27%) lo llenan correctamente, pero 25 (73%) no lo llenan correctamente. (Tabla N°5 Anexo N°2)*

(Dr\_Castellón., 2020) Es importante porque así se identifican datos de infección que puedan ocasionar una amenaza de aborto antes de las 22 semanas o un parto pretérmino antes de las 37 semanas, si se identifican signos de infección en la orina ay que dar tratamiento.

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

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

Marcar —Anormal cuando:

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

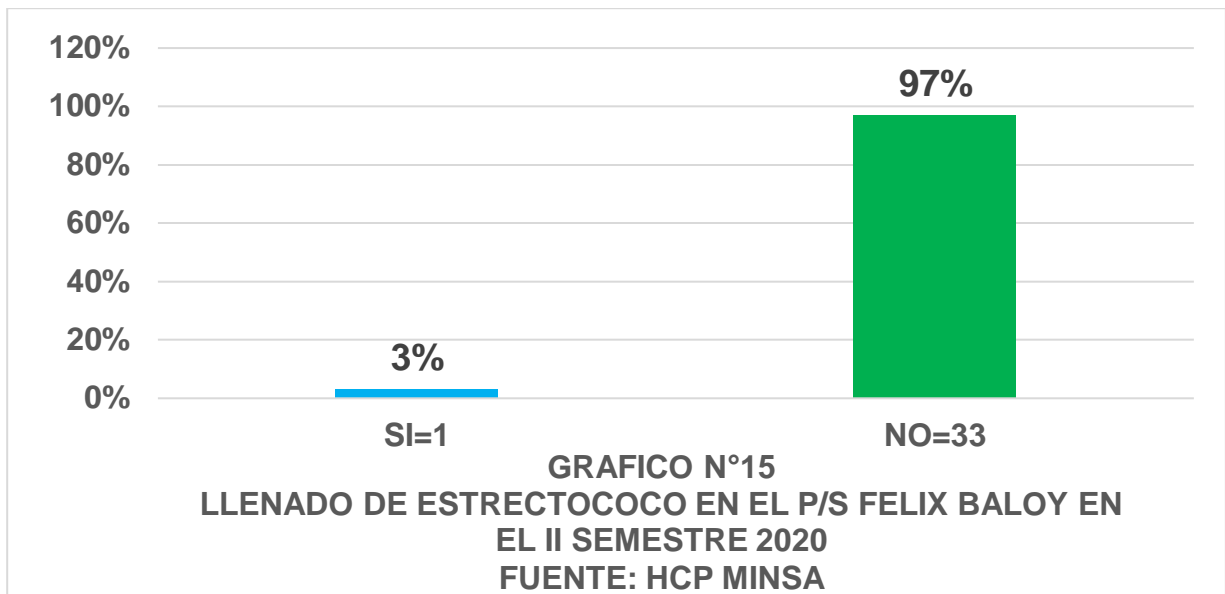
Resultado de Urocultivo: Se marcará Bacteriuria: Normal, cuando el urocultivo es negativo (menos de 100,000 Unidades Formadoras de Colonia (UFC)/ml o la cinta es negativa. Es Anormal cuando sea mayor de 100,000 UFC/ml o la cinta es positiva. En el caso de aborto no se Anotará el dato mayor de 20 semanas.

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

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

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





*El grafico N°15 dice que de 34 HCP revisadas 1 (3%) lo llenan correctamente, pero, 33 (97%) no lo llenan correctamente. (Tabla N°5 Anexo N°2)*

*(Dr\_Castellón., 2020) el estreptococo se manda a realizar una prueba vía vaginal en la semana 36 y es muy importante realizarle porque puede desencadenar posibles patologías como la Corioamnionitis o una sepsis neonatal después de que el niño nace, ya que al identificarlo tempranamente se le puede dar tratamiento oportuno.*

- **Estreptococo B 35-37, semanas:** La infección por Estreptococo grupo B es considerada una causa importante de morbilidad y mortalidad neonatal. La estrategia principal para disminuir esta infección en los recién nacidos es la detección durante el embarazo del estreptococo del grupo B (entre las 35 y 37 semanas) a través de la toma mediante hisopado vaginal y rectal. Indicar si fue negativa (-) o positiva (+). Si no se realizó en estas condiciones o no se solicitó marcar “no se hizo”. En caso de atención por aborto no aplica llenar esta variable.
- **Preparación para el parto:** El término preparación para el parto tiene varios significados e incluye conceptos muy variados, el principal es garantizar el acceso para su atención (plan de parto), además es una oportunidad para informar a la mujer y su familia acerca de los cambios que ocurren en la gestación y aquellos esperados durante el parto y el puerperio; preparar a los

padres para enfrentar mejor su nuevo rol; entrenar en psicoprofilaxis (técnicas de relajación y respiración); aumentar la percepción de autocontrol de la mujer, entre otros. Si la gestante ha recibido alguna de estas prestaciones indicar —sill, en caso contrario registrar —noll. Se marcarán 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:

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

Formas de amamantar.

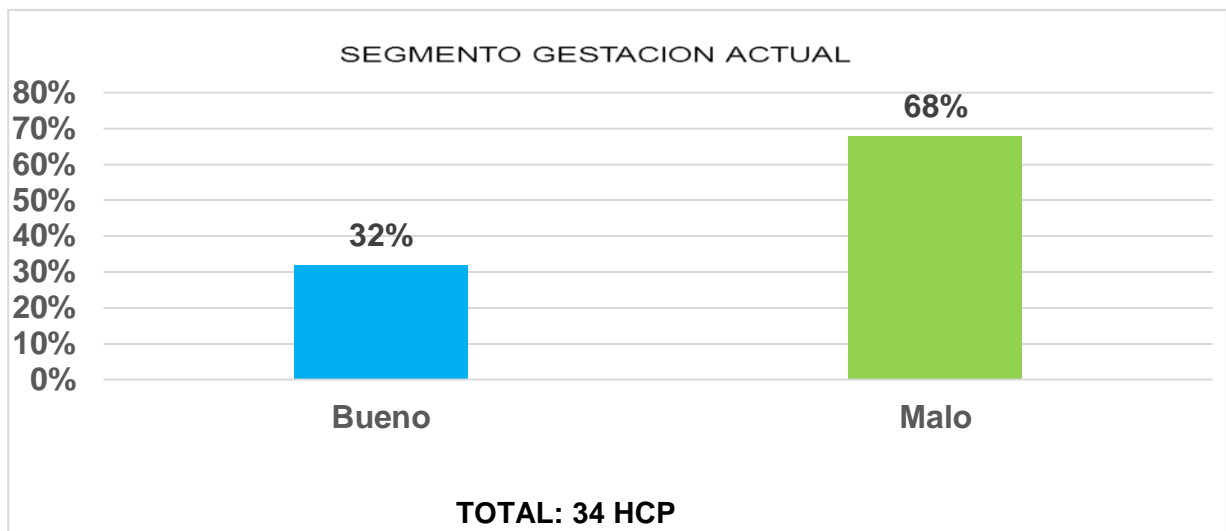
Los cambios en la leche materna después del parto. Y

Discutir las dudas y preguntas de la gestante.

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

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

### **Grafica de calidad del llenado del segmento gestación actual.**



*En el segmento de gestación actual, de 34 HCP revisadas, 11 tienen una buena calidad y 23 tienen una calidad regular del llenado correcto de las HCP.*

En el segmento gestación actual, es el que más falla tiene clasificándose como una calidad mala ya que la mayoría de sus acápites tienen un alto porcentaje de mal llenado, entre los cuales tenemos IMC, FPP, PAP, RH+, hemoglobina, sífilis y bacteriuria.

#### 4. Atenciones prenatales.

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

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:

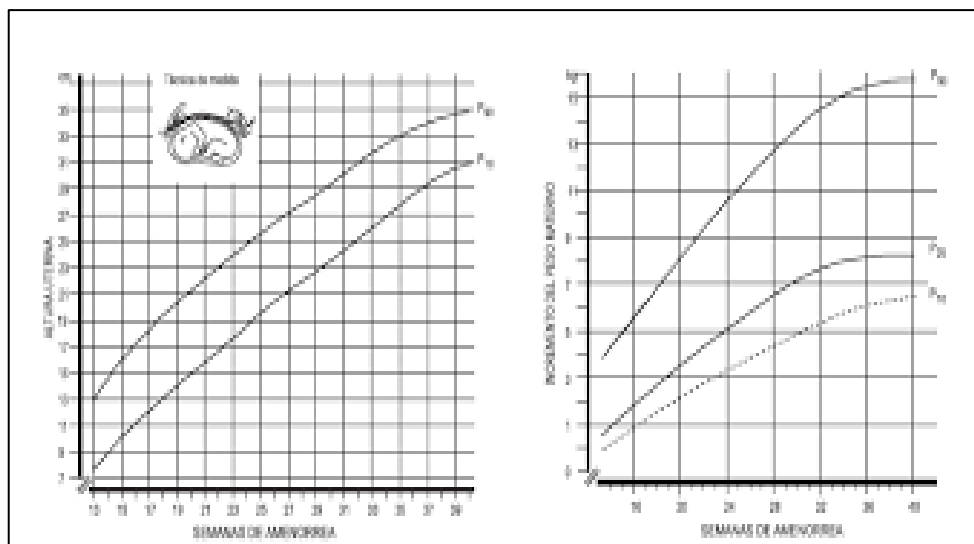
- **Fecha:** Anotar el día, mes y año en que se realiza la atención prenatal.
- **Edad Gestacional:** Las semanas cumplidas desde el primer día de la última menstruación hasta la fecha de la actual consulta.
- **Peso:** En kilogramos (con un decimal), de la embarazada descalza, con ropa liviana. Grafique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

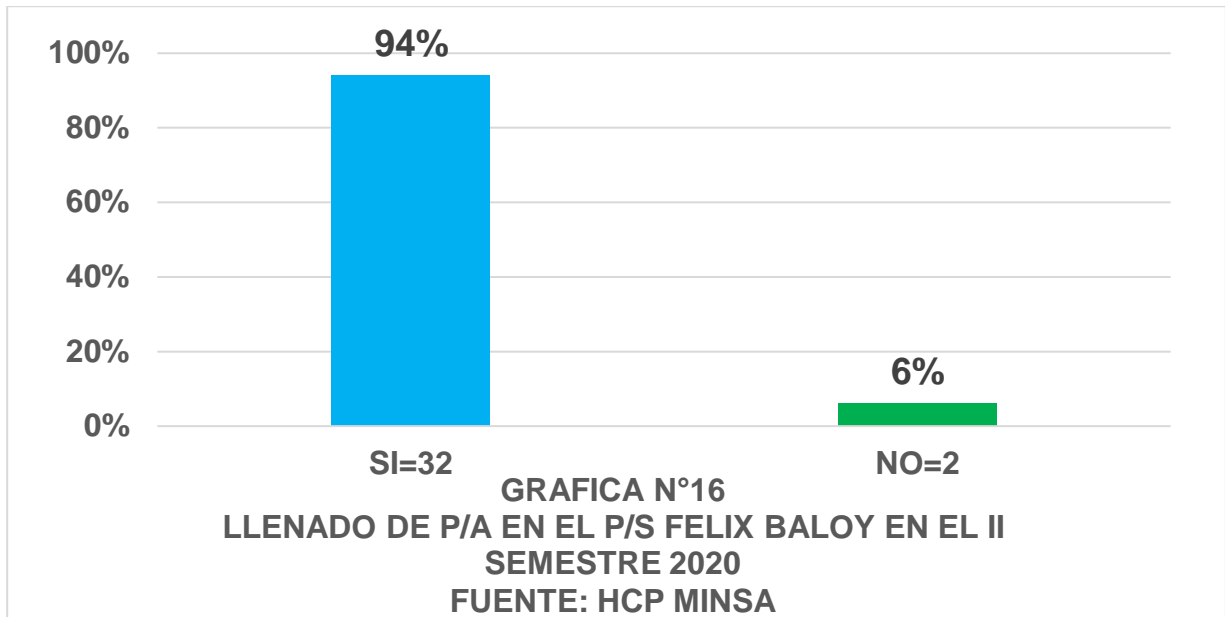
-No conoce el peso pre gestacional o la embarazada fue captada después de 12 semanas de embarazo, los valores de incremento de peso normal están entre los percentiles 10 y 90 (parte oscura más la parte clara del gráfico). Para saber en dónde graficar, debe utilizar para cada APN la tabla Peso para la talla según la edad gestacional (Talla en centímetros). Por ejemplo, si la gestante mide entre 152-154 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.



Fuente: (Nortativa 011, 2015)



*El grafico N°16 dice que de 34 HCP revisadas, 32 (94%) lo llenan correctamente, pero 2 (6%) no lo llenan correctamente. Tabla N°6 Anexo N°2)*

**Según** (Montes, 2020) la importancia de realizar el llenado y toma de la presión arterial en la embarazadas en sus controles. Es para prevenir posibles complicaciones como es la HTA gestacional o detectar oportunamente una preeclampsia o eclampsia. Y así brindar una mejor atención y dar tratamiento oportuno.

**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.

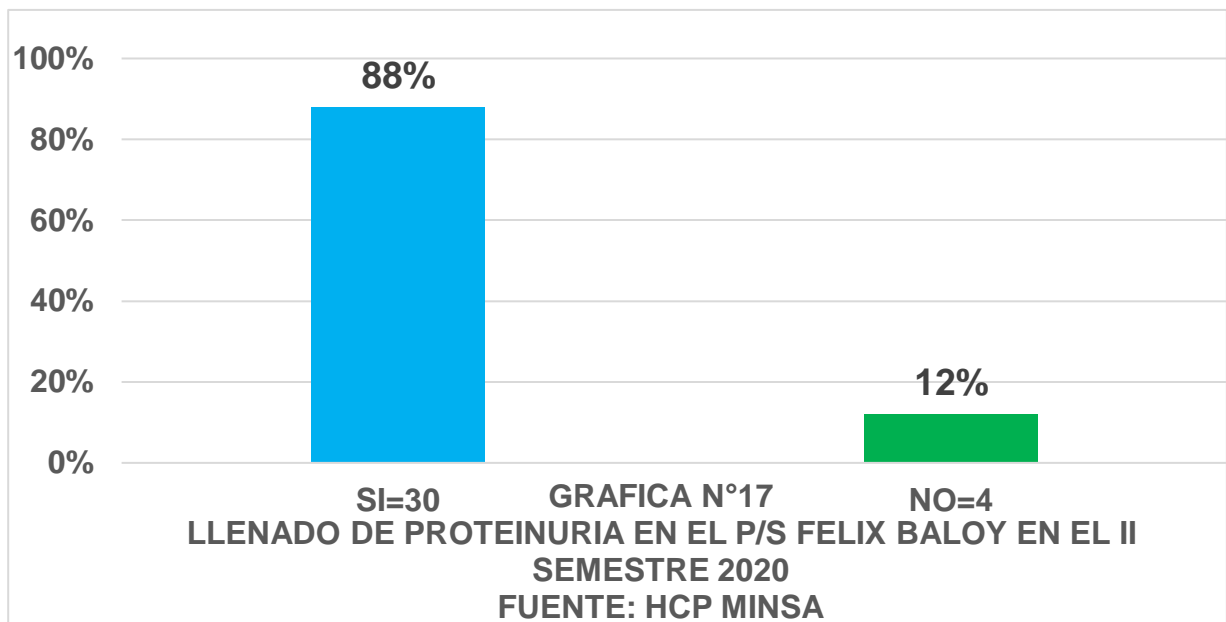
**Altura Uterina:** Medir la altura uterina en centímetros desde el borde superior de la sínfisis pubiana al fondo del útero. Utilizar la técnica del pinzamiento entre los dedos índice y medio.

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 Cardíaca Fetal en latidos por minuto (FCF lpm):** Anotar la frecuencia cardíaca fetal en latidos por minuto a partir de las 20 semanas de gestación.
- **Movimientos Fetales:** Anotar los movimientos fetales a partir de las 18 semanas de gestación. positivos o negativos, la falta de datos se interpretará como prestación no hecha



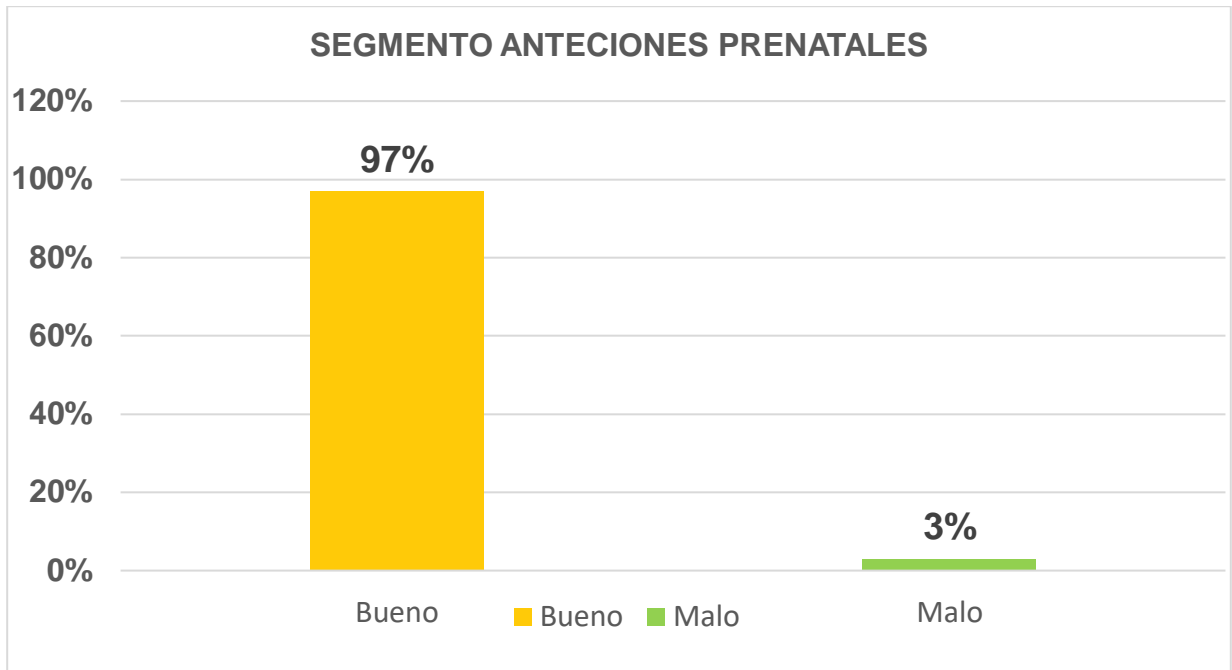
*El grafico N°21 dice que de 34 HCP revisadas, 30 (88%) lo llenan correctamente, pero 4 (12%) no lo llenan correctamente. (Tabla N°6 Anexo N°2)*

*(Dr\_Castellón., 2020) La proteinuria es para la detección oportuna de procesos tipos trastornos hipertensivos relacionados con la preclamsia, si hay proteinuria después de las 20 semanas lo vas a correlacionar con las presiones que esa paciente este presentado y determinar un grado de síndrome hipertensivo gestacional.*

- **Proteinuria:** Marcar Negativo (-) o Positivo (+), la presencia o no de proteínas en las cintas de uroanálisis efectuado a la embarazada.
- **Signos de alarma, exámenes, tratamientos:** Describir los hallazgos más relevantes encontrados en la atención prenatal.
- **Iniciales del personal de salud:** Anotar las iniciales del personal de salud que lo efectúa.
- **Fecha de próxima cita:** Anotar la fecha de la próxima cita. Explicarle a la embarazada el lugar donde se anota esta fecha en el carné perinatal.

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

**Grafica de la calidad del llenado del segmento de atenciones prenatales.**



*En el segmento de atenciones prenatales, de 34 HCP revisadas, 33 tienen una buena calidad del llenado y 1 tiene una calidad regular.*

*En los datos de atenciones prenatales se encuentran con una calidad buena teniendo solo algunas fallas mínimas en los acápite como son proteinuria y P/A*



## Marco Legal

### 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:**

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 vital<sup>1</sup>”.

□ 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.

## V- CONCLUSIONES.

- 1) *En el segmento datos de filiación se identificó que tiene una buena calidad en el llenado, la mayoría de los acápite fueron llenados correctamente. Teniendo solo unas fallas mínimas en los acápite de domicilio, localidad y N° de cedula.*
- 2) *En el segmento de antecedentes se identificó una buena calidad en el llenado, pero se encontró más deficiencia en el llenado, que en el segmento anterior. Por ejemplo, en los antecedentes familiares lo que es la HTA, en los antecedentes personales tiene falla en los que es Eclampsia, Preeclamsia HTA y Cirugía génito urinaria. Y en obstétricos ay deficiencia en gestas previas, ultimo previo, antecedentes múltiples y embarazo ectópico.*
- 3) *En el segmento gestación actual, es el que más falla tiene clasificándose como una calidad regular o mala, ya que en la mayoría de sus acápite tienen un alto porcentaje de mal llenado, entre los cuales tenemos IMC, FPP, PAP, RH+, hemoglobina, sífilis y bacteriuria.*
- 4) *En los datos de atenciones prenatales se encuentran con una calidad buena teniendo solo algunas fallas importantes en los acápite como son proteinuria y P/A.*

*Es muy importante tratar de mejorar principalmente en el segmento de gestación actual en el cual fue donde se encontró más dificultades para tener un buen llenado así que se recomienda principalmente implementar un plan de capacitación, evaluación y promoción del correcto llenado de la HCP, en todas las unidades de salud donde se brinda Atención Prenatal. En la mayoría de los casos de calidad de las HCP está entre buena y regular, ya que no se cumplen correctamente con el registro de las trece actividades normadas por el ministerio de salud.*

## **VI- Bibliografía**

Dr\_Castellón. (09 de octubre de 2020). llenado correcto de hitoria clinica perinatal.

(B. m. Br, Entrevistador)

ESCALANTE, I. (23 de 10 de 2020). LLENADO CORRECTO DE LA HCP. (E.

GONZALEZ, Entrevistador)

Montes, D. (04 de 11 de 2020). llenado correcto de hcp. (M. I. Byron, Entrevistador)

normativa\_106. (2013). manual para el llenado de la historia clinica perinatal. En  
minsa. managua.

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

Quintero, N. I. (24 de 10 de 2020). llenado correcto de la HCP. (B. D. Lopez,

Entrevistador)



## ANEXO: N°2. Tablas.

### TECNICAS QUE SE UTILIZAN EN REALIZAR EL LLENADO CORRECTO DE LA HCP

TABLA #1:

DATOS PERSONALES	SI	%	NO	%	N	TOTAL
NOMBRE	34	100	0	0	34	100%
DOMICILIO	23	67.64	11	32.36	34	100%
LOCALIDAD	22	64.70	12	35.30	34	100%
TELEFONO	28	82.35	6	17.64	34	100 %
FECHA DE NAC	34	100	0	0	34	100%
EDAD	34	100	0	0	34	100%
ALFABETA	32	94.11	2	5.88	34	100%
ETNIA	32	94.11	2	5.88	34	100%
ESCOLARIDAD	32	94.11	2	5.88	34	100%
ESTADO CIVIL	31	91.17	3	8.82	34	100%
LUGAR DE CONTROL	22	64.70	12	35.30	34	100%
No DE CEDULA	15	44.11	19	55.88	34	100%

FUENTE: HOJA DE HCP

TABLA #2:

ANTECEDENTES PERSONALES	SI	%	NO	%	N	TOTAL
TUBERCULOSIS	34	100	0	0	34	100%
DIABETES	34	100	0	0	34	100%
HIPERTENSION	34	100	0	0	34	100%
ECLAMPSIA	31	91.17	3	8.82	34	100%
PREECLAMPSIA	31	91.17	3	8.82	34	100%
OTRAS CONDICIONES MEDICAS GRAVES	34	100	0	0	34	100%
C. GENITO URINARIO	30	88.23	4	11.76	34	100 %
INFERTILIDAD	30	88.23	4	11.76	34	100%
CARDIOPATIA	30	88.23	4	11.76	34	100%

NEFROPATIA	30	88.23	4	11.76	34	100%
VIOLENCIA	34	100	0	0	34	100%
VIH +	34	100	0	0	34	100%

**FUENTE:** HOJA DE HCP

**TABLA #3:**

<b>ANTECEDENTES FAMILIARES</b>	<b>SI</b>	<b>%</b>	<b>NO</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>TOTAL</b>
TUBERCULOSIS	33	97.05	1	2.94	34	100%
DIABETES MELLITUS	32	94.11	2	5.88	34	100%
HTA	29	85.29	5	14.70	34	100%
PREECLAMPSIA	34	100	0	0	34	100%
ECLAMPSIA	34	100	0	0	34	100%
OTROS	34	100	0	0	34	100%

**FUENTE:** HOJA DE HCP

**TABLA #4:**

<b>OBSTETRICOS</b>	<b>SI</b>	<b>%</b>	<b>NO</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>TOTAL</b>
GESTAS PREVIAS	12	35.29	22	64.70	34	100%
ABORTO	29	85.29	5	14.70	34	100%
VAGINALES	14	41.17	20	58.82	34	100%
NACIDOS VIVOS	21	61.76	13	38.23	34	100%
VIVEN	21	61.76	13	38.23	34	100%
MUERTOS EN LA PRIMERA SEMANA	27	79.41	7	20.58	34	100%
DESPUES DE LA PRIMERA SEMANA	27	79.41	7	20.58	34	100%
NACIDOS MUERTOS	29	85.29	5	14.70	34	100%
CESAREAS	31	91.17	3	8.82	34	100%
PARTOS	32	94.11	2	5.88	34	100%
EMBARAZO ECTOPICO	27	79.41	7	20.58	34	100%
ULTIMO PREVIO	10	29.41	24	70.58	34	100%
ANTECEDENTES MULTIPLES	10	29.41	24	70.58	34	100%



FIN EMBARAZO ANTERIOR	34	100	0	0	34	100%
EMBARAZO PLANEADO	30	88.23	4	11.76	34	100%
FRACASO METODO ANTICONCEPTIVO	30	88.23	4	11.76	34	100%

**FUENTE:** HOJA DE HCP

**TABLA: #5**

<b>GESTACION ACTUAL</b>	<b>SI</b>	<b>%</b>	<b>NO</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>TOTAL</b>
PESO ANTERIOR	29	85.29	5	14.70	34	100%
IMC	29	85.29	5	14.70	34	100%
TALLA CM	29	85.29	5	14.70	34	100%
FUM	29	85.29	5	14.70	34	100%
FPP	29	85.29	5	14.70	34	100%
EG CONFIABLE	32	94.11	2	5.88	34	100%
FUMA ACT	32	94.11	2	5.88	34	100%
FUMA PAS	32	94.11	2	5.88	34	100%
DROGAS	32	94.11	2	5.88	34	100%
ALCOHOL	32	94.11	2	5.88	34	100%
VIOLENCIA	32	94.11	2	5.88	34	100%
ANTIRUBEOLA	29	85.29	5	14.70	34	100%
ANTITETANICA	28	82.35	6	17.64	34	100%
EXAMEN ODONT	34	100	0	0	34	100%
MAMAS	34	100	0	0	34	100%
PAP	10	29.41	24	70.58	34	100%
GRUPO	10	29.41	24	70.58	34	100%
RH +-	9	26.47	25	73.52	34	100%
TOXOPLASMOSIS	4	11.76	30	88.23	34	100%
FE-FOLATOS INDICADOS	16	47.05	18	42.94	34	100%
HEMOGLOBINA	8	23.52	26	76.47	34	100%
VIH-DIAG.TRATAMIENTO	15	44.11	19	52.88	34	100%
SIFILIS DIAGNOSTICOS	11	32.35	23	67.64	34	100%

CHAGAS	9	26.47	25	73.52	34	100%
PALUDISMO MALARIA	10	29.41	24	70.58	34	100%
BACTERIURIA	9	26.47	25	73.52	34	100%
GLUCEMIA EN AYUNAS	20	58.82	14	41.17	34	100%
ESTREPTO COCO B	1	2.94	33	97.05	34	100%
PREPARACION PARA EL PARTO	33	97.05	1	2.94	34	100%
CONSEJERIA LACTANCIA M	32	94.11	2	5.88	34	100%

**FUENTE:** HOJA DE HCP

**TABLA: #6**

<b>ATENCIONES PRENATALES</b>	<b>SI</b>	<b>%</b>	<b>NO</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>TOTAL</b>
DIA	34	100	0	0	34	100%
MES	34	100	0	0	34	100%
AÑO	34	100	0	0	34	100%
EDAD GESTACIONAL	33	97.05	1	2.94	34	100%
PESO KG	34	100	0	0	34	100%
PRESION ARTERIAL	32	94.10	2	5.88	34	100%
ALTURA UTERINA	34	100	0	0	34	100%
PRESENTACION	34	100	0	0	34	100%
FRECUENCIA CARDIACA FETAL (LPM)	34	100	0	0	34	100%
MOVIMIENTOS FETALES	33	97.05	1	2.94	34	100%
PROTEINURIA	30	88.23	4	11.76	34	100%
SIGNOS DE ALARMA- EXAMEN-TRAT	33	97.05	1	2.94	34	100%
INICIALES DEL PERSONAL DE SALUD	32	94.10	2	5.88	34	100%
PROXIMA CITA	31	91.17	3	8.82	34	100%

**FUENTE:** HOJA DE HCP

## **TABLA DE CALIDAD DEL LLENADO DE LAS HCP**

Calidad del llenado	34/89	%
Bueno 60-89	30	88.23
Regular 30-59	4	11.76
Malo 1-29	0	0
Total	34	99.99 (100)%

### **Segmento identificación**

Bueno	11-15	34
Regular	6-10	0
malo	1-5	0

### **Segmento antecedentes, familiares, personales y obstétricos.**

Bueno	13-19	30
Regular	7-12	4
Malo	1-6	0

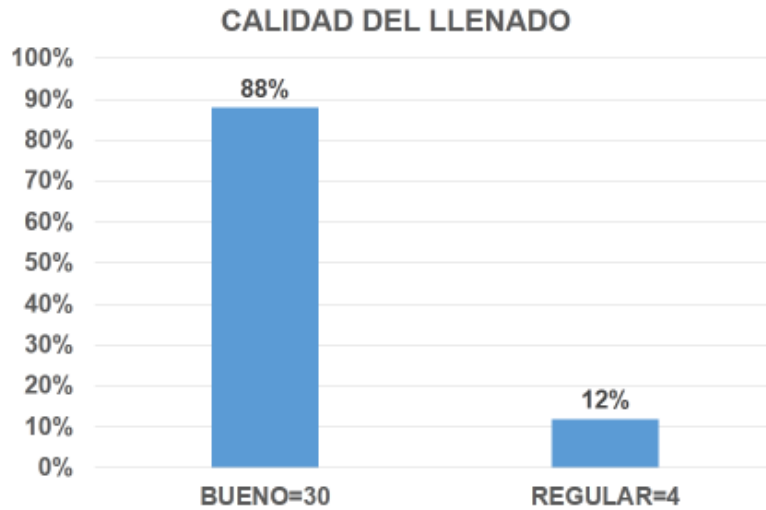
### **Segmento gestación actual.**

Bueno	21-30	11
Regular	11-20	23
Malo	1-10	0

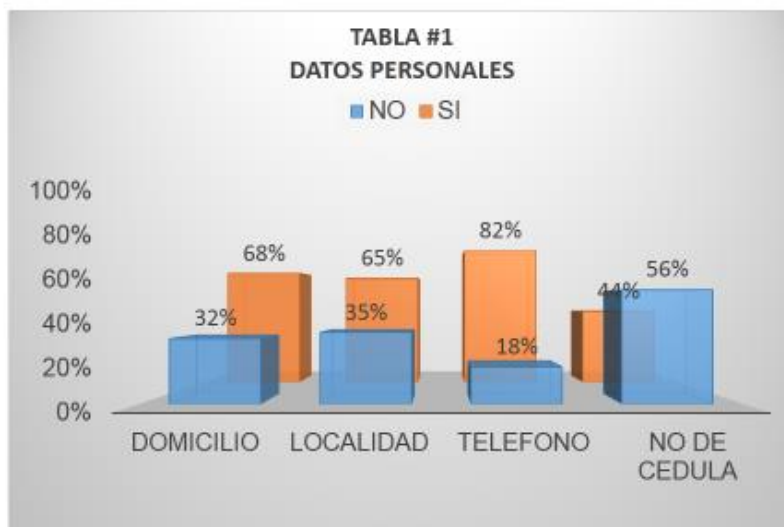
### **Segmento atenciones prenatales.**

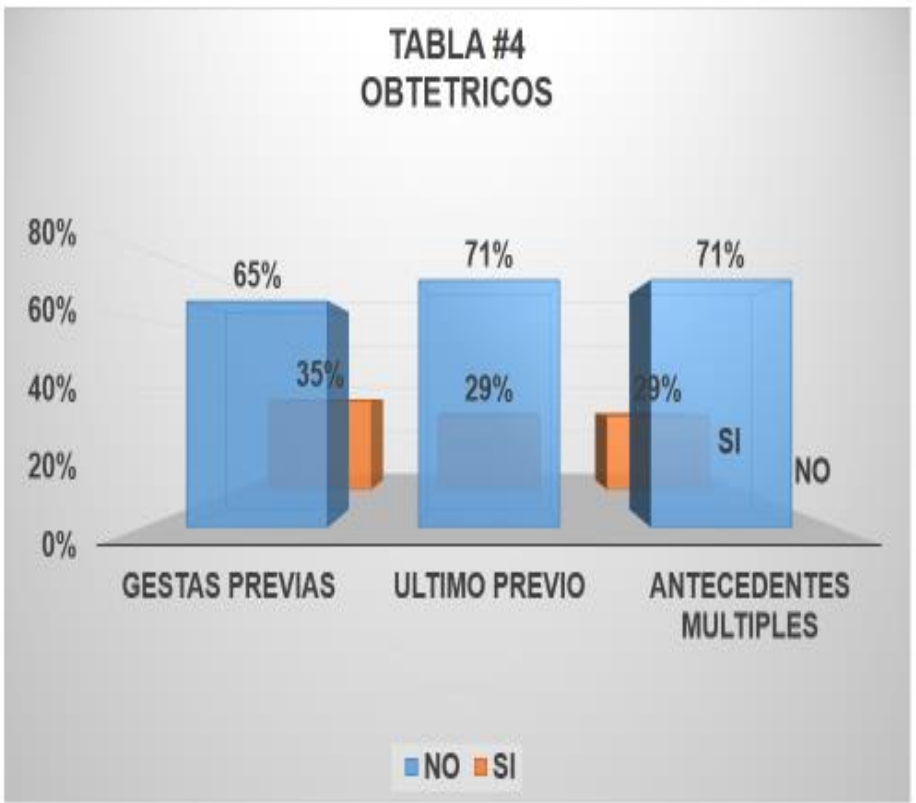
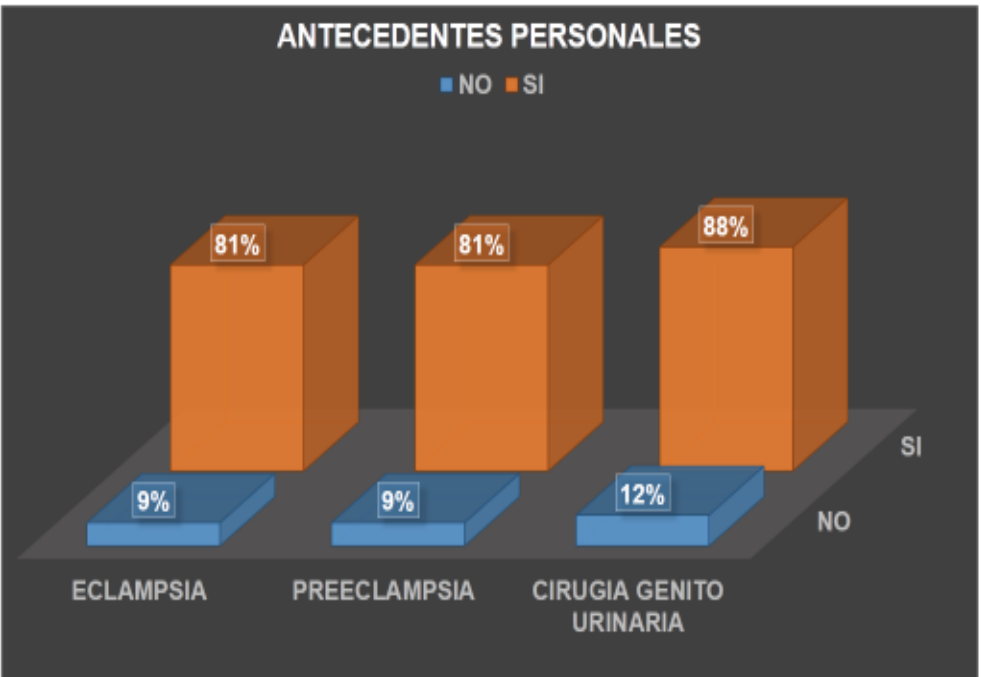
Bueno	11-14	33
Regular	6-10	1
Malo	1-5	0

### ANEXO: N°3. Graficas

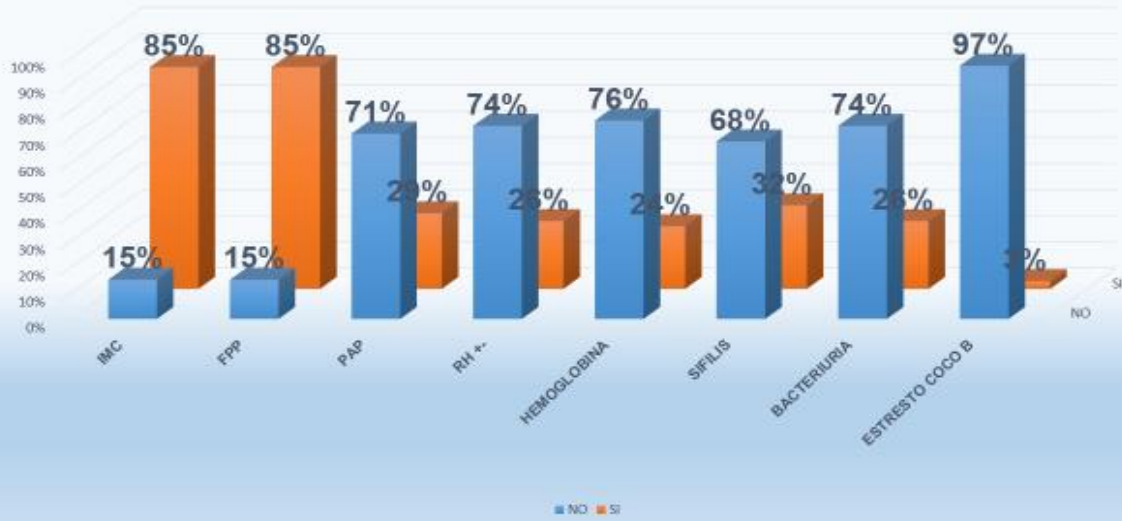


El grafico dice que de 34 HCP revisadas y analizadas 30 (88%) fueron llenados con una buena calidad y 4 (12%) fue llenado con una calidad regular o mala.

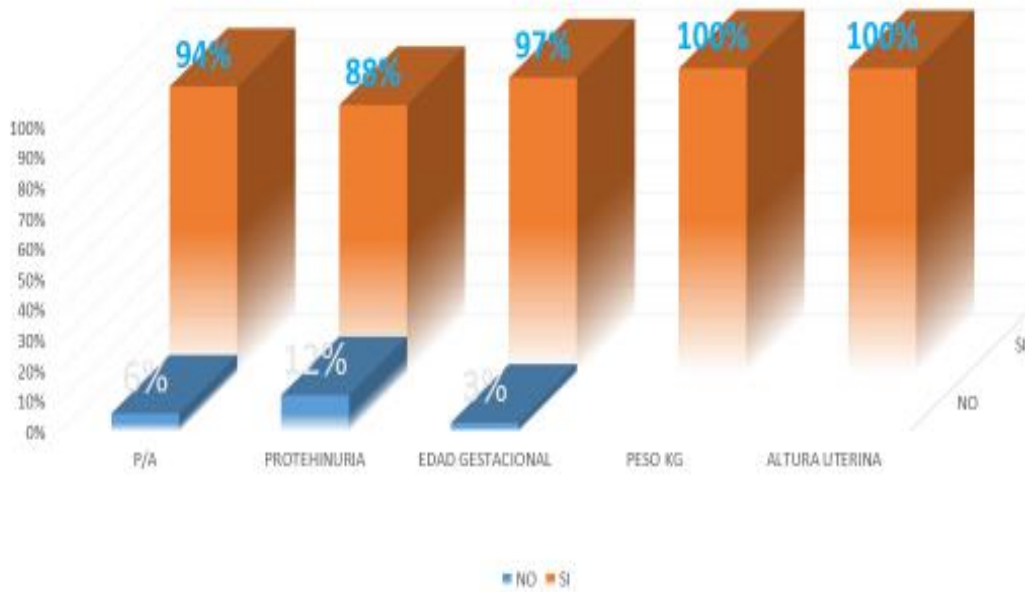




**TABLA #5  
GESTACION ACTUAL**



**ATENCIONES PRENATALES**



**Anexo: N° 4. Fotos y más.**

**Ilustración 4 puesto de salud Félix Baloy. Fuente: Elvin González**



**Ilustración 5 Farmacia Puesto de Salud Félix Baloy. Fuente: Eymi Fernández**



***Ilustración 6 casa solidaria donde estuvo ubicado el puesto de salud Félix Baloy. Fuente: Eymi Fernández***



***Ilustración 7 casa solidaria del puesto de salud Félix Baloy.***

***Fuente: Eymi Fernández***





**Ilustración 8** área de consulta y almacenamiento de expedientes clínicos del P/s Félix Baloy. Fuente: Eymi Fernández



**Ilustración 9** Camilla del puesto de salud Félix Baloy. Fuente: Eymi Fernández



**Ilustración 10 Entrada al P/S Félix Baloy. Fuente Eymi Fernández**

