

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA  
UNAN - LEON**

**FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS**

**GRADO DE SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS QUE ASISTEN  
AL PROGRAMA MATERNO - INFANTIL EN EL CENTRO PERLA  
MARÍA NORORI, DE LEÓN, DURANTE EL PERIODO DE  
NOVIEMBRE DEL 2004 A FEBRERO DEL 2005.**

**MONOGRAFIA PRESENTADA POR:**

- *Bra. Yesicka Xilhonem Morazán Castillo.*
- *Bra. Beasley de la Cruz Rivera Luna.*

**PARA OPTAR AL TÍTULO DE:**

**LICENCIADA QUIMICO FARMACEUTICO**

***Tutora:***

***Dra. Clarisa Quintanilla.***

**León, Mayo 2005**

# ÍNDICE

## Resumen

Introducción.....	1
II. Antecedentes.....	3
III. Justificación.....	4
IV. Problema.....	5
V. Objetivos.....	6
VI. Marco Teórico.....	7
VII. Diseño Metodológico.....	38
VIII. Resultados.....	41
IX. Conclusiones.....	49
X. Recomendaciones.....	50
Bibliografía.....	51
Anexo.....	52

## I. Introducción

Nicaragua en las últimas décadas ha sufrido grandes transformaciones administrativas, políticas, económicas y principalmente cambios en el área de la salud.

En el sector salud, se han formulado Líneas Estratégicas que tienen la finalidad de mejorar las condiciones de salud poblacional, incluyendo la disminución de la tasa de morbilidad Materna – Infantil, incidiendo de manera precoz en ésta.

Por esta razón se han elaborado normas de atención en dicho programa, cuyo objetivo principal es realizar un adecuado control del embarazo, parto y puerperio; detectando precozmente los factores de riesgo que pueden afectar el desarrollo normal del embarazo que a su vez ponga en peligro la vida y la concepción, tomando oportunamente medidas que eviten, corrijan o prevengan el riesgo.

Es a raíz de la revolución obstétrica, que se resalta que los cuidados prenatales tienen gran valor en la prevención de tales situaciones, señalando que la falta de una adecuada atención prenatal trae como consecuencia el no detectar el riesgo materno, elevando de esta manera, la tasa de mortalidad.

En la actualidad estas normas de atención de las embarazadas, han sufrido algunos cambios, como es la frecuencia de los controles, estableciendo un total de 10 controles, hoy en día, para todo tipo de embarazo.

Para realizar el adecuado control de la salud del binomio madre e hijo, se creó el programa Materno – Infantil. Encontrándose en dicho programa los componentes de atención adecuados y efectivos, como son:

- Control de la fertilidad
- Control prenatal
- Control de puerperio
- Detección precoz del cáncer
- Lactancia materna exclusiva

Como puede observarse, el control es uno de los componentes realizados por el MINSA, para evaluar la eficacia en el cumplimiento de estas normas y objetivos. Al respecto, se han realizados estudios en diferentes regiones del país, donde se enfocan distintos aspectos del control prenatal (CPN) y los factores de riesgo antes y durante el desarrollo del embarazo, parto y puerperio, todos con la misma finalidad de mejorar la calidad de atención de programa M-I y a su vez el grado de satisfacción de las usuarias.

A pesar de estos esfuerzos, se han realizado pocos estudios en algunas zonas del país por parte del MINSA, como es el caso del Atlántico y otras zonas importantes en relación al programa Materno – Infantil.

## **II. Antecedentes**

Antes del auge de la moderna obstetricia, las mujeres sólo se entrevistaban con su médico una vez durante el período (9 meses), lo que ponía en riesgo la vida de ambos, ya que durante el transcurso del embarazo podría presentarse cualquier complicación.

Al revisar la información bibliográfica se han encontrado diferentes estudios realizados en el 2005 por FUDEN (Fundación para las enfermeras) en las siguientes áreas geográficas: Departamentos de Matagalpa, Jinotega, Río San Juan y Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN). Estos estudios consisten en capacitar y mejorar la atención en el embarazo, parto y puerperio a los profesionales de enfermería en los puestos de salud de las zonas ya mencionadas por ser estos en los que la incidencia de mortalidad materna-infantil es mayor.

De modo que trabajos específicos que evalúen el grado de cumplimiento o eficacia y calidad del servicio prestado a las usuarias, no se han realizado. Motivo que incentiva la realización de este trabajo.

### **III Justificación**

Existen diversos problemas de atención en la salud tanto en hospitales como en centros de salud, que están afectando a nivel mundial a mujeres en edad fértil, y principalmente en gran parte a la mujer nicaragüense en un alto porcentaje.

El presente estudio ha tomado como referencia el Centro de Salud Perla María Norori, para analizar la atención que brinda este centro de salud en el Programa Materno-Infantil en relación al suministro y consumo de medicamento a través de la satisfacción de las usuarias en cuanto al servicio que reciben, con el objetivo de describir el tratamiento farmacológico que les prescriben a las mujeres embarazadas en este programa.

Como estudiantes y futuros profesionales de la salud, se piensa ser parte de este lazo y así brindar mejores servicios a estas pacientes, para poderles dar una atención eficiente y eficaz. Al finalizar este trabajo se espera sirva de utilidad como base a futuras investigaciones sobre el grado de satisfacción de las mujeres embarazadas que asisten al programa Materno – Infantil.

Por otra parte si se encuentran fallas o insuficiencias señalarlas con el objetivo de mejorar la función del programa, así como mejorar el nivel de vida de las usuarias para disminuir la mortalidad materna.

## **PROBLEMA**

¿ Existe satisfacción por los servicios recibidos en el Programa Materno-Infantil, por parte de las mujeres embarazadas que asisten al Centro de Salud Perla Maria Norori de la ciudad de León en el período comprendido entre noviembre del 2004 a febrero del 2005?

## **VI. OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

- Determinar el grado de satisfacción en las mujeres que asistieron al programa Materno - Infantil durante su período prenatal en el centro de salud Perla Maria Norori de la ciudad de León, entre Noviembre del año 2004 a Febrero del 2005.

### **Objetivos Específicos:**

- Describir las características demográficas del programa Materno–Infantil que asistieron al Centro Perla Maria Norori.
- Identificar las condiciones higiénicas sanitarias del Centro de Salud Perla María Norrori en base a la opinión de las usuarias del programa.
- Indagar el trato y atención que reciben las mujeres embarazadas en el programa materno infantil por parte del Medico y la Enfermera.
- Analizar el abastecimiento que brinda el programa Materno-infantil, en relación a la medicación de las mujeres embarazadas.

## V. Marco Teórico

### A. Marco Institucional.

El Ministerio de Salud con la responsabilidad que le concede la constitución del país, vigila y garantiza de forma permanente la calidad de los servicios de salud que la población utiliza, razón por la cual da lugar a la creación del presente instrumento de Estándares de Habilitación.

La implementación de procesos que regulen y garanticen la calidad de atención del programa son: habilitación, categorización, acreditación entre otros, responden a la Política Nacional de Salud del fortalecimiento de la calidad de la atención.

Habilitación es el paso inicial para la puesta en marcha de un establecimiento de salud, la acreditación conduciría a la elevación progresiva del nivel de calidad institucional de la atención, la categorización suministraría los determinantes de las prestaciones que se pueden realizar y la constitución de redes de establecimientos.

Los estándares de habilitación tienen como propósito servir de guía para el desarrollo del proceso de habilitación, con la finalidad de generar un orden en los componentes estructurales y de equipamiento mínimo de obligado cumplimiento para los centros de salud con o sin cama y permita brindar servicios con el menor riesgo a la población.

**Habilitación:** Es un proceso de evaluación, mediante el cual se fundamenta la actuación del Ministerio de Salud (MINSA) como órgano rector del Sector Salud, en dar licencia de apertura y autorización, como proveedor de servicios, a cualquier establecimiento de salud, público o privado, que sea evaluado y cumpla los requisitos que se exigen para su nivel de especialización y atención.

Es un procedimiento que desarrolla la autoridad sanitaria jurisdiccional o quien ella delegue. Se efectúa habitualmente una vez, previo a la puesta en funcionamiento del efecto y define las condiciones mínimas estructurales que deben poseer "dichos establecimientos".

**Acreditación:** Es el proceso de evaluación de los recursos institucionales, voluntario, periódico y reservado, que tiende a garantizar la calidad de atención a través de estándares previamente aceptados.

**Categorización:** Es la tabla o clasificación de los efectos ambulatorios y de internación de acuerdo con el criterio que se adopte que permite definir niveles, concentrando actividades, clasificando las prestaciones de acuerdo con la viabilidad de su realización según tipo de establecimientos y permitiendo configurar en el futuro una red de servicios en los SILAIS.

**Estándares:** Son los requisitos y exigencias previamente conocidos y aceptados, por los cuales se mide la calidad de la atención. Constituye un modelo o guía respecto a niveles que ha de llegarse, puede diferir de la norma.

Es un conjunto de expectativas predeterminadas por una autoridad competente, que describen el nivel aceptable de rendimiento de una organización.

**Norma:** Regla que se debe seguir o modelo a que se ajusta un trabajo.

**Primer Nivel de Atención en Salud:** Esta representado por el conjunto de acciones institucionales de la comunidad, la familia, los individuos y los servicios básicos de la población con los recursos que conjuntamente se dispongan.

**Centro de Salud (C/S):** Es la unidad básica administrativa del sistema de servicios municipales que brinda atención de salud tanto a las personas como al medio ambiente de forma integral y jerarquiza a los puestos de salud.

La población definida como materno-infantil incluye a las Mujeres en edad fértil (entre 15 y 49 años de edad) y a los Niños hasta los cinco años de edad.

Las actividades de este programa se llevan a cabo en todas las unidades, destaca la importancia que se ha dado al hecho de brindar dicho servicio con suma eficiencia, tratando de identificar los factores de riesgo para prevenir los eventos que, estando al

alcance del médico, disminuyan la morbilidad de estos grupos y concomitantemente la mortalidad.

El médico se ocupa, entre otras actividades, del llenado de ciertos formatos - cuestionarios del expediente clínico, que brindan información para el seguimiento del paciente y donde se registra la evolución de su vigilancia; por ello, esta actividad debe realizarse con un máximo de eficacia, acompañada de la exploración del paciente lo cual, en conjunto, debe traducir un adecuado conocimiento y control de los pacientes.

Sin embargo dicha actividad no se realiza en forma integral, lo que influye en la falta de calidad esperada para la atención de esta población. El mismo médico desconoce las desviaciones en la evolución del embarazo, y del crecimiento y desarrollo del niño y sus repercusiones en la población.

Existen muchas ideas, que no son novedosas, para mejorar la calidad en la atención a los pacientes. Existe asimismo interés con respecto al grado en el que los recursos para la atención a la salud, o los servicios incluidos en la misma, corresponden a estándares específicos, pues si se aplican esos estándares, se pueden lograr los resultados esperados.

Se cuenta con una gran variedad y con rangos de indicadores que permiten evaluar los objetivos; en relación a la atención materno-infantil, Además los indicadores pueden utilizarse para conocer la accesibilidad, la utilización y las condiciones en que se brinde la atención materno-infantil; para ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) sugiere algunos indicadores de evaluación del avance en la estrategia de "salud para todos".

## **1.-Consideraciones generales**

El estado de Nicaragua a través de la constitución política, establéese en el capitulo IV, articulo 74, "Derecho de la familia:" Que la mujer tendrá atención especial durante el embarazo"...Dando relevancia al papel del estado como rector de las acciones de salud en todos los ámbitos de su competencia.

El Ministerio de salud de Nicaragua, manifiesta su preocupación por la promoción de la salud integral de las mujeres, sus familias y la comunidad, antes, durante y después del proceso reproductivo y realiza esfuerzos involucrando a su personal y a las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en la promoción de la salud.

La atención de las mujeres embarazadas requiere de un especial interés, dado que en nuestra sociedad, los aspectos relacionados a la maternidad han sido considerados como una responsabilidad femenina, dejando prácticamente de considerar la importancia de las actitudes, prácticas y responsabilidades que son propias y deberían ser compartidas por los hombres, las familias y la comunidad.

El personal de salud, que tantos esfuerzos dedica a la Atención Prenatal, debe considerar las evidentes circunstancias en que reproducen muchos embarazos en Nicaragua, donde las mujeres tienen evidentes desventajas en el desarrollo de su vida familiar, laboral, en el ámbito legal o su inserción a la economía, etc.

Generalmente las mujeres pobres no disponen de suficientes recursos ni tiempo para atender su salud; las responsabilidades familiares, la sobrecarga del trabajo doméstico, que realizan generalmente sin contribución masculina, educación y atención en la salud de sus hijas e hijos ocupa sus mayores preocupaciones, descuidando frecuentemente su salud y su atención cuando más la necesitan.

Según las ultimas estimaciones poblacionales, las mujeres que viven en condiciones de pobreza o extrema, con bajo nivel de instrucción, de residencia urbana marginal o rural, son las que pueden ver mas comprometida su salud y por consiguiente afrontan el proceso reproductivo en mayores condiciones de riesgo.

Desde el punto de vista legal, salarial, económico, la población femenina de Nicaragua sobrevive en condiciones de seria discriminación y por lo tanto, merece mayor consideración y atención, por parte del estado, como de las familias y comunidades.

Así como para mujeres y parejas la noticia de un embarazo es una fuente de alegría y esperanzas, existen otras circunstancias completamente diferentes: muchas mujeres y parejas afrontan un nuevo embarazo cuando ya han tenido demasiados hijos e hijas, o no han tenido la oportunidad de planificar; parejas en las que han fallado los métodos anticonceptivos o situaciones en donde los hombres son renuentes a usarlos y no se los permiten a sus compañeras.

Comprender la complejidad de múltiples situaciones, permite a las instituciones de salud y a su personal, así como de los Centros Alternativos, tener actitud de mayor aceptación, ofrecer mejores condiciones de accesibilidad, ofrecer un ambiente cálido y saludable y contar con una atención de mayor calidad técnica y humana, favoreciendo la promoción y la protección de las embarazadas y de las recién nacidas y nacidos.

## **B. Programa Materno Infantil (PMI)**

### **1.- Estructura de las normas:**

- 1) Normas de actividades en terrenos para el personal de salud, médico, enfermería, trabajador sanitario y educador en salud.
- 2) Normas de actividades de adiestramiento y supervisión a ejecutar por el personal de salud con parteras
- 3) Normas administrativas del personal de salud en parteras.
- 4) Normas para captación referencia y educación en la atención prenatal y puerperio por el brigadista de salud.
- 5) Normas administrativas del personal de salud en brigadistas.
- 6) Niveles de atención y normas de programación en embazadas normal y de bajo riesgo.

- 7) Normas de control prenatal de embarazo normal y de bajo riesgo.
- 8) Normas de atención del parto normal y de bajo riesgo.
- 9) Normas de atención del puerperio normal y de bajo riesgo.
- 10) Normas de atención en el embarazo, parto y puerperio normal y de bajo riesgo.

En 1980 la dirección Materno infantil (M-I) en conjunto con el grupo nacional de Gineco-obstetricia elaboro las normas de los componentes de control prenatal, atención al parto, puerperio y lactancia materna las que fueron difundidas y ejecutadas en particular al primer nivel de atención con participación fundamental en su ejecución por personal de enfermeras y auxiliares de enfermería, sin discriminar acciones diferentes para cada riesgo.

Dentro de los objetivos iniciales de las normas está: la complicación y extensión de la cobertura y disminuir los índices de morbilidad y mortalidad.

Las normas están dirigidas al trabajador de salud, médico, enfermera, auxiliar de enfermería, educador; Que cumplen actividades de atención prenatal dentro de su trabajo, en comunidad y puestos de salud, centros de salud en camas y hospital de la red.

Están concebidas bajo un criterio de riesgo que permite al personal de salud distinguir aquellas gestantes que necesitan mayor atención de calidad en el servicio, ubicándolas en el nivel de resolución correspondientes, al mismo tiempo orienta las actividades de adiestramiento y supervisión de brigadista de salud y parteras empíricas hecho que permita la coordinación en estos recursos y la articulación entre la comunidad y el sistema de salud.

## **2.- Propósitos de “las Normas operativas” son:**

- 2.1) Dar un instrumento que indique como deben cumplirse las acciones en una forma práctica y concreta, distinguiendo que existen acciones que se deben de cumplir en terreno (comunidad) y acciones dentro de las unidades de salud.
- 2.2) Interiorizar en el trabajador de la salud la importancia y la labor de su desempeño en la modificación d la situación de

la salud Materno –Infantil, a este fin se trata de que en la práctica diaria, no solo ejercite las acciones correspondientes a las actividades, sino que comprenda que cada una de las acciones contribuye a lo largo de los objetivos. Esta contribución es más eficaz cuando la meta no solo es cumplir, sino hacerlo de la mejor calidad posible. Las normas tienen un carácter dinámico, por lo tanto no son definitivo y son susceptible al cambio, dependiendo de los nuevos conocimientos y sobre todo de las experiencias en la realidad.

### **C. Normas y sus objetivos, actividades y acciones.**

- 1) Normas de actividades en terreno para el personal de salud(Médico, enfermeras, trabajadores sanitario y educador en la salud)

#### **Objetivo General:**

- Lograr que el personal de salud cumpla las actividades de terreno respondiendo a objetivos específicos de su propio que hacer, así como con el recurso humano disponible (Brigadista y Parteras) de su área de influencia.

#### **Objetivo Específicos:**

- Identificar, conocer y coordinar con los brigadistas de salud y parteras. Empíricas adiestradas o no de su área de influencia.
- Organizar las actividades del recurso humano reclutado.
- Establecer la coordinación con brigadista y parteras.
- Lograr la captación precoz de las embarazadas de su sector.
- Lograr que todas las embarazadas captadas sean referidas por su atención.
- Conocer y lograr que la embarazada insistente continúen con su control prenatal.
- Lograr referencia de las embarazadas ARO.

- Lograr que las embarazadas tengan la educación en salud Materno infantil.
- Utilizar la información del brigadista de salud y parteras adiestradas.

2) Normas de actividades de adiestramiento y supervisión a ejecutar por el personal de salud con la partera.

**Objetivo General:**

- Que el personal de salud, organice, adiestre y supervise las actividades que debe cumplir la partera en el control prenatal, el parto de bajo riesgo.

**Objetivo Especifico:**

- Lograr que la partera vigile a las embarazadas normales.
- Lograr que la partera identifique y refiera a las embarazadas de riesgo que ameriten mayor cuidado.
- Lograr que la partera identifique y reconozca el alto riesgo obstétrico a través de la identificación de signos de alarmas y la refiera oportunamente al centro de salud.
- Lograr que la partera oriente a la embarazada para el momento del parto y haga bien el trabajo del parto.
- Que la partera identifique los signos y síntomas de mayor cuidado durante el trabajo de parto.
- Que la partera logre la reanimación del recién nacido, reconociendo la dificultad respiratoria en el posparto.
- Analizar las actividades de la partera y los resultados obtenidos en la obtención de parto.

## **D. ESTANDARES E INDICADORES DE CALIDAD DE PROCESOS DE ATENCION DE LA EMBARAZA Y DEL RECIEN NACIDO**

Establecido por el Ministerio de Salud (**MINS**A) Primero y Segundo Nivel de Atención, Managua, Nicaragua

El plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna, Peri natal e Infantil del Ministerio de Salud de Nicaragua, aun vigente, contemplan entre sus líneas la implementación de la Estrategia de Maternidad Segura así como la movilización y organización comunitaria alrededor de los problemas de salud de su comunidad y de la mortalidad materna. Estableciendo objetos y resultados esperados. Los estándares e indicadores de calidad permiten determinar el nivel de acercamiento de las metas del Plan de Reducción por parte de las Unidades de salud.

Entre otras actividades del Plan de Reducción de la Mortalidad Materna, Peri natal e Infantil, el Ministerio de Salud ha realizado varias investigaciones que sirven como diagnóstico sobre el nivel de cumplimiento del Plan, tales como Measure, Evaluación de necesidad en los servicios de emergencia obstétrica y mejoramiento de la atención obstétrica peri natal en 17 SILAIS y 21 hospital.

Los resultados globales revelan que aún se necesita realizar esfuerzos locales para mejorar el desempeño del personal de salud. Las limitaciones estructurales son importantes pero las evidencias reflejan que aun las condiciones actuales se puede mejorar el control y vigilancia del embarazo, parto del recién nacido.

Objetivos específicos y resultados:

La numeración de los objetivos se presenta de acuerdo a como se describen en el Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna.

No 2: Fortalecer la capacidad resolutive en las unidades de salud del Primero y Segundo Nivel del Ministerio de Salud (MINSA), para brindar una atención oportuna a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, reduciendo los riesgos de mortalidad materna.

- Resultados: Hospital con la iniciativa del Parto Seguro implementada.
- Cuidados Obstétricos Esenciales establecidos.

No 4: Fortalecer el sistema de información y vigilancia de la Mortalidad Materna, peri natal e infantil a nivel institucional y comunitario.

- Resultado: Sistema de referencia y contrarreferencia funcionando en las unidades de salud del Primero y Seguro Nivel del MINSA y a Nivel Comunitario.
- Resultado Fortalecimiento del sistema de vigilancia de la mortalidad materna.

No 5: Desarrollar procesos de comunicación y movilización social que sensibilicen a la población en la prevención de la Mortalidad Materna, Peri natal e Infantil.

- Resultado: Se visualiza mayor participación de la sociedad civil, instituciones y organizaciones sobre la mortalidad materna.

No 7: Fortalecer la participación Interinstitucional multisectorial mediante la reactivación y el funcionamiento de la Comisión Nacional de la Lucha para Reducción de la Mortalidad Materna.

- Resultado: Comisión desarrollando un plan de intervenciones que favorezca la reducción de la mortalidad materna.
- Se espera que el Ministerio de Salud constituya un grupo funcional en el Nivel Central o Nacional denominado el Grupo Coordinador de Apoyo y Seguimiento, que deberá fortalecer a la Comisión Nacional de Lucha para la Reducción de la Mortalidad Materna.

No 8: Promover la creación de redes comunitarias para el desarrollo de acciones de promoción y prevención.

- Resultados: Redes comunitarios organizadas y trabajando en función de los problemas de salud y mortalidad materna.

Es en este contexto en que se debe considerar “reducir la mortalidad materna a través de un trabajo coordinado y participativo entre el Ministerio de Salud y los Organismos socios para aumentar la demanda comunitaria de nacimientos asistidos y el cuidado de las complicaciones, aumentar el acceso a cuidados maternos y obstétricos con calidad y calidez, mediante la implementación de prácticas basadas en la evidencia científica actual”.

### **Definiciones:**

**Estándar:** Es una declaración de la calidad esperada. Es una expectativa con relación a un proceso determinado. Es la medida del desempeño esperado.

**Indicadores:** Refleja aspecto completo de la actividad en salud ya sea del Primero y/o del Segundo Nivel de Atención, su propósito es verificar el grado de cumplimiento de las acciones referidas en los requerimiento de cada estándar y el impacto que ellas tienen en las usuarias.

**Los estándares e indicadores:** definidos por el Ministerio de Salud a través de las direcciones del Primero y Segundo Nivel, nos permitirán medir el nivel de la calidad de los servicios Médicos brindados al binomio madre-hijo, en las diferentes unidades de salud del país, los que han sido enfocados en los proceso de atención en salud y de esta manera a mejorar los resultado.

## Estándares e indicadores de calidad de atención a embarazadas (Primer Nivel de Atención)

Estándares	Indicadores	Construcción del Indicador	Definición	Fuente	Periodicidad	Muestra	Umbral
1.- A toda embarazada que acude a su control prenatal, se le deberá de llenar su historia clínica Perinatal (HCPB) y registrar en ellas las 12 actividades normales.	Porcentaje de mujeres embarazadas en las que en su CPN se les lleno su HCPB y se registraron las 12 actividades normadas	No de embarazadas que acudieron a su CPN, se les lleno sus HCPB y se registraron las 12 actividades normadas/ No de embarazadas a las que se les valoro el llenado de su HCPB X 100	12 actividades normadas para registrarse en HCPB: - Antec.Personales y obstétrica - Medición de Talla - Examen de mamas - Semanas de amenorrea - Medición del Peso - Determinación de PA - Medición de altura Uterina -Auscultación de FCF (A partir de las 20 SG - Móv. Fetales ( Después de 18 SG) - Aplicación de vacunas antitetánica - Solicitud de exámenes ( Grupo y Rh, PAP, VDRL/RPR, EGO,Hb) - Evaluación del Estado Nutricional	Expedientes Clínicos (HCPB)	Mensual	20 expedientes clínico	80%
2.- Toda usuaria que acude por emergencia obstétrica: Hemorragia , Síndrome Hipertensivo Gestacional, Preeclampsia y Eclampsia, Sepsis Obstétrica y atención posaborto, deberá recibir tratamiento de acuerdo a los protocolos establecidos por el MINSA	2.1- Porcentaje de usuarias con Hemorragias Obstetricias que recibieron tratamiento según protocolo del MINSA	No de usuarias con Hemorragias Obstétricas que recibieron tratamiento según protocolo MINSA/ No. de usuarias con Hemorragias Obstetricias revisadas en el periodo X 100	Tratamiento adecuado de acuerdo a Protocolos establecidos por el MINSA	Expedientes Clínicos	Mensual	20 Expedientes clínicos	80 %
	2.2- Porcentaje de usuarias con SHG: Preeclampsia y Eclampsia que recibieron tratamiento según el MINSA	No de usuarias con SHG: Preeclampsia y Eclampsia que recibieron tratamiento según protocolo del MINSA/ No de usuarias con SHG: Preeclampsia y Eclampsia revisadas en el periodo X 100					
	2.3- Porcentaje de usuarias con	No de usuarias con sepsis por	Tratamiento adecuado conforme a los Protocolos establecidos por el MINSA	Expedientes Clínicos	Mensual	20	

	sepsis por causa Obstetricias que recibieron tratamiento según protocolo del MINSA	causas Obstétricas que recibieron tratamiento según protocolo MINSA/ No. de usuarias con sepsis por causa Obstetricias revisadas en el periodo X 100				Expedientes clínicos	80%
	2.4- Porcentaje de usuarias con atención Posparto que recibieron tratamiento según protocolo del MINSA	No de usuarias con atención Posaborto que recibieron tratamiento según protocolo MINSA/ No. de usuarias con Aborto revisadas en el periodo X 100	Tratamiento adecuado conforme a los Protocolos establecidos por el MINSA	Expedientes Clínicos	Mensual	20 Expedientes clínicos	80%
3.- Toda embarazada con amenaza de parto pretermino, entre las 24 y 34 semanas de gestación, se les aplicará Dexametazona 6 mg. IM cada 12 horas por 4 dosis, aplicando la primera dosis al momento de establecer el diagnóstico.	Porcentaje de Embarazadas con amenazas de parto pretermino, a quienes se aplicó correctamente la Dexametazona.	No de Embarazadas con amenaza de parto pretermino a quienes se aplicó correctamente la Dexametazona/ No de Embarazadas con APP revisadas en el periodo X 100	Corresponde a la dosis de 6 mg. IM como dosis inicial de Dexametazona antes de referirla al hospital.	Expedientes clínicos	Mensual	20 expedientes clínicos	80%
4.-A toda embarazada den trabajo de parto se le deberá llene interpretar correctamente el partograma con curva de alerta.	Porcentaje de embarazadas en trabajo de parto con parto grama llenado e interpretado correctamente.	No. de embarazadas en trabajo de parto llenado e interpretado correctamente /No. de embarazadas en trabajo de parto revisadas en el periodo X 100.	Parto grama bien llenado y bien interpretado se considera cuando al aplicarse el instrumento de monitoreo se obtiene en promedio de todos los 17 ítems al menos el 80%	Expedientes clínicos	Mensual	20 Expedientes Clínicos	80%
5.- A toda mujer que egresa por un evento obstétrico (aborto, parto y cesárea).  se le deberá garantizar conserjería y métodos de planificación familiar	Porcentajes de puérperas que reciben conserjería en planificación familiar antes de su egreso.	No. de puérperas que reciben conserjería en planificación familiar antes de su egreso /No de puérperas revisadas en el periodo X 100.		Registro de egresos y expedientes clínicos	Mensual	20 Expediente clínicos	60%

	Porcentajes de puérperas que egresan con un método de planificación familiar.	No. de puérperas que egresaron con un método planificación familiar/No. de puérperas revisadas en el periodo x 100.		Registros de egresos y Expedientes clínicos.	Mensual	20 Expedientes clínicos.	25%
6.- Toda usuaria de los servicios de obstetricia deberá de recibir buen trato por parte del personal de salud	Porcentaje de usuarias de los servicios de obstetricias que refieren haber recibido buen trato.	No. de usuarias de los servicios de obstetricias que refieren buen trato/ No. de usuarias encuestadas egresadas de los servicios de obstetricias en el periodo X 100	Buen trato: cuando las usuarias de los servicios de obstetricias en las encuesta manifieste haber sido atendida con amabilidad. Realizadas por personal externo a la unidad de salud.	Encuesta	Trimestral	50	80%

**NOTA:** Existen otros estándares e indicadores de la calidad de atención enfocados al recién nacido.

## **E. Factores condicionantes de las muertes maternas**

- a) Atención de salud
- b) Factores Biológicos
- c) Control de Natalidad
- d) Factores sociales

### **a) Atención de salud:**

El objetivo Básico de los servicios de salud es garantizar que la mujer que se encuentra en su fase reproductiva tenga las condiciones adecuadas para dar a luz a recién nacidos sanos con al menor riesgo posible, para la salud de la mujer y de su hijo.

Para ello debe realizarse un control prenatal periódico iniciado lo antes posible y un parto por personal especializado. Estas dos acciones serán garantizadas con algún detalle en las mujeres que fallecieron.

1. Control Prenatal: Para que el control prenatal sea efectivo en la reducción de los indicadores de morbilidad debe tener alta cobertura idealmente superior a 90% y una concentración suficiente para detectar los factores de riesgo de mayor prevalencia e importancia biológica.

Se ha señalado a nivel internacional que control prenatal ideal es aquel que se inicia antes de las 12 semanas de gestación y con éstas, 12 visitas.

2. Atención del parto: Otra forma de analizar el papel de los servicios de salud es a través de la proporción de partos atendidos por personal especializados. Al relacionar la mortalidad Materna con la proporción de partos atendidos a nivel institucional del país de la región de América se observa que los que tienen mas bajos índices de Mortalidad son los que registran la mayor cobertura de atención institucional del parto.

**b) Factores Biológicos:** Se ha identificado una serie de factores, por los cuales una mujer puede morir como consecuencia del proceso reproductivo:

- 1) El embarazo en edades extremas, la mortalidad, el estado nutricional previo y durante el embarazo y la gran multiparidad. Estos factores biológicos asociados a muerte materna se analizan a continuación. Debe aclararse que algunos casos, el análisis no es todo lo satisfactorio, ya que debido a las deficiencias en la cobertura de la atención de salud, muchas de las patologías o condiciones previas a las muertes no aparecen registradas.
  
- 2) Edad de la madre: Diferentes estudios han señalado a las edades extremas con un importante factor de riesgo, mortalidad materna. Es así como, en países en vías de desarrollo, se ha estimado que el riesgo de morir sería 5 veces mayor en las mujeres menores de 15 años y los más elevados en las de 15 a 19 años, comparados con las de 20 – 24 años. En relación a este mismo grupo atareo, en los desarrollados la mortalidad aumenta a partir del rango de 30 a 35 años alcanzando una probabilidad de 10 veces mayor en la edad de 40 a 45 años.
  
- 3) Estado Nutricional de las Madres: El estado nutricional de la madre ya sea antes de la concepción o durante el embarazo es un elemento crítico en la determinación del resultado del hijo y en el estado de salud de la propia madre. La desnutrición de la madre ha sido señalada como una causa predisponente de retraso del crecimiento intrauterino y mortalidad materna.

**Fecundidad y Fertilidad:** La alta fecundidad y fertilidad está asociado a un mayor riesgo de muerte materna. Se ha indicado que la edad elevada aumenta el riesgo de muerte al igual que ocurre con los espacios intergestacionales inferiores a 24 meses. De esto resulta que en América Latina. Los países que tienen menor índice de fecundidad son también los que presentan las menores tasas de mortalidad materna.

Según las últimas estimación disponible, la fecundidad en las mujeres Nicaragüenses ha venido disminuyendo a lo largo de estos

últimos 30 años aunque las tasas todavía son altas y operan sobre una población muy joven.

En este estudio las mujeres que fallecieron por causa obstétrica directa tienen una tasa de fecundidad total (No de Embarazo) de 4.4 y una tasa de fertilidad (No de hijos) de 3.97 siendo que un 25 % de estas mujeres tienen más de 7 embarazos y 6 partos respectivamente.

En resumen los índices de fecundación, fertilidad y espaciamiento intergenésico de las mujeres Nicaragüense, factores que se agregan a las condiciones de pobreza, también presente en estas mujeres. En todo caso las tasas de fecundidad y fertilidad no se pueden analizar sin considerarse el uso de métodos de anticonceptivos, se analizan a continuación:

**C) Control de natalidad:** A pesar que actualmente existe un amplio conocimiento de los métodos de anticoncepción para regular el número de hijos y/o el espaciamiento entre los países subdesarrollado se aprecia una considerable demanda insatisfecha servicios de planificación familiar.

**d) Factores Sociales:** A demás de los elementos citados sobre la patología de la muerte materna en Nicaragua, los especialistas que analizaron estos datos, concluyeron que el 54% de las muertes ocurridas estaban asociados directamente a condiciones de pobreza, lo que es concordante con los indicadores macroeconómicos.

Otro antecedente social preocupante es el que señala que un 9% de las muertes maternas esta relacionado con hechos de violencia, entendiéndose como hecho de violencia.

#### **Otras complicaciones:**

- Retardo de crecimiento
- Trabajo de parto prematuro
- Ruptura prematura de membrana
- Diabetes gestacional

- Hipertensión embarazo
- Síndrome de hellp
- Sangrados
- Problemas de líquido amniótico
- Insuficiencia fetal
- Trastornos digestivos hepáticos
- Embarazo múltiple

### **Estrategias de Acción**

**Sensibilización:** está destinada a lograr que los niveles de conducción y el propio equipo de salud tomen conciencia de la importancia y la necesidad de impulsar un proceso de transformación en los servicios de salud. Pretende también plantear las bases teóricas y operativas de un nuevo modelo que combine, entre otras características, la calidad, la equidad y la eficiencia.

## **F. Propósito y Objetivos del Programa Materno Infantil (PMI).**

### **Propósito**

1. Contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de la mujer, el niño y el adolescente en los distintos ámbitos de la comunidad.

### **Objetivos Generales**

- Mejorar el acceso y la calidad de la atención a la salud a la mujer, la niñez y la adolescencia.
- Promover estilos de vida saludables en la población.

## Objetivos Específicos

- a. Promover la implementación de un modelo de atención integral, con énfasis en acciones preventivas.
- b. Promover la conformación de redes entre los diferentes servicios de salud y entre estos con otros sectores y actores sociales.
- c. Desarrollar estrategias de prevención primordial y medidas de auto-cuidado.

El equipo del PMI considera esencial abocarse a la tarea de transformar el modelo de atención, organización y gestión de los servicios de salud.

1. **Capacitación-supervisión:** el modelo de atención y organización de los servicios de salud propuesto requiere la adecuación de los roles, funciones y prácticas de sus recursos humanos, así como la implementación de mecanismos de supervisión capacitante que brinde apoyo permanente al equipo de salud para alcanzar las metas propuestas.
2. **Articulación-movilización de recursos:** la articulación de los recursos del Ministerio con otros, provenientes de diversos organismos estatales del ámbito nacional, provincial y municipal, de organismos de cooperación técnica y financiera y de organizaciones no gubernamentales, permitirá el fortalecimiento y complementación de las acciones a nivel local y regional.
3. **Comunicación social:** los medios de comunicación gráficos, audiovisuales y radiales, constituyen un recurso esencial para la divulgación de mensajes de promoción y protección de la salud y la instalación del debate de diversos temas relacionados con las condiciones de vida y conductas de riesgo en la población, así como también la orientación de la demanda para un uso racional de los servicios.

## **G. Estructura del Programa Materno Infantil (PMI)**

Conceptualmente, el Programa Materno Infantil toma el proceso de crecimiento y desarrollo como el eje a partir del cual se conciben y articulan todas las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, desde el momento de la concepción hasta la adolescencia. Por esta razón, el PMI ha definido cuatro Sub-programas referidos a etapas vitales que presentan características, necesidades y problemáticas bien diferenciadas, y que son consideradas desde el criterio de la integralidad. Ellos son:

- Sub-programa Perinatología, Salud Reproductiva y Sexual.
- Sub-programa de Salud Integral del Niño de 0 a 5 años.
- Sub-programa de Salud Integral del Niño en Edad Escolar.
- Sub-programa de Salud Integral del Adolescente.

Existen a su vez, cuatro áreas específicas de apoyo a la gestión, como son:

- Área de Información-comunicación
- Área de Capacitación
- Área de Documentación
- Área Administrativa

El nuevo modelo de atención debe promover la activa participación de la comunidad en la identificación de prioridades, la asignación de recursos y el control de gestión, como parte de un proceso más amplio de construcción de la ciudadanía.

## **H. Medicamento y embarazo**

**Embarazo:** Preñado de la Mujer y tiempo que dura, estorbo, dificultad obstáculo. Falta de soltura en los modales o en la acción.

Durante el embarazo es necesario controlar adecuadamente el uso de medicamentos de cualquier naturaleza. Si no se tienen en cuenta ciertas premisas es probable que se produzcan consecuencias indeseables sobre el binomio madre/feto.

**Fase del embarazo** Durante el primer trimestre se desarrollan y diferencian la mayoría de los órganos fetales con una intensa proliferación celular y habrá una mayor susceptibilidad a las alteraciones inducidas por drogas.

La embriogénesis se puede dividir en tres períodos:

**1-Período de fertilización o implantación:** va de la fecundación hasta el día 20. Este período es muy lábil ya que se produce la implantación del huevo en el endometrio. En este período se puede producir una alteración tal que termina con la expulsión del huevo o no es afectado para nada por el medicamento.

**2-Período embrionario:** va del día 20 hasta el día 55. En este período se produce la mayor parte de la organogénesis y organización tisular. Es cuando existe mayor susceptibilidad para la aparición de fenómenos teratogénicos causados por agresores externos.

**3-Período fetal:** va desde el día 55 hasta el momento del parto. En este período los riesgos son menores y prácticamente no existen efectos teratogénicos pero pueden ocurrir efectos adversos relacionados con el retardo del crecimiento intrauterino (RCIU)

## **I. Factores que afectan la transferencia del medicamento de la madre al feto**

**1.1 Factores maternos:** afectan la disposición de los fármacos durante la gravidez.

Factores placentarios y fetales: los más importantes son:

Anatomía placentaria: cuanto mayor es la superficie y menor el grosor de la placenta, es mayor la difusión de los medicamentos. Esto ocurre a medida que progresa la gestación.

PH sanguíneo fetal: la sangre fetal es más ácida que la materna (0.1 unidad menor). Los fármacos básicos pueden quedar retenidos en la sangre fetal.

Actividad metabólica en la placenta y en el hígado fetal: existen numerosas enzimas biotransformadoras en la placenta, pero su eficacia metabólica está muy limitada en relación al hígado del adulto.

## 1.2 Factores fisiológicos del fármaco:

- Liposolubilidad y grado de ionización: se difunden mejor las moléculas liposolubles y no ionizadas.
- Peso molecular: sólo difunden a través de la placenta las moléculas de bajo peso molecular
- Grado de unión a proteínas plasmáticas: cuanto mayor es la unión de la droga a las proteínas plasmáticas, menor es la difusión placentaria.

Para una mayor comprensión de las limitaciones de la aplicación de medicamentos durante el embarazo, la FDA (Food and Drug Administration) de EEUU, ha propuesto una clasificación tendiente a que los medicamentos se usen en forma prudente durante la gestación.

El siguiente cuadro clasifica a los medicamentos según el daño que pueden causar al feto los durante el embarazo en los diferentes períodos de su desarrollo embrionario.

## **Categorización de los Medicamentos Utilizados en mujeres Embarazadas**

<b>Categoría A</b>	No han demostrado riesgo para el feto en el primer trimestre y no existen evidencias de riesgo en los trimestres posteriores.
<b>Categoría B</b>	Los estudios de reproducción en animales no demostraron riesgo para el feto pero no se han realizado estudios adecuados y bien controlados en mujeres grávidas.
<b>Categoría C</b>	Los estudios de reproducción en animales demostraron efectos adversos en el feto pero no se han efectuado estudios bien controlados en mujeres grávidas. Sin embargo el beneficio que puede aportar la droga puede justificar el riesgo potencial.
<b>Categoría D</b>	Existen evidencias positivas de riesgo para el feto humano basadas en datos obtenidos de experiencias o estudios en humanos efectuados durante la investigación o comercialización. Igual que en la situación anterior, el beneficio que puede aportar es mayor que el riesgo potencial.
<b>Categoría X</b>	Los estudios en animales o humanos demostraron anomalías fetales o evidencia positiva de riesgo para el feto humano, basados en los estudios efectuados durante la investigación y comercialización. A diferencia de lo que ocurre en el caso anterior, los riesgos implicados en el uso de la droga superan a los potenciales beneficios.

## **I. Consecuencias indeseables sobre el binomio madre/feto.**

### **Aumento**

- Peso
- Contenido lipídico de los tejidos
- Contenido acuoso de los tejidos
- Volumen plasmático
- Función renal
- Niveles hormonales (esteroides)

### **Disminución**

- Niveles plasmáticos de albúmina
- Motilidad gastrointestinal
- Velocidad de vaciamiento gástrico

**Consecuencias farmacológicas:** Las drogas con excreción renal prevalente necesitarán seguramente ajuste de la dosis pues aumenta significativamente la eliminación de las mismas. No ocurre lo mismo con las que tienen metabolismo hepático que en general no requieren modificación de las dosis.

### **UTERO**

- Hipotensión materna
- Hipoxia uterina
- Efectos vasoconstrictores locales
- Infarto placentario

## **PLACENTA**

-Desprendimiento prematuro

**Variaciones hemodinámicas:** se pueden observar en el útero y la placenta y dar como consecuencia, entre otras, la acción directa de un medicamento sobre el feto

### **Estado nutricional, inmune y metabólico materno**

Una misma droga se puede comportar en forma diferente de acuerdo con el estado orgánico y funcional de la madre.

### **¿En qué categoría entran los medicamentos de uso habitual durante el embarazo?**

Casi todos entran dentro de las categorías B y C. Hay que cerciorarse cuál es la categoría a que pertenece el fármaco que se va a utilizar sobre todo cuando el prospecto no lo indica abiertamente.

La mujer NO debe automedicarse y menos aun estando embarazada o con posibilidades de estarlo ya que los principales y más severos efectos adversos sobre el feto se producen durante las primeras semanas de la gestación. Hay medicamentos sin embargo que producen alteraciones durante el último trimestre y particularmente en el período cercano al parto.

Esta transformación, fundada en una concepción amplia e integradora del individuo y su familia, debe estar orientada a garantizar el acceso universal a una atención eficiente, integral, personalizada y de alta calidad, por medio de un conjunto de acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud adecuadas a los diferentes grupos etáreos. El nuevo modelo de atención debe promover la activa participación de la comunidad en la identificación de prioridades, la asignación de recursos y el control de gestión, como parte de un proceso más amplio de construcción de la ciudadanía.

Por esto el PMI considera importante no sólo la tarea normatizadora sino también la intervención para el acompañamiento de los procesos de planificación, organización y gestión sanitaria de los

municipios para producir el mejoramiento de la calidad de vida y de atención de la población materno-infanto-juvenil.

## **J. Tratamiento Farmacológico en el Embarazo y Normas generales para la prescripción de fármacos en la embarazada.**

- Indicar sólo lo absolutamente necesario.
- Restringir la prescripción aún más en el primer trimestre
- Informar sobre los peligros de la automedicación.
- Evitar fármacos de reciente aparición.
- Utilizar la menor dosis eficaz durante el menor tiempo posible.
- Evitar la politerapia y/o la polifarmacia.
- Revalorar los posibles tratamientos cuando se conozca un nuevo embarazo.
- Considerar a toda mujer en edad de procrear una gestante potencial.

## K. PRESCRICION DE LOS MEDICAMENTOS DE LAS MUJERES EMBARAZADAS

**Ácido Fólico** También indexado como: **(Folato, Metilfolato, Vitamina B8)**

El ácido fólico es una vitamina B necesaria para la replicación y el crecimiento celular. El ácido fólico ayuda a formar los componentes del ADN, la molécula que contiene la información genética, y los componentes del ARN, necesario para la síntesis de proteínas en todas las células. Por lo tanto, los tejidos que crecen rápidamente, como los de un feto, y las células con un alto índice de regeneración, como los glóbulos rojos y las células del sistema inmunológico que tienen una gran necesidad de ácido fólico. La deficiencia de ácido fólico produce un tipo de anemia que responde rápidamente al tratamiento con ácido fólico.

El ácido fólico se utiliza principalmente en el periodo preconcepcional y en el primer trimestre del embarazo ya que disminuye la incidencia de efectos del tubo neural.

El embarazo es el periodo en el que el óvulo fecundado de una mujer (embrión) se gesta y se convierte en un feto; dura alrededor de 40 semanas desde la fecha de la última menstruación hasta que nace el bebé.

(400 µg diarios de un suplemento de ácido fólico para todas las mujeres en edad de tener hijos): El requerimiento de ácido fólico se duplica durante el embarazo (800 µg al día de todas las fuentes). Las deficiencias de ácido fólico durante el embarazo se han relacionado con bajo peso al nacer y una mayor incidencia de defectos del conducto raquídeo en los lactantes. En un estudio, mujeres que tenían un alto riesgo de tener bebés con defectos del conducto raquídeo pudieron disminuir su riesgo 72% al tomar un suplemento de ácido fólico antes y durante el embarazo. La mayoría de los médicos, muchos otros profesionales de la salud, y la March of Dimes recomiendan que todas las mujeres en edad de tener hijos tomen un suplemento de 400 µg diarios de ácido fólico. Si una mujer espera a estar embarazada para comenzar a tomar un suplemento de ácido fólico, probablemente será demasiado tarde para evitar los defectos del conducto raquídeo.

- La mayoría de los médicos recomiendan a todas las mujeres embarazadas o que intentan embarazarse tomar 400 µg al día para reducir el riesgo de defectos congénitos. Algunos médicos extienden también esta recomendación a otras personas, en un intento por reducir el riesgo de enfermedad cardíaca reduciendo los niveles de homocisteína.
- Las personas que consumen cereales con frecuencia pueden reducir la cantidad que toman como suplemento en aproximadamente 100 µg al día, debido a la recomendación de la FDA de añadir ácido fólico a un gran número de productos hechos con cereales.

### **Posología:**

El ser humano necesita una fuente exógena de folatos para la síntesis de nucleoproteínas y el mantenimiento de la eritropoyesis. El ácido fólico es una vitamina del grupo B presente en los alimentos de origen vegetal. En caso de deficiencia en la dieta, las reservas corporales satisfacen las necesidades durante 1 a 4 semanas. La administración de ácido fólico produce una rápida mejoría de los síntomas y del cuadro hematológico en caso de anemia megaloblástica por déficit de ácido fólico.

**Indicaciones:** Anemia megaloblástica por déficit de ácido fólico; anemia por desnutrición, embarazo; infancia; alcoholismo.

**Reacciones Adversas:** trastornos gastrointestinales y raramente sensibilización alérgica.

**Precauciones:** No administrarlo como terapia única en anemia megaloblástica, o con dosis inadecuadas de vitamina B12 para el tratamiento de anemia no confirmada. Dosis elevadas contrarrestan a los antiepilépticos y aumentan frecuencia de crisis convulsivas en niños susceptibles.

**Interacciones:** La isoniacida, la fenitoina y los anticonceptivos orales producen deficiencia del ácido fólico; el timetoprim, la pirimetamina y el triamtereno interfieren con la utilización de folatos.

**Dosis:** La dosis para adultos y niños es de 0.25 a 1mg/día.

Para adultos deficientes no complicados se recomiendan dosis de 0.1mg/día sin riesgo de enmascarar la deficiencia de cobalamina. En el esprue tropical se recomienda dosis de 3 a 15mg diarios.

Como profilaxis en niños y adultos durante periodos de alta demanda (hemólisis, infección) 0.5 a 1mg. Durante el embarazo y la lactancia 0.8mg/DIA.

### **AMOXICILINA:**

Es un antibiótico que tiene actividad antibacteriana similar con un espectro mayor que el grupo de penicilinas. Todos son destruidos por la beta lactamasa (tanto de las bacterias Gram. positivas como las Gram. negativas) y por tanto, son ineficaces para la mayoría de las infecciones estafilococicas.

La amoxicilina es mas rápida y completamente absorbida por el tracto gastro intestinal, lo cual constituye su principal diferencia. Parece ser menos eficaz que la ampicilina en el tratamiento de shigelosis.

**Dosificación:** La dosis oral para adultos y niños de 20kg o más de peso, es de 250mg cada 8 horas. En infecciones severas o aquellas causadas por microorganismos menos susceptibles, se pueden administrar 500mg cada 8 horas en este mismo grupo de pacientes.

Una dosis única de 3g de amoxicilina ha demostrado eficacia para el tratamiento inicial de las infecciones urinarias agudas no complicadas en la mujer no embarazada. Para el tratamiento de infecciones del tracto respiratorio bajo, causado por microorganismos sensibles, la dosis usual para adultos y niños de más de 20kg es 500mg cada 8 horas.

Niños de hasta 1 mes edad o que pesan menos de 20kg, deben recibir 20mg/Kg./día en dosis dividida cada 8 horas.

## **SULFATO FERROSO:**

El sulfato ferroso es la preparación estándar del hierro oral. Se absorbe tres veces mejor que las sales ferricas, en la parte superior del intestino.

La biodisponibilidad de preparados de sulfato ferrosos de liberación retardada es cuestionable; igualmente, la combinación con ácido ascórbico, que si bien aumenta la absorción, favorece la aparición de efectos adversos.

**Indicaciones:** Embarazo, lactancia, pérdidas gastrointestinales de sangre, sangrado menstrual excesivo, dieta pura a base de leche vacuna en la infancia y cualquier anemia por déficit de hierro.

**Reacciones Adversas:** frecuentes; (5-20%) trastornos gastrointestinales

(Dolor epigástrico, calambres, náuseas, vómitos, constipación, heces negras y diarrea) que son dependientes de la dosis.

Ocasionales: Por uso prolongado, hemosiderosis y hemocromatosis.

**Contra indicaciones:** Hemocromatosis y anemias no ferropénicas. No administrar conjuntamente preparaciones orales y parenterales de hierro.

**Precauciones:** La administración prolongada en niños puede interferir con la absorción de fosfatos con riesgos consecuente de lesiones de raquitismo.

La terapia parenteral se indica solamente si:

- a) la terapia oral ha fallado.
- b) La tasa de sangrado continuo excede a la tasa de absorción del hierro.
- c) Si es necesaria la reposición inmediata y se quiere evitar la transfusión.
- d) Si coexisten enfermedades gastrointestinales (colitis ulcerosa).

**Interacciones:** El uso continuo con tetraciclinas disminuye la absorción de ambos fármacos (las sales de hierro deben de administrarse 2 horas antes o 3 horas después de las

tetraciclinas). Los antiácidos y productos lácteos también afectan la absorción de las sales de hierro. El cloranfenicol antagoniza al hierro.

**Dosis:** Tratamiento de la anemia ferropénica: adultos, 66mg vía oral 2 a 3 veces al día; niños 5mg/Kg./día, en tres dosis.

Profilaxis de la anemia ferropénica en la gravidez: 66mg, una sola dosis, durante todo el embarazo y durante 3 meses después del parto.

Profilaxis de anemia ferropénica en prematuros: 1mg/Kg./día.

La FDA clasifica a las sales de hierro en la categoría C para uso durante el embarazo.

# **DISEÑO METODOLÓGICO**

## **VI. Diseño Metodológico**

### **Tipo de Estudio.**

Según el análisis y alcance de resultados el tipo de estudio es descriptivo y de corte transversal el cual fue realizado en el centro de salud Perla Maria Norori entre el periodo comprendido de noviembre del 2004 a febrero del 2005.

### **Universo**

El universo esta constituido por todas las pacientes que asisten al programa Materno Infantil del Centro de Salud Perla Maria Norori, que representan un total de 528 mujeres que equivale a un 100 %.

### **Muestra**

Se tomó una muestra de 100 mujeres embarazadas las que representaron un 19% de las mujeres que asistieron a consulta entre Nov. 04 y Febrero 05 al centro de salud Perla Maria Norori de la ciudad de León.

### **Criterios de selección de la muestra**

1. Mujeres embarazadas.
2. Asisten al programa materno infantil del centro de salud Perla Maria Norori.
3. Período de consulta de Noviembre 2004 a Febrero 2005.
4. Aceptaron ser entrevistadas.

### **Variables**

1. Características Demográficas
2. Condiciones Higiénicas Sanitaria del Programa materno infantil en el centro Perla María Norori.
3. Trato y atención.
4. Atención al tratamiento farmacológico.

### **Cruce de variables**

- Escolaridad Vs. Edad
- Condiciones que presta el centro de salud y Satisfacción de la atención.
- Trato y comunicación entre el medico y enfermeras Vs. Pacientes.
- Recepción de medicamentos adecuados y completos Vs. Satisfacción de la atención.
- Satisfacción de la atención Vs. Atención con otros médicos.

## **METODO Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS**

### **\* Recolección de la información.**

La información obtenida en esta investigación fue adquirida por medio de una entrevista a las embarazadas que asisten al Programa Materno Infantil del centro de salud Perla María Norori.

Esta fue recabada de manera directa e individual a través de un instrumento adecuado para este fin también se hizo uso de revisión documental tales como expedientes de las pacientes.

### **\* Instrumento.**

Para la obtención de la información se uso como instrumento lo siguiente:

- Cuestionario de preguntas estructuradas, las cuales eran de repuestas cerradas.
- Guía de revisión de expedientes.

### \* Plan de tabulación y análisis.

La información recopilada se proceso con el paquete estadístico SPSS presentando los resultados en tablas y gráficos elaborados en Microsoft Word, Microsoft Excel y Microsoft PowerPoint.

Para su análisis se utilizó la distribución de frecuencias y porcentajes.

### OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Indicadores	Escala
Características Demográficas.	Evaluación de las pacientes que asisten al Programa Materno Infantil.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Edad</li><li>• Escolaridad</li><li>• Procedencia</li></ul>	16-25/ 25-30 años Primaria Secundaria Nivel- superior Urbana Rural
Condiciones higiénico-sanitarias del PMN.	Estructura de los servicios básicos que les brindan a las usuarias del PMI.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ventilación</li><li>• Iluminación</li><li>• Agua</li><li>• Privacidad</li></ul>	70-80% 80-85% 90-95% 80-90%
Trato y atención que reciben las usuarias.	Calidad de los servicios médicos brindados al binomio madre-hijo.	-Médico <ul style="list-style-type: none"><li>• Excelente</li><li>• Bueno</li><li>• Regular</li></ul> -Enfermeras <ul style="list-style-type: none"><li>• Excelente</li><li>• Bueno</li><li>• Regular</li></ul> -Otros miembros.	11%  58%  31%

# RESULTADOS

Tabla No1

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LAS USUARIAS ATENDIDAS EN EL PMI, DEL PMN						
<b>Escolaridad</b>	<b>Primaria</b>		<b>Secundaria</b>		<b>Nivel Superior</b>	
	F	%	F	%	F	%
	11	11%	59	59%	30	30%
<b>Edad</b>	<b>16 y 25 años</b>		<b>26 y 30 años</b>			
	F	%	F	%		
	58	58%	42	42%		
<b>Procedencia</b>	<b>Urbana</b>		<b>Rural</b>			
	F	%	F	%		
	68	68%	32	32%		

Fuente: Entrevista.

Leyenda: Característica demográficas de las usuarias atendida en el PMI del PMN en cuanto a su escolaridad, edad, procedencia y estado civil.

### **COMENTARIO:**

En relación a las características demográficas de las pacientes entrevistadas, un 58% oscilan entre las edades de 16 a 25 años y un 42% están entre 26 y 30 años de edad.

De igual manera se observa que su escolaridad no es tan baja teniendo un 59% de las pacientes que llegaron hasta la secundaria, un 30% logró finalizar sus estudios superiores y un 11% culminaron sus estudios de primaria. (Ver tabla No. 1).

Tabla No 2

CONDICIONES HIGIENICOS-SANITARIAS QUE PRESTA EL CENTRO DE SALUD PMN		
	Frecuencia	Porcentaje
<b>Excelente</b>	9	9%
<b>Bueno</b>	35	35%
<b>Regular</b>	50	50%
<b>Deficiente</b>	6	6%
<b>Total</b>	100	100

Fuente: entrevista.

Leyenda: Condiciones higiénicos-sanitarias del centro de salud PMN.

### **COMENTARIO:**

Respecto a las condiciones Higiénico-Sanitarias del centro de salud PMN , las pacientes entrevistadas opinan que; un 9% considera que este centro si presenta condiciones Higiénico-Sanitaria; un 35% considera que estas condiciones son buenas y un mayor porcentaje se encuentra en la categoría de regular con un 50% y un 6% en forma deficiente.

Es decir que un 85% de las pacientes considera que las condiciones del centro de salud PMN son aceptables, al calificarla de bueno y regular. (Ver tabla No.2).

Tabla No. 3

<b>RELACION ENTRE PERSONAL Y PACIENTE</b>					
	Excelente	Bueno	Regular	F	%
Entre medico- paciente	5	3	3	11	11%
Entre enfermera-paciente	0	8	50	58	58%
Otros miembros	9	12	10	31	31%
Total	14	23	63	100	100%

Fuente: entrevista.

Leyenda: Relación entre personal y paciente, entre médico - paciente, entre enfermera - paciente y otros miembros de la salud.

### **COMENTARIO:**

En cuanto a la relación que se establece entre las pacientes y el personal del centro, un 58% considera que se necesita mejorar relación con las enfermeras, un 11% entre medico y paciente, y un 31% opinan que hay que mejorar con otros miembros de la salud del centro Perla María Norori.

Como se puede deducirse las pacientes establecen mejor relación con el médico.

Tabla No. 4

	<b>ABASTECIMIENTO FARMACOLOGICO DEL PMI DEL CENTRO DE SALUD PMN</b>	
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Lo reciben completo</b>	72	72%
<b>No lo reciben completo</b>	28	28%
<b>Total</b>	100	100%

Fuente: entrevista.

Leyenda: Abastecimiento farmacológico del PMI.

### **COMENTARIO:**

En relación al abastecimiento farmacológico que reciben las pacientes de este centro, se encontró que: un 72% de ellas reciben el medicamento prescrito de forma completa, y solo un 28% no lo recibe completo, por lo tanto se puede deducir, que si no lo provee el centro de salud no se puede asegurar que la paciente lo obtuvo fuera del programa.

**Conclusiones**

## **Conclusiones**

En base a esta investigación sobre la satisfacción de las mujeres embarazadas que asisten al programa materno-infantil en el Centro de salud Perla María Norori. Se concluyó lo siguiente:

1-En relación a las características demográficas de las pacientes entrevistadas la mayoría oscilan entre las edades de 16-25 años.

2-En cuanto a las condiciones higiénico-sanitarias que presta el centro de salud Perla María Norori las pacientes consideran que son aceptables, al calificarlo como bueno en un 85%.

3-Referente a la relación que se establece entre personal y paciente, la mayoría consideró que un 58% debe de mejorar la relación entre las enfermeras las pacientes.

4-Respecto al tratamiento farmacológico que reciben las pacientes un 72% de ellas respondieron que recibían el medicamento completo por lo que se puede decir que el abastecimiento farmacológico es bastante satisfactorio.

# RECOMENDACIONES

## **X. RECOMENDACIONES**

- Debido a que un 32% de las pacientes atendidas son de la zona rural, ampliar la divulgación del Programa Materno Infantil en este sector.
- Mejorar las condiciones higiénico-sanitarias en el Programa Materno Infantil del centro de salud Perla María Norori.
- Realizar acciones de capacitación que procuren mejorar la relación entre las enfermeras y las pacientes para que estas se sientan a gusto y seguras.
- Mejorar el abastecimiento y suministro de los medicamentos a través de lo prescrito por el médico.
- Brindar mayor información orientada acerca del embarazo para obtener mejores resultados.

# BIBLIOGRAFIA

## **XI. Bibliografía**

1. CANALES P., Metodología de la investigación, 2da. Edición, Editorial
  
2. LOMBARDO MARTINEZ CABEZAS, Formulario Terapéutico Nacional, cuarta edición, Ministerio de Salud REPUBLICA DE NICARAGUA, MINSA, AECI año 1998, páginas # 19, 130,131.
  
3. PIURA JULIO LOPEZ., Introducción a la Metodología de la Investigación, 1era. Edición, Editorial el Amanecer SA, Managua, Nicaragua año 1994, páginas # 53-71, 79-87.
  
4. VILLEGAS H. Dr. Metodología de la Investigación. Representante OPS/OMS en Honduras, páginas # 71-83, 85-103, 131-201, 203-218.
  
5. Ministerio de Salud, REPUBLICA DE NICARAGUA, Estándares e Indicadores de Calidad de Procesos de Atención de la Embarazada y del Recién Nacido, 1era y 2da Edición, Editorial INPASA Managua, Diciembre del 2004 páginas # 13- 24.
  
6. WWW.OPS.ORG.COM

**ANEXOS**

**Encuesta**

**Paciente No ( )**

**Encuesta  
UNAN – LEON  
Facultad de Ciencias Químicas**

La presente encuesta ha sido diseñada para un estudio sobre el grado de satisfacción de las mujeres embarazadas que asisten al programa Materno – Infantil del centro de salud Perla Maria Norori, con el objetivo de contribuir al mejoramiento y estandarización de dicho centro, por lo tanto necesitamos su cooperación. La información que nos brinde será de mucha importancia en el logro de nuestro trabajo investigativo. Esta encuesta es realizada por los Alumnos Egresado de la Carrera de Farmacia, con la autorización y supervisión de la Dra. Clariza Quintanilla y del Responsable del Programa Infantil.

**Datos generales**

-----

1-Apellido

-----

2-Apellido

-----

1-Nombre

-----

2-Nombre

Edad -----

Procedencia

Urbana\_\_\_\_\_

Rural\_\_\_\_\_

Escolaridad:

Primaria\_\_\_\_\_

Secundaria\_\_\_\_\_

Estudios superiores\_\_\_\_\_

1. ¿Que le parece las condiciones que presta el centro de salud al programa materno infantil?

- a) Bueno
- b) Regular
- c) Deficiente

2. ¿como considera usted el trato y la comunicación con las Enfermeras y con su Medico?

	Excelente	Bueno	Regular
Medico			
Enfermera			

3. ¿Durante su periodo prenatal ¿cuantas veces la ha citado el Medico?

- a) 1-3
- b) 3-6
- c) 6-9
- d) 10

4. ¿Cree que el programa materno infantil es importante para usted?

- a) Si
- b) No

5. Recibe el medicamento adecuado y completo por parte del programa.

- a) Si
- b) No

6. a) ¿Tuvo usted alguna complicación durante su periodo de Embarazo?

- 1) Si
- 2) No

b) ¿Le resolvieron su complicación?

- 1) Si
- 2) No

7. Recibió algún curso educativo orientado al embarazo o alguna preparación psicológica de parte del programa materno infantil del centro de salud Perla Maria Norori.

- a) Si                      b) No

8. ¿Cómo considera usted las condiciones higiénico-sanitarias del centro de salud donde se encuentra su programa?

- a) Excelente  
b) Bueno  
c) Regular  
d) Deficiente

9. ¿Tenía usted conocimientos de la existencia del programa materno infantil de centro de salud Perla Maria Norori?

- a) Si                      b) No

10. ¿Ha tenido alguna otra atención en otro centro durante su embarazo?

- a) Si                      b) No

11. ¿Considera usted que se debería mejorar la atención en el programa?

- a) Entre Medico y Paciente  
b) Entre Enfermera y paciente  
c) Ambos

**TABLA.**

<b>Orientación educativa sobre el embarazo</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Si</b>	24	24%
<b>No</b>	76	76%
<b>TOTAL</b>	100	100%

Fuente: Entrevista.

Leyenda: Orientación educativa que las usuarias han recibido en el PMI sobre el seguimiento del embarazo.

**TABLA.**

<b>NUMERO DE CITAS A LAS QUE ASISTIO CON EL MEDICO</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>1-3 citas</b>	10	10%
<b>3-6 citas</b>	34	34%
<b>6-9 citas</b>	51	51%
<b>10 citas</b>	5	5%
<b>TOTAL</b>	100	100%

Fuente: Entrevista.

Leyenda: Numero de citas a las que asistió con el medico

## **Dedicatoria**

Dedico este trabajo investigativo especialmente a *DIOS* por darme las fuerzas, salud y principalmente FE.

A mi madre por ser *incondicional y paciente*. Que con mucho *amor* pero también con mucha *rectitud y exigencias* me ha dado su apoyo y buenos ejemplos para ser de mi una persona de provecho y bien.

A mi hermana “chinita” que también ha sido *Hermanable*, comprensiva, y colaboradora conmigo en este trayecto universitario.

Yesicka Morazán

## DEDICATORIA

Primeramente a Dios todo poderoso.

- Por ser el amigo que nunca falla.
- Por darme la oportunidad de cumplir uno de mis sueños.
- Por escuchar siempre mis plegarias.
- Por ayudarme a traspasar esas barreras que nos hacen doblegar y así llegar a la meta.

A mis padres:

- Leonel Rivera Jirón.
- Adela Luna Paz
- Por ser los guías de mi vida
- Por darme siempre su apoyo incondicional.
- Por su esfuerzo por sacarme adelante.
- Por ser las personas más valiosas y preciosas que tengo en la vida.

A mis hermanos:

- Fernando Rivera Luna.
- Wilber Rivera Luna.
- Leyla Rivera Luna.

Por haberme apoyado en todo momento y confiado siempre en mí.

Beasley Rivera

## **AGRADECIMIENTO**

De manera muy especial

A nuestras madres:

Maria Magdalena Castillo (Yesicka)  
Adela Luna Paz (Beasley).

También en especial a mi padre por darme siempre su apoyo y dedicación (Beasley).

A nuestra tutora Dra. Clarisa Quintanilla quien con su excelente conducción hizo posible la realización de este trabajo.

A la Msc. Mercedes de Arguello por sus valiosos aportes

# INTRODUCCION

**ANTECEDENTES**

**JUSTIFICACION**

**PROBLEMA**

**OBJETIVOS**

**MARCO TEORICO**

# DISEÑO METODOLÓGICO