

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Facultad de Ciencias Médicas – León.**



TESIS
para optar al título de:

Doctor en Medicina y Cirugía

***Calidad de la atención brindada en el programa Control Prenatal del Centro de Salud “Vicente Godoy” del municipio de Macuelizo, Nueva Segovia
Enero a Marzo del 2006***

Autor:
Br. Alejandro Benito Jirón Mayorga

Tutor:
Dr. Erick Esquivel Muñoz.
Ginecólogo y Obstetra

Asesor:
Dr. Juan Almendárez Peralta.
Maestro en Salud Pública

Mayo del 2,006.



RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal de evaluación de servicio con el objetivo de evaluar la calidad del programa Control Prenatal en el Centro de Salud “Vicente Godoy” de Macuelizo, municipio de Nueva Segovia.

Se utilizó para la recolección de la información una encuesta de salida a las usuarias del programa Control Prenatal, además de una revisión de los datos estadísticos de la unidad que brindaron información sobre los niveles de cobertura del programa; también se realizó una reunión con el personal encargado de brindar la atención y el responsable del programa, con el fin de realizar entrevista para conocer los problemas desde el punto de vista del proveedor para dar una atención de calidad y conocer las ofertas del programa.

Los principales resultados fueron: en cuanto a la oferta de servicio el Centro de Salud no cuenta con especialista y la atención médica a las embarazadas está a cargo de un médico general.

Desde el punto de vista geográfico el Centro de Salud no es accesible para la mayoría de la población, considerado tanto por los proveedores de la salud, como para las usuarias, sin embargo la percepción de la calidad de atención por parte de las usuarias es buena, en cuanto a tiempo de espera, atención médica, entendimiento de la receta extendida y surtido de la misma.

En conclusión el programa tiene un porcentaje de cobertura bajo, pero existe un nivel de continuidad aceptables en los Controles Prenatales subsecuentes. Las usuarias volverían a consultar el programa y lo recomendarían.



DEDICATORIA

A mis padres (Graciela Mayorga B. y Alejandro Jirón M.), por su apoyo y esfuerzo incondicional y valioso. A ellos debo el permitirme dar este primer paso en mi formación profesional.

A mi hermano (Harold Jirón M.), por estar siempre apoyándome.

A mi esposa (Mariela Aguilar O.), por estar siempre a mi lado y brindarme su apoyo, comprensión y estímulo incondicional.

A mis hijos (Harlington y Alejandro Jirón A.) por ser alegría y esperanza en mi vida.



AGRADECIMIENTO

A Dios por ser fuente de sabiduría en mi camino.

A mi Tutor (Dr. Erick Esquivel M.) por su apoyo invaluable y dedicación en este trabajo.

A mi Asesor (Dr. Juan Almendárez) por su disposición en esta obra.

Al SILAIS Macuelizo por permitirme realizar el estudio.

A todas las embarazadas que participaron en este estudio.



INDICE

Nº	COMPONENTES	Páginas.
I.	Introducción	2-3
II.	Antecedentes	4-6
III.	Planteamiento del problema	7
IV.	Justificación	7
V.	Objetivos	8
VI.	Marco teórico	9-21
VII.	Diseño metodológico	22-26
VIII.	Resultados	27-39
IX.	Discusión	40-42
X.	Conclusión	43
XI.	Recomendaciones	44
XII.	Anexos	45-51
XIII.	Bibliografía	52-54



INTRODUCCION

El embarazo es un proceso fisiológico normal que modifica significativamente todos los sistemas fisiológicos de la mujer, existiendo siempre la posibilidad de que afecte su salud general produciendo complicaciones tanto para la madre como el feto¹.

La mayor proporción de los embarazos y partos son de bajo riesgo, pero para su clasificación como tal, es necesario una cuidadosa evaluación durante la gestación y el trabajo de parto. Para que esta evaluación alcance a todas las embarazadas es preciso ampliar la cobertura, la concentración del Control Prenatal (CPN) y la atención institucional del parto. La atención perinatal determina que la embarazada, el parto y el recién nacido, sean atendidos en el nivel de complejidad que su grado de riesgo requiere².

Según las últimas estimaciones poblacionales, las mujeres que viven en condiciones de pobreza o extrema pobreza, con bajo nivel de instrucción, de residencia urbana, marginal o rural, son las que pueden ver más comprometida su salud y por consiguiente afrontan el proceso reproductivo en mayores condiciones de riesgo².

El control prenatal y la atención institucional del parto son dos servicios elementales en el cuidado de la salud materna e infantil. El primero permite identificar factores de riesgo y referir oportunamente a la mujer embarazada a una unidad con capacidad de resolución. El segundo supone asegurar la presencia de personal calificado que brinde asistencia especializada en caso de una complicación.



Hay evidencias amplias de que es posible reducir las tasas de discapacidad, muertes maternas y neonatales aún en entornos de escasos recursos, haciendo que el parto sea atendido por personal de salud calificado y que exista un mayor acceso a los servicios maternos de calidad³.

El programa CPN ha sido diseñado para abordar el proceso de gestación de la mujer y detectar condiciones que pudieran poner en peligro la salud de la madre y su producto. Actualmente, dicho programa se encuentra en un proceso de actualización de normas, se está realizando equipamiento a unidades de salud priorizadas para la atención prenatal, se ha desarrollado un sistema de monitoreo a los estándares e indicadores de calidad a la mujer y la niñez, se están desarrollando actividades de fortalecimiento de coordinación entre el primero y segundo nivel de atención y se están monitoreando, supervisando y realizando Consejos Técnicos trimestrales con responsables de Atención Integral de la Mujer, Niñez y Adolescencia de cara a elevar la calidad del programa.⁴

El estudio se orienta a estimar la calidad de los servicios prestados en el programa Control Prenatal del Municipio de Macuelizo, que permitan orientar a la institución a asumir una mayor responsabilidad en el cumplimiento de sus funciones, asegurando de esta manera una mejor atención y cobertura del programa.



Antecedentes

Las líneas estratégicas tienen la finalidad de mejorar las condiciones de salud poblacional, disminuir la tasa de mortalidad materna e infantil, incidiendo de manera precoz en ésta. Por esta razón se han elaborado normas de atención en dichos programas, cuyo objetivo principal es realizar un adecuado control del embarazo, parto y puerperio, detectando precozmente los factores de riesgo que puedan afectar el desarrollo normal del embarazo, que a su vez ponga en peligro la vida del producto de la concepción, tomando oportunamente medidas que eviten, corrijan o prevengan el riesgo⁵.

Para nuestro país la muerte materna sigue siendo una de las causas más importantes en las mujeres en edad reproductiva. Según el sistema de vigilancia de Mortalidad Materna para 1996 la tasa de muerte materna fue de 197.5 por 100,000 Nacidos Vivos Reportados (NVR), manteniéndose un sub-registro aproximado del 50%. Entre las principales causas de mortalidad materna registradas se destacan la Hemorragia posparto, el Síndrome Hipertensivo Gestacional. La infección y el aborto inducido en condiciones inseguras.² La pérdida de vidas a causa de complicaciones durante el embarazo, la incidencia de mortalidad y discapacidad y los impactos sociales y económicos subrayan la necesidad urgente de reducir la mortalidad materna en la región de América Latina y el Caribe.³

El control Prenatal ha realizado esfuerzos por superar esta situación y se ha comprometido a mejorar la calidad de sus intervenciones. Algunos estudios realizados con fines académicos han encontrado dificultades en el sistema de registros de los datos sobre todo a nivel de expedientes, alto grado de satisfacción de las usuarias del programa y pocas coberturas en el área rural.



En el año 1998, López Daniel y Aráuz Lennin, evaluaron la percepción de las usuarias sobre la calidad de la atención prenatal en Chontales, encontrando que las usuarias estaban conformes con el tiempo de espera, así como el interés mostrado por el personal que la atendió durante la consulta prenatal. La mayoría de las usuarias (81%) manifestaron su disposición para continuar en el control prenatal y el 97% reconoció la importancia del mismo.⁶

En el año 2005, Maltez Kelvin, evaluó la calidad de atención brindada en el subprograma de control prenatal en el municipio de Siuna-RAAN, concluyendo que la atención brindada en la unidad tiene gran aceptación de parte de las usuarias a pesar que refieren que uno de los principales problemas es la falta de medicamentos en la unidad, además uno de los mayores problemas que obstaculiza un control prenatal de calidad es la poca accesibilidad que tienen las usuarias a los servicios de salud, así como la falta de recursos humanos para tratar de llegar a la población a través de trabajo de terreno.⁷

En un estudio realizado en 1995 en tres centros de salud de Managua, Sánchez Viezca encontró que la atención del CPN brindada por el médico, el 71% de las usuarias expresaron estar satisfechas y un 10% poco o nada satisfecha. De la calidad de la atención recibida en admisión, farmacia y laboratorio, el 49% refirió estar bastante o muy satisfecha y un 50 % poco o nada satisfecha.⁸

En el municipio de San Carlos, Río San Juan, Arguello Pallais, David J, en el año 2004 realizó un estudio sobre la Calidad de Prestación de los Servicios del Subprograma Control Prenatal, obteniendo que en general la percepción de calidad de la atención recibida es buena y la mayoría de las usuarias refiere amabilidad en el trato, privacidad, confort y tiempo en la consulta.⁹



En Matagalpa Herrera Vallejos, Raquel en el año 1996 realizó un estudio sobre Calidad y Cobertura del Control Prenatal, en donde la mayor parte de las usuarias se mostraron satisfechas con la atención recibida, y que a pesar de las limitaciones existentes en la unidad de salud, se observó una percepción positiva por los proveedores de la atención al programa.¹⁰

En el Centro de Salud de Altagracia en Managua, Alvarado Martínez, Alvaro A. realizó un estudio sobre Satisfacción de las usuarias del servicio de Control Prenatal, encontrando que la percepción de las usuarias al trato que recibieron por parte del personal es satisfactoria en un 78.5%, y ninguna sintió indiferencia en el trato del personal médico, no así Farmacia y Admisión, en donde percibieron indiferencia en un 22.1% y 15.7% respectivamente; además el tiempo de espera por las usuarias fue calificado como inadecuado en el 96.4% y la limpieza del centro en el 60%. El lugar de espera es calificado como adecuado en un 67.1%.¹¹

En 1997 Alduvin Torres, Genaro, realizó un estudio en los municipios de Quezalguaque y Santa Rosa del Peñón sobre Satisfacción con el Programa de Control Prenatal, en donde el 87.2% de las mujeres estudiadas quedaron satisfechas con la atención recibida en el Control Prenatal, de estas (mujeres satisfechas) el 82.1% mostró satisfacción con el servicio de Admisión, sin embargo la mayor conformidad de las usuarias se dio al ser atendidas por el médico en el 96.1%. De las mujeres satisfechas el 91% pretenden continuar en el programa y el 89% recomendaría el Control Prenatal en la unidad de salud. Un alto porcentaje (88.6%) percibió mucho interés al ser atendida, además al 65.7% se le explicó bastante.¹²



Planteamiento del problema

¿Cuál es la calidad de la atención brindada en el programa Control Prenatal del Centro de Salud “Vicente Godoy” del municipio de Macuelizo?, específicamente en lo relacionado a:

- Aspectos de la estructura: oferta institucional y demanda de la población.
- Aspectos del proceso de prestación de servicios, relacionado a la captación, controles, actividades diagnósticas, de seguimiento y de identificación de riesgos.
- Aspectos de los resultados del programa como coberturas, satisfacción de usuarias, indicadores de morbi-mortalidad materna y del producto.

Justificación

El CPN es un programa que reviste una gran importancia debido a que representa una manera práctica con la que se puede contribuir a prevenir y disminuir circunstancias tales como: muertes maternas y óbitos fetales.

Un buen CPN por parte del personal de salud es de suma importancia ya que de su uso depende la detección precoz de factores de riesgo para un adecuado manejo y/o referencia oportuna lo que significaría calidad de atención a la mujer embarazada.⁷

Los resultados del presente estudio nos permitirán encontrar las fortalezas y debilidades que tiene el componente Control Prenatal de la Atención Integral a la Mujer, la adolescente y la niñez, de tal forma que se puedan diseñar estrategias de mejoramiento continuado de la calidad.



Objetivos

Objetivo general:

Evaluar la calidad de la atención brindada en el programa Control Prenatal del Centro de Salud “Vicente Godoy” de Macuelizo en el periodo de Enero a Marzo del 2006.

Objetivos específicos:

- 1) Conocer las características de la oferta de servicios y la demanda de atención del programa Control Prenatal en el Centro de Salud.
- 2) Identificar la calidad de los procesos de atención en lo relacionado al cumplimiento de normas de atención por el personal.
- 3) Describir los resultados del programa en lo relacionado a la satisfacción de las usuarias, coberturas y complicaciones del embarazo, parto o puerperio.



Marco Teórico

Actualmente, en instituciones tanto públicas como privadas del Sector Salud, existe un creciente interés por evaluar el conocimiento en aspectos relacionados con la calidad de la atención; para mejorarla, en los sistemas de salud se han desarrollado diversas acciones como: la organización de comités de mortalidad; grupos de consenso encargados de evaluar la optimización de las técnicas; comités y círculos de calidad; sistemas de monitoría, y la aplicación de encuestas de opinión a proveedores y usuarios, entre otros^{13,14}.

Aspectos conceptuales:

La calidad no es un concepto simple y su significado varía dependiendo de las condiciones históricas y culturales.¹³

En un sentido etimológico el concepto de calidad proviene del latín QUALITIS que significa el conjunto de cualidades que constituyen la manera de ser de una persona o cosa, y es sinónimo de cualidad, clase, aptitud, excelencia, categoría, casta, nobleza, superioridad entre otras muchas acepciones¹⁴.

La calidad del cuidado de la salud es “la medida en que los servicios de salud tanto los enfocados a los individuos como a las poblaciones mejoran la probabilidad de unos resultados de salud favorables y son pertinentes al conocimiento actual profesional.

“Donabedian define la Calidad de la atención como "el tipo de atención que se espera que va a maximizar el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención"¹⁵.



Asimismo, a la luz del análisis de la teoría del Dr. Donabedian, se encuentra que la calidad de la atención trae consigo una interrelación entre dos componentes: la atención técnica y la relación interpersonal, de la cual se derivan componentes adicionales y subcomponentes, los cuales se terminan agrupando en tres diferentes aproximaciones para la evaluación: la estructura, el proceso y los resultados de dicha atención. Esta conclusión también podría tener diferentes aproximaciones desde el punto de vista de los entes reguladores del administrador, del prestador del servicio y por último del usuario¹⁶.

En términos generales, la calidad puede definirse como el conjunto de características de un bien o servicio que logra satisfacer las necesidades y expectativas del cliente¹⁷.

Para poder evaluar la calidad de la atención se deben definir los criterios, indicadores y estándares, ya que estos deben adaptarse y formularse de acuerdo a la situación particular que se va a evaluar y los objetivos que se persiguen, porque el gran reto de los sistemas de salud para establecer una metodología de evaluación apropiada y adaptada a las necesidades y oportunidades de diversas áreas radica en establecer criterios unificados acerca de lo que consiste la atención en salud¹⁵.

Desde el punto de vista de la salud pública, definir el concepto de calidad no es fácil, ya que el usuario de un servicio tendrá en cuenta la competencia o el comportamiento del personal, el facultativo la medirá basándose en sus conocimientos y en la tecnología empleada, y el responsable de la gestión la definirá en relación con la eficiencia del personal y de las instalaciones. Los estudios de calidad en el sector se han basado en la medición de tres dimensiones básicas: la estructura, el proceso y los resultados, existiendo bastante unanimidad al considerar que, si bien pueden estudiarse aspectos como la accesibilidad, la eficiencia o la calidad científico-técnica, ningún estudio de calidad será completo si no se analizan las diferencias entre las expectativas de los ciudadanos y la percepción real del servicio¹⁸.



Las metodologías documentadas en gran parte dirigen su enfoque ante todo al conocimiento de los aspectos que determinan la evaluación de la calidad y toman en cuenta tres elementos de aproximación fundamentales: la estructura (atributos de los sitios en que se presta la atención), el proceso (incluye a todos los proveedores de la atención y sus habilidades para brindarla) y los resultados (los beneficios que obtiene el paciente).

El método clínico, la revisión por pares y la auditoria médica (fundamentada en la revisión de la historia clínica) siguen siendo utilizados por algunos autores, a pesar de que reconocen que los registros médicos por sí solos no sirven de base para establecer criterios de evaluación de la atención que se brinde al paciente¹⁵.

Al realizar la evaluación de la calidad a nivel de la *estructura* se tiene como objeto el análisis sobre las características de las instalaciones, equipos, tecnología, recurso humano técnico y auxiliar, recursos financieros y sistema de información interna y externa.

Las ventajas de esta evaluación residen en la posibilidad de alcanzar información objetiva, de gran validez y confiabilidad. Su mayor desventaja está en que no se puede deducir de la calidad de la estructura, la buena calidad de la atención.

Al realizar la evaluación de la calidad a nivel del *Proceso* se reúne información sobre la calidad de los servicios ofrecidos por los profesionales de la institución, y sobre el grado de coordinación e integración entre las distintas dependencias encargadas del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, y del soporte administrativo financiero, donde cobra gran importancia la existencia y aplicación de las guías o protocolos de manejo diagnóstico y terapéutico. Por tanto, para realizar una buena evaluación de procesos se debe tener mecanismos de seguimiento de la atención, tendientes a garantizar la calidad del servicio.



Y por último, al realizar la evaluación de la calidad en los *Resultados*, se relaciona con la preocupación de si la prestación del servicio ha reportado beneficios para el usuario.

El resultado se evalúa mediante indicadores que miden la conservación o mejoría en el estado de salud del paciente, la presencia o ausencia de complicaciones, la muerte o invalidez en distinto grado. Se evalúa igualmente la satisfacción obtenida por el proveedor y el usuario de los servicios.

Las ventajas de esta evaluación son la efectividad del cuidado en salud, que los resultados en términos generales son más concretos y la cuantificación más exacta, y los estudios pueden ser más universales y comparables en razón de la validez y confiabilidad de sus resultados.

Sin embargo, como desventajas se tiene que los resultados dependen mas de la capacidad técnico-científica del personal de salud que de la calidad integral de la atención; además, los resultados pueden ser no muy significantes en la valoración del proceso integral de la atención y finalmente los resultados de la satisfacción de usuarios y proveedores tienen un alto grado de subjetividad, resultando difícil su cuantificación¹⁹.

Atención Prenatal:

Es una serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la maternidad².



Objetivos:

- Vigilar el desarrollo y evolución del embarazo normal.
- Identificar el riesgo obstétrico, para la derivación oportuna.
- Prevención, diagnóstico y tratamiento de las complicaciones del embarazo.
- Preparación física y mental para el parto
- Promoción de la lactancia materna y la crianza del recién nacido (RN).
- Prevención del tétanos neonatal (vacuna antitetánica), cáncer del cérvix uterino (Papanicolaou) y prevención de la patología mamaria.
- Promoción de salud reproductiva y planificación familiar.
- Promoción de la nutrición.²⁰

Una atención prenatal debe cumplir con los siguientes requisitos:

- **Precoz:** Primera consulta durante los tres primeros meses del retraso menstrual². Permite identificar precozmente los factores de riesgos que pudiesen ser lesivos¹.

El primer control debería empezar en el primer trimestre, con una frecuencia mensual hasta el séptimo mes (32 semanas), cada 2 semanas entre el séptimo y el octavo mes (33 a 36 semanas) y semanal del octavo al noveno mes (37 a 40 semanas, eventualmente hasta las 42). En aquellos casos en que la gestante llegue en el tercer trimestre antes del parto, se aconseja realizar una buena detección de riesgos obstétricos, con miras a reducir las complicaciones durante el parto y el puerperio.²⁰

- **Periódico o continuo:** Se refiere a la frecuencia con que debe realizarse los Controles Prenatales de acuerdo al riesgo que presente la gestante. Las consultas se programan según los riesgos de cada mujer embarazada. Algunos actores establecen un mínimo de cinco controles, considerándose óptimo un total de diez controles.



Las normas establecen al menos cuatro controles para las de bajo riesgo y nueve controles para las de alto riesgo¹. El ministerio de salud de Nicaragua, establece como mínimo cuatro controles prenatales, el primero antes de las 20 semanas, el segundo entre las 20 y 24 semanas, el tercero de las 28 a las 32 semanas y el cuarto de las 36 a las 38 semanas.⁷ El número de visitas se incrementan con el tipo de riesgo detectados en la paciente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera que un buen Control Prenatal es aquel que se realiza antes del tercer mes con 8-12 consultas, de las cuales el medico debe realizar el primero y participar en los siguientes.⁷

- **Completo o integral:** El contenido mínimo de las consultas debe garantizar acciones de fomento, protección y rehabilitación de la salud.²

El Control Prenatal deberá incluir actividades de monitoreo, educación a la embarazada, detección y tratamiento de patologías en forma temprana y apropiada con el fin de obtener una madre y recién nacido sanos. En general para realizar un CPN eficaz, no se precisa de instalaciones costosas, aparatos sofisticados, pero si el uso de una historia clínica que recoja y documente la información pertinente y el empleo de criterios tecnológicos que valoren tempranamente la existencia de un riesgo mayor que el esperado.⁷

- **Amplia cobertura o extenso:** Cada territorio debe conocer a todas sus embarazadas y los embarazos esperados. Se deben plantear metas de coberturas con base.

Lo ideal sería controlar al 100% de las embarazadas, si es menor de la meta, aplicar metodología del enfoque de riesgo.^{2,21}



Solo en la medida que el porcentaje de la población controlada sea alta (lo ideal es que se abarque a todas las embarazadas con el objetivo de disminuir y lograr un mayor impacto sobre la mortalidad materna e infantil).⁷

- **Gratuidad:** Incluyendo los exámenes de laboratorio básicos.

Captación

Es la incorporación de la embarazada a la Atención Prenatal a través de una serie de estrategias. Actualmente la captación, los datos del parto y puerperio se resumen en la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB)¹.

Historia Clínica Perinatal Base (HCPB)

Tiene como finalidad reunir en una sola hoja una serie de datos que resume la información indispensable. Es adaptada del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), adecuada a la realidad de Nicaragua¹.

La HCPB deberá uniformizar el contenido de la documentación correspondiente al embarazo, parto, puerperio y al recién nacido en el período neonatal inmediato. Su diagramación general y el instructivo para su llenado deberán facilitar que los datos considerados de importancia sean sistemática y uniformemente recabados y registrados en el momento oportuno. El ordenamiento de los datos deberá permitir su recolección realizándolo en un tiempo breve y agilizar su ulterior análisis, ya sea por quien los recogió como también por aquel que no habiéndolo hecho necesita información incluida en la historia².



Los componentes básicos de la HCPB son:

- 1) Datos generales.
- 2) Antecedentes familiares.
- 3) Antecedentes personales.
- 4) Antecedentes obstétricos.
- 5) Embarazo actual.
- 6) Parto/aborto.
- 7) Sector recién nacido.
- 8) Puerperio.
- 9) Egreso del recién nacido.
- 10) Egreso materno.

En la HCPB, su listado de preguntas constituye un recordatorio para el miembro del equipo de salud, una ayuda para el cumplimiento de las normas.

Cuenta además con un sistema de advertencia sobre algunos factores que pueden elevar el riesgo perinatal. Los casilleros correspondientes a las respuestas que sugieren riesgo están destacados en color amarillo. Este color significa alerta².

En el presente estudio se tomarán en cuenta para el análisis, los componentes del uno al cinco, que contiene la HCPB y que se mencionaron anteriormente.

- 1) **Datos generales:** Se toman en cuenta los siguientes acápite:
 - a) Número de historia clínica.
 - b) Nombre completo de la embarazada.
 - c) Domicilio.



- d) Localidad.
 - e) Edad en años.
 - f) Estado civil.
- 2) **Antecedentes personales:** Se obtiene información de antecedentes de patologías personales de la embarazada, las cuales pueden afectar el desarrollo del embarazo actual y al producto.
- 3) **Antecedentes familiares:** Se obtiene información de antecedentes de patologías de la familia de la embarazada, las cuales pudieron afectar el desarrollo del embarazo actual y al producto.
- 4) **Antecedentes obstétricos:** Se obtiene información sobre el número de embarazos, abortos y partos (vaginales y/o cesáreas), el número de niños nacidos vivos o muertos, de los nacidos vivos cuantos están vivos actualmente y los que mueren en la primera semana o después de la primera semana de haber nacido, fin del embarazo anterior (con este dato se puede determinar el espacio ínter genésico) y el niño con mayor peso al nacer.
- 5) **Embarazo actual:** Se obtienen datos sobre el peso, talla, fecha de última menstruación, fecha probable de parto, vacuna antitetánica, grupo y Rh sanguíneo, fumado, hospitalizaciones durante el embarazo, anotando si hubo traslado y el lugar al que fue trasladada. También se incluyen los exámenes clínicos de mama, odontológico, pélvico y PAP, además de los exámenes de laboratorio; se anota la fecha de consulta, las semanas de amenorrea desde la fecha del inicio de la última menstruación (FUM) hasta el día de la cita, o por altura uterina en caso de no saber la paciente el FUM.



Además se registra el peso en kilogramos, presión arterial, altura uterina, presentación del producto (si es posible valorar), la frecuencia cardíaca fetal (la cual se ausculta luego de las veinte semanas de gestación), presencia o no de movimientos fetales (los cuales se perciben luego de las diecinueve semanas de gestación), y la presencia o no de edema de miembros inferiores.

En caso que se desconozca el peso de la paciente antes del embarazo, se debe buscar dicho dato en el expediente y se toma el peso de la última consulta y será tomado como referencia al valorar ganancia de peso materno.

Los elementos básicos de la Atención Prenatal, que deberán reiterarse en todas las consultas son: la ganancia de peso materno (comparando con el peso anterior), el valor de la presión arterial y la valoración de la evolución del crecimiento fetal²².

Ganancia de peso materno: El control del peso materno es una de las acciones de rutina durante la consulta prenatal. Por medio de este parámetro y el conocimiento del peso antes del embarazo, se calcula la ganancia de peso materna²³.

Se estima que durante el embarazo existe un aumento de 5 a 16 kilogramos de peso, se considera normal el peso que se ubica entre los percentiles 10 y 90¹.

Las gestantes con valores de peso inferiores al percentil 10 muestran un peso insuficiente. Los casos que sobrepasan el percentil 90 constituyen peso excesivo.

Altura Uterina: La altura uterina se mide en centímetros con una cinta métrica de material flexible e inextensible desde la sínfisis hasta el fondo del útero (determinado por palpación)²⁴. Durante el embarazo hay un incremento del tamaño del útero, considerándose normal los valores que se ubican entre los percentiles 10 y 90¹. Cualquier valor que se ubique fuera de los percentiles indicados, deberá ser investigado su causa¹.



Tensión Arterial: La medición de la presión arterial en el APN, ha de realizarse luego de 15 minutos de reposo y con la paciente en posición sentada. Todo ascenso de la presión sistólica por encima de 140 mmhg y/o de la presión diastólica superior a 90 mmhg debe ser investigada y corregida²⁰. Cuando los valores de la presión sistólica y diastólica están por debajo de 55 y 95 mmhg respectivamente, también pueden presentarse complicaciones fetales²⁵.

Al realizarse la captación de la embarazada, se debe clasificar a ésta determinando el tipo de riesgo que presenten.

Para ello es necesario conocer algunos conceptos:

- **Riesgo:** Es la probabilidad que tiene un individuo, grupo o comunidad de sufrir un daño de origen biológico, social o ambiental^{1,23}.
- **Daño:** Es el resultado no deseado en función del cual se mide el riesgo²³.
- **Factor de riesgo:** Es toda característica o circunstancia física, química, biológica o social del individuo, grupo o comunidad que lo exponen a una mayor probabilidad de sufrir un daño.^{1,23}

Los factores de riesgo en un embarazo pueden ser potenciales o reales.

Factores de riesgo potenciales: Son aquellos factores que tiene la embarazada (generalmente preconceptionales, biológicos y sociales) que durante el APN no significan problema, pero que al momento del parto se convertirán en factores activos con altas probabilidades de cursar complicaciones o la muerte.



Entre estos tenemos:

- Talla baja (menor de 1.5 mts).
- Adolescente menor de 19 años.
- Mayor de 35 años y primigesta.
- Gran multigesta (más de seis hijos).
- Mujeres que viven en comunidades alejadas.
- Mujeres que caminan grandes trayectos.

Factores de riesgos reales: Son aquellos factores que están presentes durante el embarazo o el parto que representan un daño actual o inminente que aumentan de una referencia a un nivel de mayor resolución y requieren de la atención del parto en el hospital. Entre estos se pueden señalar:

- Embarazo gemelar en el último trimestre.
- Cesárea anterior.
- Infección de vías urinarias.
- Amenaza de parto prematuro.
- Hemorragia en el embarazo.
- Enfermedades médicas (diabetes, tuberculosis, enfermedad mental)
- Signos y síntomas que anuncian complicación en el embarazo o parto (cefalea, hipertensión arterial, hiperreflexia, acúfenos, hemorragias, epigastralgia²³).

Las normas nacionales clasifican el embarazo como bajo riesgo y/o alto riesgo.

- **Embarazo de bajo riesgo:** Cuando existen factores (sociales, genéticos, biológicos, etc.) solos o asociados que pueden ser significativos en la aparición de un daño, pero que al presente, con las acciones ejecutadas, no producen alteraciones al estado de salud de la madre, el feto o ambos y que pueden ser manejados y resueltos por métodos línicos simples.



- **Embarazo de alto riesgo:** Cuando existen factores de riesgo (sociales, genéticos y fundamentalmente biológicos, etc.) solos o asociados y cuya presencia puede significar un mayor compromiso y alteraciones en el embarazo, del parto y el puerperio, con repercusión en el estado de salud de la madre, el feto o ambos.

Las Normas Nacionales establecen causas de alto riesgo los siguientes:

- 1) Sangrado transvaginal.
- 2) Hemoglobina menor de 10 gr.
- 3) Hipertensión arterial y embarazo.
- 4) Amenaza de parto inmaduro o prematuro.
- 5) Amenaza de aborto.
- 6) Retardo de crecimiento uterino.
- 7) Edades extremas.
- 8) Cesárea anterior.
- 9) Isoinmunización.
- 10) Nulipara infantil o juvenil.
- 11) Preeclampsia.
- 12) Antecedentes de óbito fetal.
- 13) Hiperemesis gravídica.
- 14) Espacio intergenésico corto.
- 15) Insuficiente aumento de peso.
- 16) Aumento exagerado de altura uterina.
- 17) Disminución de movimientos fetales.
- 18) Ruptura de membranas.
- 19) Convulsión.
- 20) Presencia pélvica o transversa a las 36 semanas de gestación.
- 21) Placenta previa.



Diseño metodológico

Tipo de estudio: Descriptivo de corte transversal de evaluación de servicios.

Área de estudio: Centro de Salud de Macuelizo, municipio de Nueva Segovia, el cual se encuentra a 18 Km al NorOeste de Ocotal. Presenta una población de 5523 habitantes. Está clasificado como Centro de Salud sin cama y cuenta con dos médicos generales (incluyendo al Director Municipal), dos médicos del servicio social, una Licenciada en enfermería (jefa de enfermería), dos Auxiliares de enfermería (responsables de la admisión) y una responsable de farmacia.

Unidad de análisis: En el estudio se identifican como unidades de análisis:

- 📌 Para determinar la *oferta del servicio* (personal, recursos técnicos, infraestructura, servicios de laboratorio, farmacia y dispensación de medicamentos), así como la valoración de la *demanda* (estructura poblacional, mujeres en edad fértil, embarazos esperados, partos institucionales esperados, altos riesgos obstétricos esperados, complicaciones esperadas), se hizo una revisión de informes técnicos y entrevista a los responsables del programa de Control Prenatal, donde se discutieron aspectos relativos a los problemas relacionados principalmente a la oferta de servicio.
- 📌 Para valorar el *proceso* a través de número de controles prenatales por mujer, exámenes realizados, detección de casos ARO y partos atendidos, así como la valoración de los *resultados* de cobertura del programa y mujeres captadas en el primer trimestre, se realizó revisión de expedientes clínicos y de informes técnicos.



- ✚ Para valorar el nivel de *satisfacción* de las usuarias del programa con respecto a la accesibilidad, atención recibida, y aspectos del proceso de atención, se realizó encuesta a 100 usuarias del programa Control Prenatal, posterior a la consulta de seguimiento en el Centro de Salud.

Población de estudio: Para el estudio se tomó en cuenta:

- Una muestra de 100 embarazadas del total de mujeres atendidas en el programa de Control Prenatal en el periodo de estudio, para valorar su satisfacción con la atención recibida y aspectos del proceso de atención.
- Documentos de planificación de metas de cobertura y evaluación cumplimiento del programa correspondiente al año 2005 para valorar la calidad de la cobertura.

Fuente de información:

La información obtenida en la investigación fue recolectada de diferentes fuentes: *primaria* de encuesta a 100 usuarias del programa CPN y entrevista a los responsables del programa. Una fuente *secundaria* de datos de informes técnicos y de producción del programa, así como los expedientes clínicos.

Procedimientos para la recolección de los datos:

- 1) Se realizó reunión con el director del Centro de Salud para discutir la propuesta y solicitar su autorización, además consensuar intereses de la investigación y comprometiéndome a brindar información a las necesidades de desarrollo de la institución.
- 2) Una vez consensuados los intereses de la investigación se solicitó autorización para acceder a los registros de información: informes técnicos, evaluaciones, expedientes y observar las condiciones del servicio.



- 3) Se realizó entrevistas al personal que labora en el programa, incluyendo al responsable del mismo, discutiendo aspectos relacionados con la oferta y demanda del servicio, así como infraestructura, equipamiento, proceso de atención y las características de los resultados del programa.
- 4) Para realizar las encuestas de satisfacción con usuarias del programa, se explicó a cada una de ellas los objetivos del estudio, la importancia de su participación y se solicitó consentimiento de participar. Una vez que aceptaron voluntariamente participar en el estudio, se aplicó la encuesta posterior a la consulta de seguimiento en el Centro de Salud.

Instrumentos de recolección de información:

- Guía de entrevista con responsable del programa y proveedores del mismo. (*Ver anexo 1*)
- Encuesta estructurada para recolectar datos de satisfacción de usuario. (*Ver anexo 2*)

Plan de análisis:

Los datos de la encuesta se procesaron y analizaron en el paquete estadístico Epi-Info 3.3.2 para Windows. Se estableció frecuencia de satisfacción de las usuarias sobre diferentes situaciones en el servicio. Los datos de la entrevista se procesaron de forma cualitativa. Los resultados se plasman en cuadros y gráficos.



Operacionalización de variables:

Oferta de servicios: Hace referencia a la parte de la estructura, insumos que toma en cuenta el servicio. Son parte de la oferta: Recursos humanos y sus competencias, recursos materiales para procedimientos diagnósticos, terapéuticos, equipos y medios tecnológicos, ubicación geográfica y características de la infraestructura.

Accesibilidad: Posibilidad de los usuarios de acceder a un servicio oportuno que de respuesta a sus necesidades. Puede ser geográfico y económico.

Demanda de atención: Hace referencia a la parte de la estructura, insumos que toma en cuenta la población diana o beneficiarias del programa y sus problemas. Son parte de la demanda: Estructura poblacional, mujeres en edad fértil, embarazos esperados, partos esperados, ARO esperados.

Tiempo de espera: Periodo desde que llega a cierto lugar hasta el momento de ser atendida.

Proceso de atención: Se refiere al proceso en el que interactúa la oferta con la demanda como servicios producidos entre ellos: Número de mujeres que recibieron controles prenatales en el período de estudio, exámenes realizados, AROS diagnosticados, transferencias a especialistas realizadas, complicaciones del embarazo, parto o puerperio atendidas.

Actitud medica: Predisposición relativamente estable y constante para comportarse de determinada manera hacia las personas. Valorada desde el punto de interés y amabilidad.

Resultados del programa: Son los alcances obtenidos por el programa: Cobertura alcanzada, Número de controles prenatales por mujer, trimestre de captación de las mujeres, satisfacción de las usuarias:



Satisfacción de las usuarias: Es el grado de cumplimiento de las expectativas del usuario en cuanto a la atención recibida y sus resultados. Se mide mediante una encuesta de opinión en el que se establecen preguntas alrededor de su satisfacción con la estructura, procesos y resultados. Se toma en cuenta dos dimensiones: La dimensión técnica hace referencia a los procesos normatizados para la atención; la dimensión interpersonal hace referencia al intercambio de información que permiten la orientación al usuario sobre diferentes aspectos del proceso de atención, desde el momento que llega a la unidad de salud, durante la consulta hasta su egreso del servicio.



RESULTADOS

Características de la estructura:

Tabla 1. Oferta de servicio que tiene el programa Control Prenatal en el Centro de Salud Macuelizo, según los recursos humanos.

<i>Recursos Humanos</i>	<i>Nº</i>
Especialistas Gineco-Obstetras en el programa de CPN	0
Médicos Generales en el programa de CPN	1
Lic. de enfermería atendiendo el CPN	1
Auxiliares de enfermería atendiendo el CPN	2
Responsable de Educación en salud	1

En cuanto a la oferta de servicio brindada por la unidad de salud en el programa de CPN se encontró que dentro de los recursos humanos que atienden el programa están un médico general, una licenciada en enfermería, dos enfermeras auxiliares y un responsable de educación en salud. No cuentan con médico Gineco-Obstetra.



Tabla 2. Oferta de servicio que tiene el programa Control Prenatal en el Centro de Salud Macuelizo, según la infraestructura.

<i>Infraestructura</i>	<i>Respuesta</i>
Local accesible geográficamente a la mayoría de la población	No
Existencia de local de atención de CPN dentro del Centro de Salud	Si
Local con espacio suficiente	No
Local tiene un sitio con privacidad	No
Local con área de espera acondicionada para el confort de la usuaria	No
Local con mueblería adecuada para la atención del paciente	Si
Local cuenta con archivadoras sistemas de registro	Si

Al valorar la infraestructura del Centro de Salud desde el punto de vista de los proveedores de la salud, se encontró que éste no es accesible a la mayoría de la población. Existe un local dentro de la unidad de salud para la atención del CPN el cual no cuenta con: espacio suficiente, privacidad y confort de las usuarias, pero si presenta mueblería adecuada y archivadora para el registro.



Tabla 3. Oferta de servicio que tiene el programa Control Prenatal en el Centro de Salud Macuelizo, valorando el equipamiento.

Equipamiento	Respuesta
Servicio cuenta con escritorio	Si
Servicio cuenta con mesa Ginecológica	Si
Servicio cuenta con lámpara de luz en buen estado	Si
Servicio cuenta con espéculos en cantidad suficiente	Si
Servicio cuenta con fetoscopio	Si
Servicio cuenta con tallímetro	Si
Servicio cuenta con báscula	Si
Servicio cuenta con equipos especiales para valorar la salud del feto	Si*
Servicio cuenta con papelería para registro	Si
Servicio cuenta con papelería para transferencias	Si
Servicio cuenta con laboratorio para exámenes de rutina	No

* Doppler.

Dentro del equipamiento del Centro de Salud para el programa de CPN, cuentan con: escritorio, mesa ginecológica, lámpara de luz, espéculos, fetoscopio, tallímetro, báscula, equipos para valorar salud del feto, papelería para el registro y papelería para transferencias. Sin embargo no cuentan con laboratorio para los exámenes de rutinas de las usuarias.



Características de la demanda:

Tabla 4. Demanda de servicio que tiene el programa Control Prenatal en el Centro de Salud Macuelizo, según demanda en el 2005.

<i>Demanda</i>	<i>Nº</i>
Número de mujeres en edad fértil en el municipio	1255*
Número de Embarazos esperados	198
Número de partos esperados	189
Número de mujeres ARO en el año	386**
Número de complicaciones en el año	2
Número de abortos en el año	0

NOTA: la población total del municipio es de 5523 habitantes (2005).

** Representa el 22.7 % del total de la población.*

*** Del total de pacientes con ARO: 303 (78%) tenían riesgos potenciales (RP) y 83 (22%) fueron riesgos reales (RR).*

Según la demanda del servicio, hay 1255 mujeres en edad fértil en el municipio, las cuales representan el 22.7% del total de la población, fueron 198 los embarazos esperados y 189 los partos esperados. En el 2005 el número de mujeres ARO fue de 386, siendo el riesgo potencial el que más predominó con un 78%. En ese mismo año se presentaron 2 complicaciones y no hubo abortos.



Características del proceso de atención:

Tabla 5. Oferta del servicio que tiene el programa Control Prenatal en el Centro de Salud Macuelizo, valorando proceso de atención, en el 2005.

<i>Proceso de atención</i>	<i>Nº</i>
Número de CPN realizados en el año	800
Número de CPN realizados por mujer	4
Número de mujeres captadas al programa CPN mediante visitas al terreno	9
Número de búsquedas de inasistentes y abandonos realizados	4 [*]
Número de mujeres captadas en primer trimestre	118
Número de complicaciones del embarazo atendidas	2
Número de complicaciones del embarazo transferidas	2
Número de valoraciones de especialistas recibidas	2
Número de estudios especiales realizados en embarazadas	11
Número de partos atendidos institucionalmente	157 ^{**}
Número de mujeres seguidas hasta el puerperio	158 ^{***}

Nota: el total de ingresos al programa en el año 2005 fue de 216 embarazadas.

** No hubieron abandonos.*

***Solamente 4 partos fueron atendidos en el Centro de Salud, el resto en el Hospital de Ocotal.*

**** Un puerperio fue parto domiciliar.*

En cuanto al proceso de atención se realizaron 800 CPN en el año, el promedio de CPN por mujer es de 4, fueron 9 las mujeres captadas al programa mediante visitas al terreno, 4 embarazadas fueron buscadas por inasistentes, fueron captadas en el primer trimestre de embarazo 118 mujeres del total de ingresadas, 2 son las embarazadas que presentaron complicaciones y fueron atendidas en la unidad de salud, y esta misma cantidad fueron transferidas y valoradas por médicos especialistas. El número de partos atendidos fueron 157 de los cuales 4 (2.5%) se realizaron en el Centro de Salud. Se atendieron 158 puerperios.



Características de los resultados:

Tabla 6. Oferta de servicio que tiene el programa Control Prenatal en el Centro de Salud Macuelizo, según los resultados, en el 2005.

Resultados	Nº	%
Porcentaje de cobertura del programa		72.7
Porcentaje de mujeres con un CPN solamente	146	18.3
Porcentaje de mujeres con dos CPN solamente	160	20
Porcentaje de mujeres con tres CPN solamente	139	17.4
Porcentaje de mujeres con cuatros CPN solamente	121	15
Porcentaje de mujeres con cinco o más CPN	234	29.3
Número de muertes perinatales	2 [*]	
Número de muertes maternas por causa Obstétricas	0	

**Las muertes perinatales fueron por prematuridad.*

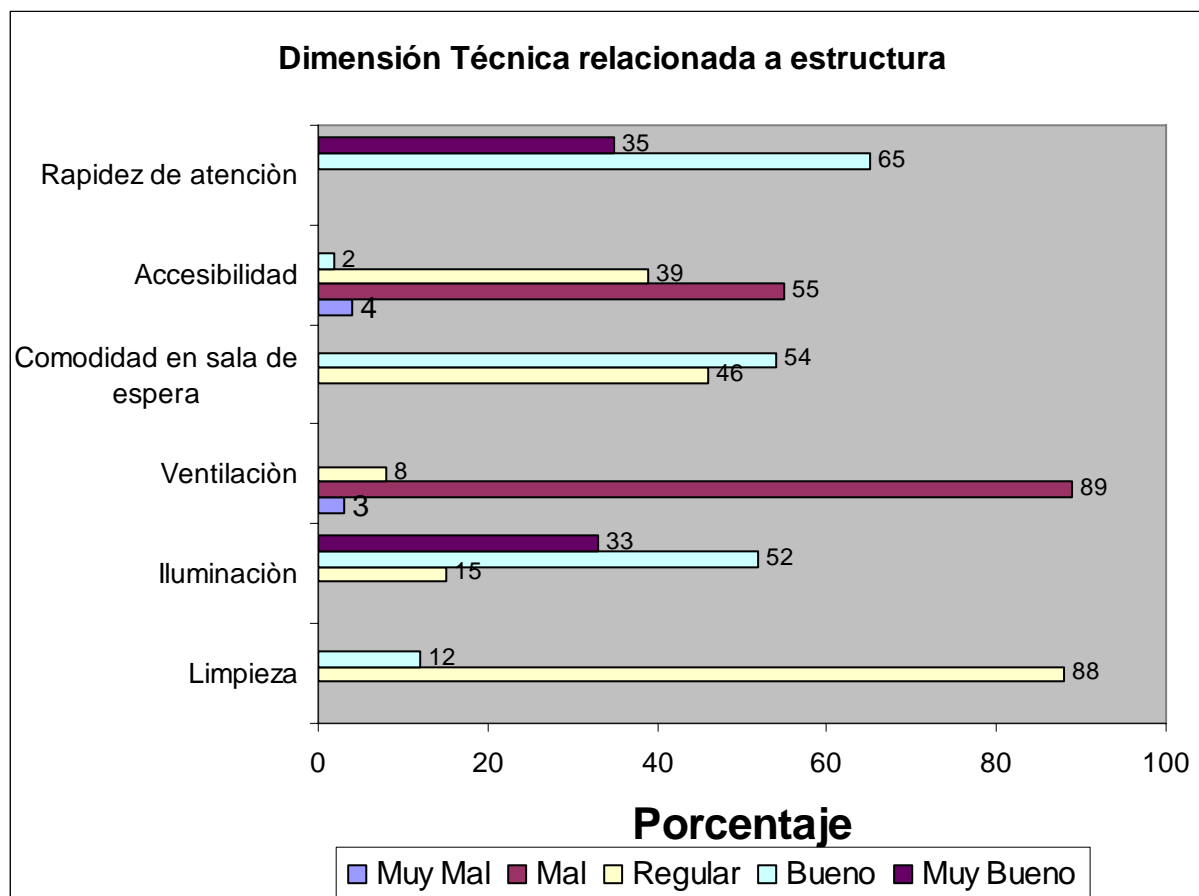
Sobre los resultados del programa de CPN en el Centro de Salud, se encontró que la cobertura es del 72.7%. De las embarazadas el 18.3% presentó un CPN solamente, el 20% presentó dos CPN, el 17.4% presentó tres controles, el 15% presentó cuatro CPN y el 29.3% presentaron cinco o más CPN. Hubo dos muertes perinatales y no se presentaron muertes maternas.



SATISFACCION DE USUARIAS DEL PROGRAMA CPN

Características de estructura:

Gráfico 1. Grado de satisfacción de las usuarias del programa de CPN del Centro de Salud de Macuelizo, con relación a la estructura.

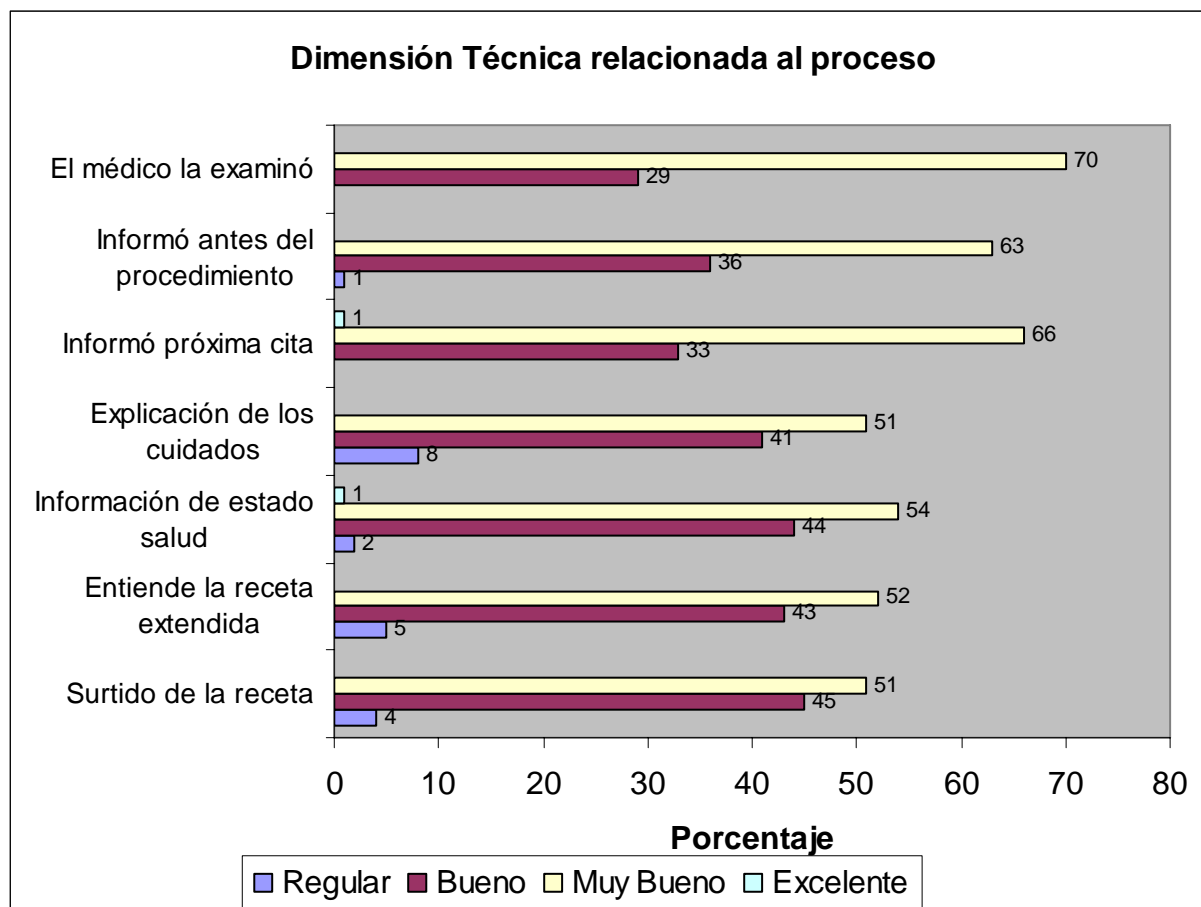


En cuanto a la estructura se observó que la rapidez de atención es buena en el 65% y la accesibilidad a la unidad de salud para las usuarias es mal en un 55%. La comodidad en la sala de espera es Buena en el 54%, la ventilación es considerada como Mala en un 89%, la iluminación es Buena en el 52% y la limpieza en la unidad es Regular en un 88%.



Característica del proceso:

Gráfico 2. . Grado de satisfacción de las usuarias del programa de CPN del Centro de Salud de Macuelizo, con relación al proceso de atención.

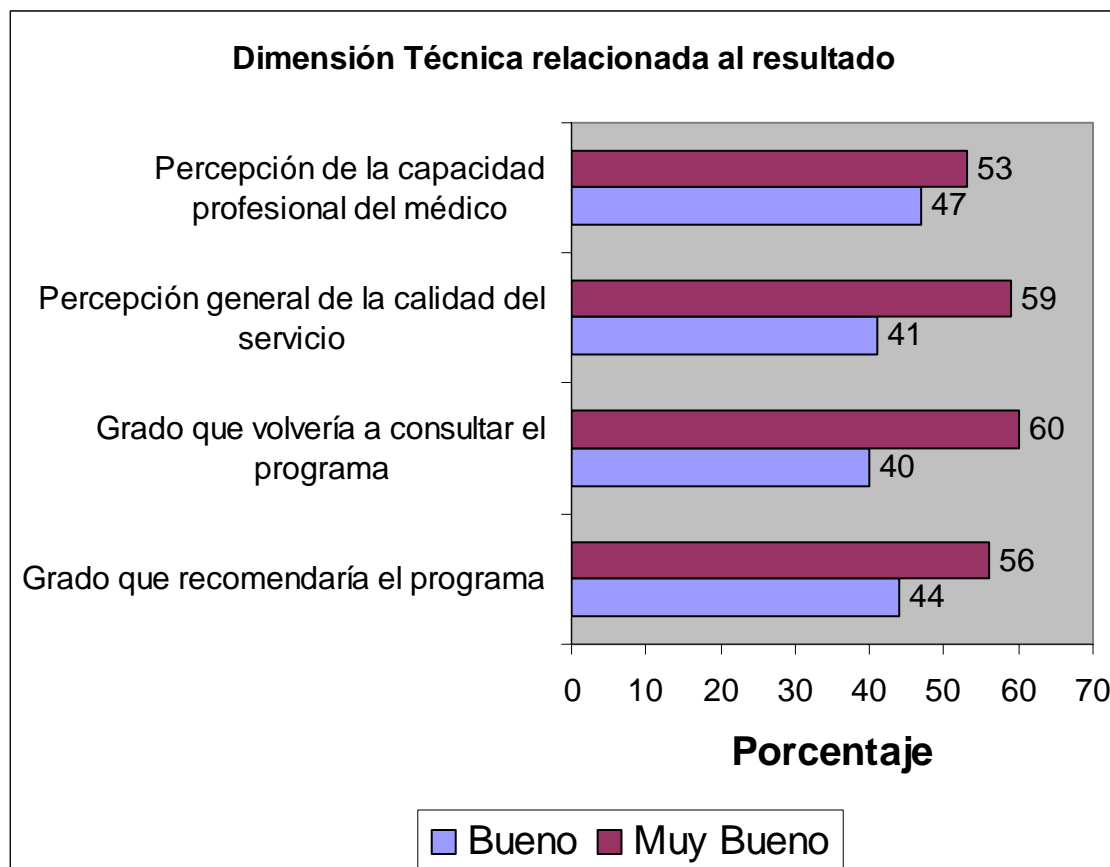


En cuanto al grado de satisfacción de la usuaria, el 70% consideran que el médico realizó Muy Buen examen físico y un 63% fue muy bien informada antes del procedimiento. Al 66% se le informó muy bien cuando es la próxima cita, así como la explicación de los cuidados y la información del estado de salud en un 51% y 54% respectivamente. De las usuarias el 52% entendió muy bien la receta que le extendieron y el surtido de la misma fue muy bueno en un 51%.



Característica de resultado:

Gráfico 3. Grado de satisfacción de las usuarias del programa de CPN del Centro de Salud de Macuelizo, con relación al resultado.

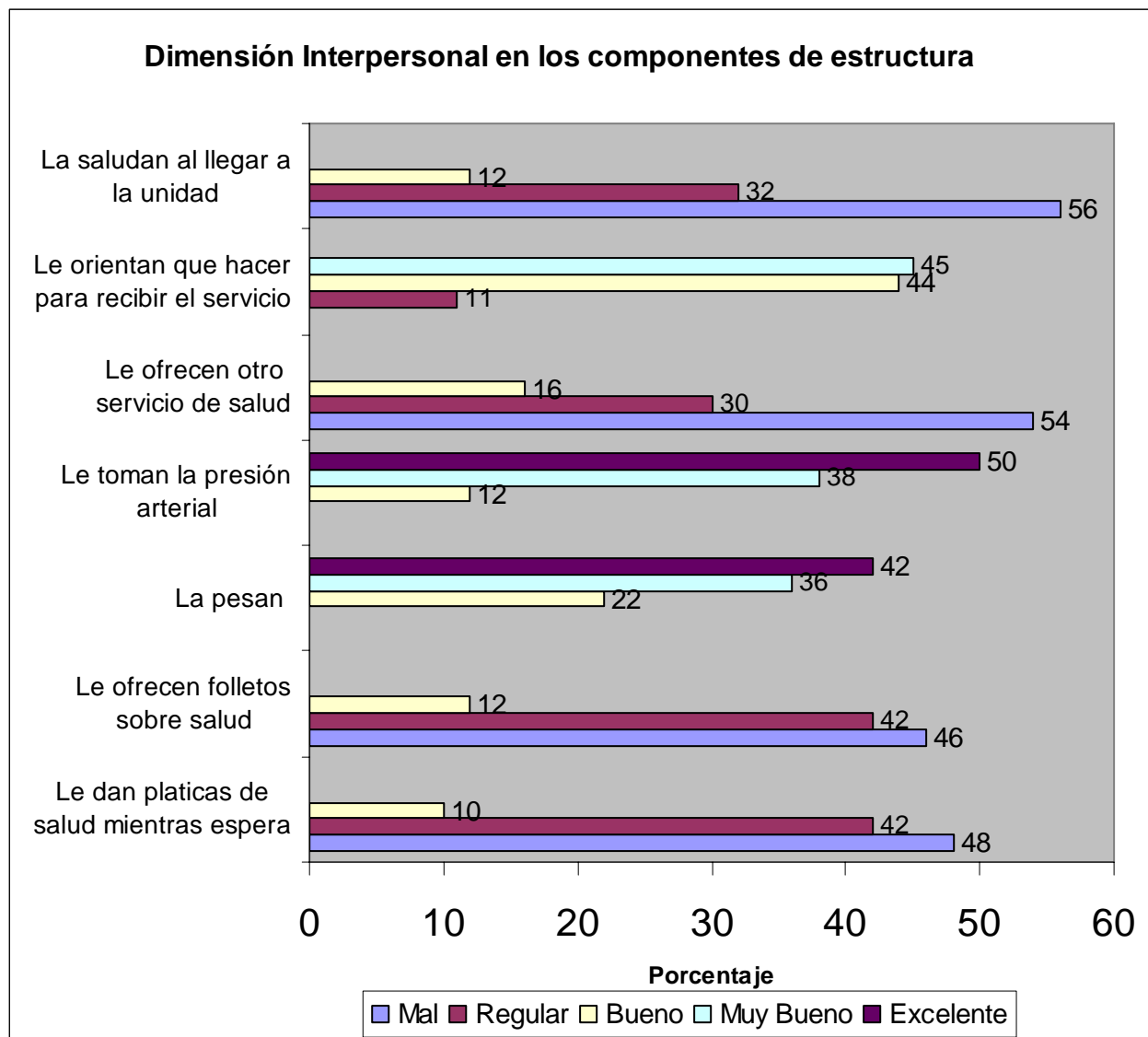


La percepción de las usuarias a la capacidad del médico que la atendió es Muy Buena en el 53%, así como la percepción de la calidad del servicio en un 59%. El 60% consideró Muy Bueno el volver a consultar el programa y el 56% lo recomendaría.



Característica de estructura:

Gráfico 4. Grado de satisfacción de las usuarias del programa de CPN del Centro de Salud de Macuelizo, con relación a dimensión interpersonal.

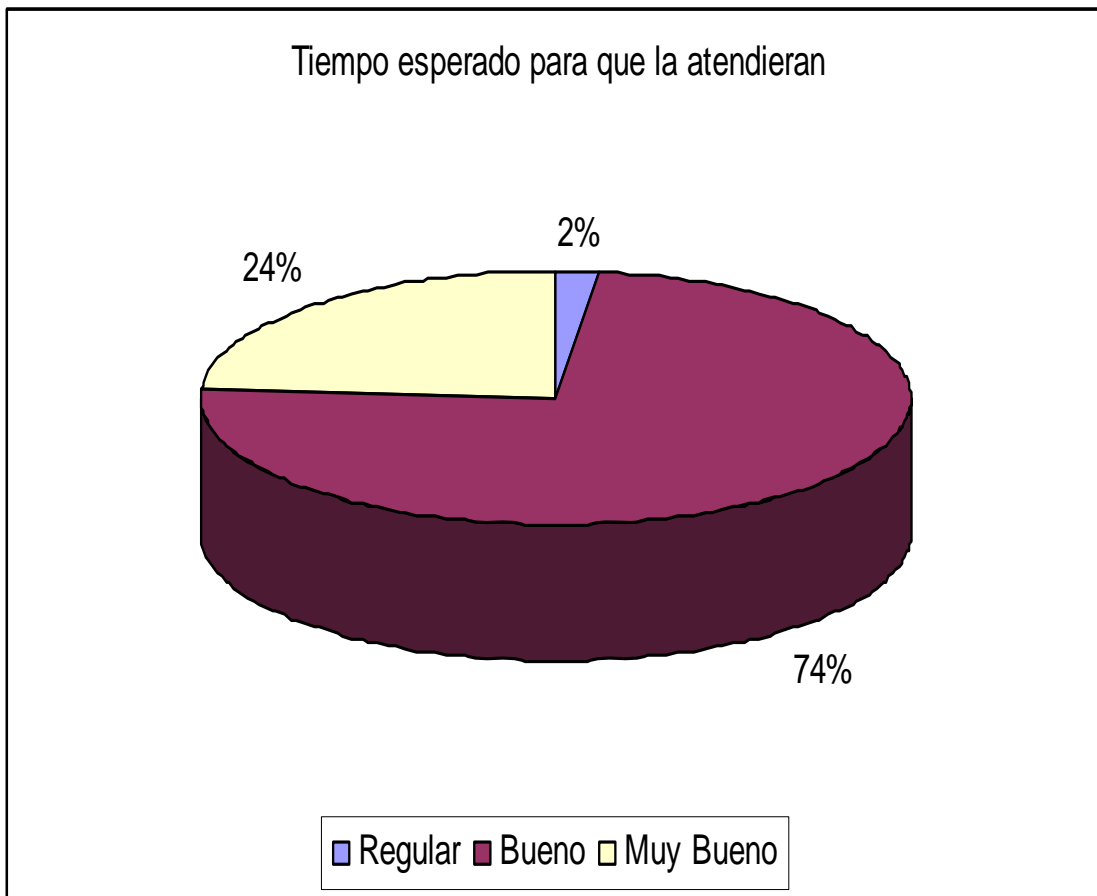


En la unidad de salud el 56% de las usuarias consideran Mal el saludo al llegar a dicha unidad. El 45% es Muy Buena la orientación que le dan para recibir el servicio en la unidad. La toma de la presión arterial y el peso se estima como excelente en un 50% y 42% respectivamente. Es considerada como Mal las pláticas de salud mientras esperan ser atendidas (48%), los otros servicios de salud ofrecidos (54%) y los folletos sobre salud (46%).



Característica de estructura:

Gráfico 5. Grado de satisfacción de las usuarias del programa de CPN del Centro de salud de macuelizo, con relación a la estructura.

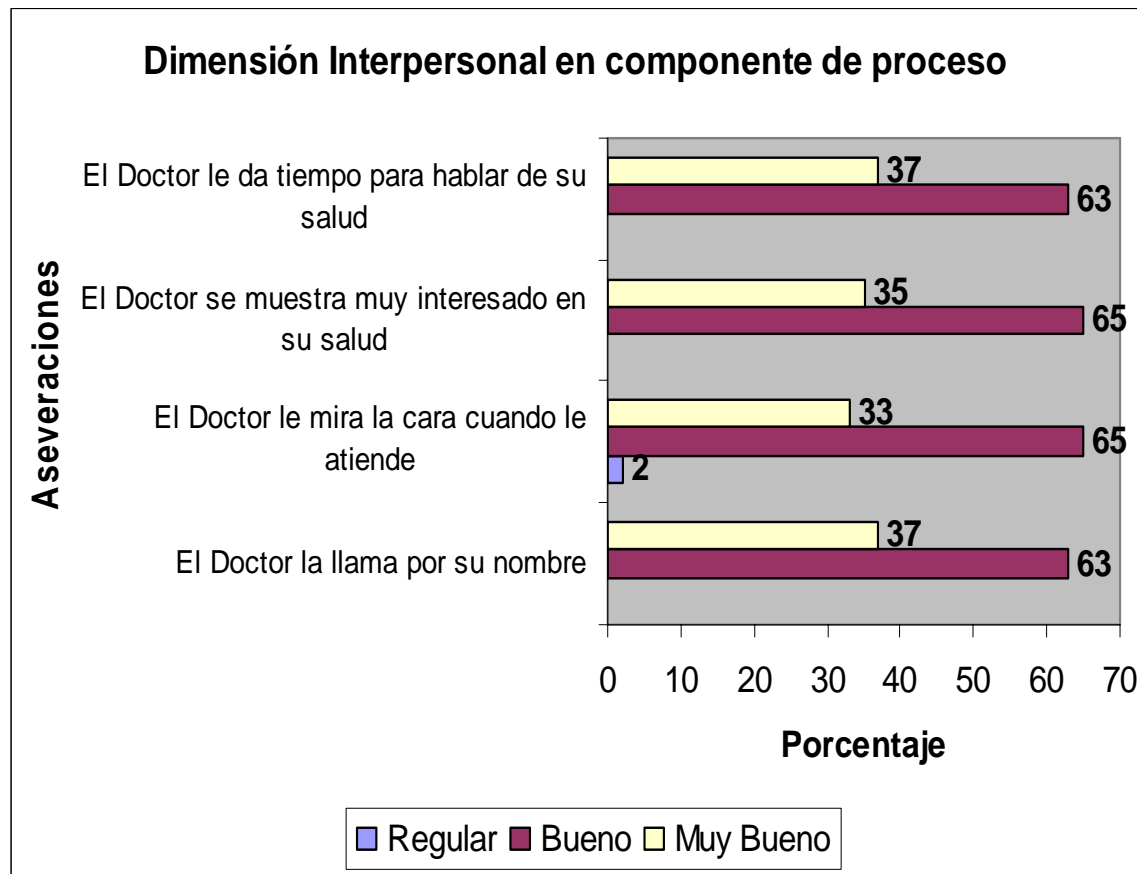


El tiempo esperado por las usuarias para ser atendidas es Bueno en el 74% y solo el 2% la considera Regular.



Característica del proceso:

Gráfico 6. Grado de satisfacción de las usuarias del programa de CPN del Centro de salud de macuelizo, con relación al proceso de atención.



El tiempo que el médico da a las usuarias para hablar de su salud es Bueno en el 63%, así, como el interés del médico en la salud de las usuarias (65%). Además consideran que el médico las mira a la cara y las llama por su nombre en el 65% y 63% respectivamente.



Característica de resultado:

Tabla 7. Dimensión Interpersonal en componente de resultado.

Resultado	Si	No
Le han suspendido la consulta por alguna razón.		100
Le han pedido dinero por la atención médica brindada en la unidad de salud.		100

De las encuestadas a ninguna se le suspendió la consulta en la unidad de salud por alguna razón en especial y tampoco se le ha pedido dinero por la atención brindada en el centro de salud.



DISCUSION

En Nicaragua uno de los grandes retos que tiene el Ministerio de Salud es fortalecer la atención medica a nivel primario del binomio madre e hijo. Para una mejor atención a este nivel es necesario dirigir los recursos hacia un grupo más vulnerable para un correcto manejo y clasificación de los pacientes y valorando adecuadamente los factores de riesgo y así evitar las complicaciones.

Al analizar las características de la estructura en cuanto a la oferta de servicio encontramos que en el Centro de Salud no hay especialista Gineco-Obstetra; la atención a las mujeres embarazadas está a cargo de un médico general, además se encuentra una Lic. de Enfermería y dos Enfermeras Auxiliares, considerando la cantidad del personal como adecuada tomando en cuenta la clasificación que tiene la unidad el cual es Centro de Salud sin cama, sin embargo dicho personal no está asignado a realizar únicamente esta actividad específica.

La accesibilidad depende tanto del proveedor de la salud y de los usuarios para vencer las barreras que obstaculicen la atención en las unidades de salud y esto influye sobre la calidad de atención.

La continuidad que significa la falta de interrupción de la atención necesaria y mantenimiento de la relación entre proveedores y usuarias se evalúa a través de datos estadísticos que permiten conocer tanto el número de primeros CPN realizados, así como los controles subsecuentes. El porcentaje de cobertura del programa es una de las más bajas del SILAIS de Nueva Segovia, sin embargo el Centro realiza una buena continuidad de los Controles Prenatales subsecuentes luego de la captación de la embarazada al tener como promedio cuatro CPN por mujer, además que asisten a todas las citas propuestas por el personal y las que no acuden son controladas



mediante visitas a terreno. La cantidad de partos atendidos en la unidad es poca, lo cual es aceptable en el SILAIS ya que el Centro de Salud no cuenta con sala de partos, ni agua potable, por lo que la gran mayoría de las embarazadas son referidas al Hospital de Ocotal para la atención del parto.

Al valorar la satisfacción de las usuarias en cuanto a estructura, se encontró que estas consideran como mal el acceso a la unidad de salud, sin embargo siempre son atendidas al llegar a la unidad y su Control Prenatal no es afectado, lo cual no coincide con los resultados de un estudio realizado en Siuna⁷ en donde la poca accesibilidad de las usuarias es uno de los mayores problemas que obstaculiza un Control Prenatal.

La aceptación de las usuarias es buena en cuanto al tiempo de espera, lo cual no coincide con un estudio anterior en Managua¹¹, en donde el tiempo de espera por las usuarias fue calificado como inadecuado, sin embargo coincide con el actual en cuanto a que la limpieza es considerada como inadecuada. Otro estudio realizado en Chontales⁶ encontró que las usuarias estaban conformes con el tiempo de espera.

La percepción de la calidad del servicio por parte de las usuarias es buena y ellas entendieron bien la receta que le extendieron, así como el surtido de la misma, lo cual coincide con el estudio realizado en Siuna⁷ en donde la atención brindada en la unidad tiene gran aceptación por las usuarias, sin embargo no coincide en que, en dicho estudio la falta de medicamentos en la unidad es uno de los principales problemas. También un estudio en San Carlos, Río San Juan⁹ la percepción general de la calidad de atención es buena en la mayoría de las usuarias.

La relación interpersonal contribuye a establecer una buena relación con las pacientes, si las relaciones interpersonales no son adecuadas se corre el riesgo que la atención no sea eficaz. En el presente estudio las usuarias consideran de bueno a muy bueno la atención que recibieron en la unidad por parte del médico, ya que percibieron interés por parte de él, esto coincide con un estudio realizado en Managua⁸, en donde las usuarias expresaron estar satisfechas con la atención brindada por el médico,



además un estudio realizado en Managua¹¹, ninguna de las usuarias sintió indiferencia en el trato del médico. Otro estudio en Matagalpa¹⁰ se observó una percepción positiva por los proveedores de la atención al programa.

Las usuarias volverían a consultar el programa y lo recomendarían, lo cual coincide con un estudio realizado en Quezalguaque y Santa Rosa del Peñón¹² en donde la mayoría de las usuarias que quedaron satisfechas con el programa pretenden continuar en el y lo recomendarían.



CONCLUSIONES

- El Centro de Salud no cuenta con médico especialista y la cantidad del personal que participa en el proceso de atención del programa es adecuado, sin embargo dicho personal no está asignado a realizar únicamente esta actividad específica.

Existen los instrumentos necesarios en la unidad para realizar un adecuado Control Prenatal a las usuarias que acuden a este programa, esto según la guía de monitoreo aplicada por el MINSA.

Los proveedores de la salud consideran que la mayor problemática en el servicio la constituyen el difícil acceso de las usuarias al Centro de Salud, no contar con un local en la unidad que tenga espacio suficiente y privacidad para realizar la atención del CPN y no tener un Laboratorio para realizar los exámenes de rutina.

- La percepción de las usuarias en relación a la calidad en la atención es positiva en cuanto a tiempo de espera, atención medica, entendimiento de la receta extendida y surtido de la misma.

La mayoría de las usuarias encuestadas consideran mal el acceso a la unidad de salud para realizar su Control Prenatal e incluso los proveedores de la salud comparten esta opinión, sin embargo la percepción de las usuarias sobre la calidad de atención es buena.

- A pesar de un bajo porcentaje de cobertura en el programa, existe un nivel de continuidad aceptable en los Controles Prenatales subsecuentes y son pocas las complicaciones encontradas.



RECOMENDACIONES

- Brindar capacitaciones continuas al personal de salud sobre los diferentes componentes del Control Prenatal y de esta manera mejorar el nivel de conocimiento de los proveedores de salud que participan en el, además realizar monitoreo para conocer el impacto de estas capacitaciones sobre la calidad de la atención en la unidad de salud.
- Conformar brigadas médicas con el fin de fomentar el trabajo en terreno dirigido a los programas que se atienden en el Centro de Salud hacia las comunidades mas alejadas de la unidad y de esta manera realizar los controles a las usuarias del programa CPN, facilitando el acceso a la atención médica a estas pacientes.
- Realizar un plan de charlas por parte del educador en salud sobre temas relacionados al embarazo y que se expongan a las usuarias del programa CPN antes de su atención.
- Divulgar la importancia que tiene la asistencia temprana y continúa a la atención prenatal.
- Exponer a todos los trabajadores del Centro de Salud “Vicente Godoy” de Macuelizo, Nueva Segovia los resultados del presente estudio para que conozcan la opinión de ellos y de las usuarias sobre el programa de Control Prenatal, analicen y tomen decisiones para fortalecer la atención de dicho programa.



Anexos



ANEXO 1

Calidad de la atención brindada en el programa Control Prenatal del Centro de Salud “Vicente Godoy” del municipio de Macuelizo, Nueva Segovia.

1 Características de la estructura: Oferta de servicios:		
1.1 Recursos humanos:		
1.1.1 Número de especialistas en Gineco-obstetricia atendiendo el programa: /_/_/_/		
1.1.2 Número de médicos generales atendiendo el programa: /_/_/_/		
1.1.3 Número de licenciadas en enfermería atendiendo el programa: /_/_/_/		
1.1.4 Número de auxiliares de enfermería atendiendo el programa: /_/_/_/		
1.1.5 Proporción de médicos generales debidamente capacitados para atender el programa: /_/_/_/_/%		
1.1.6 Proporción de licenciadas en enfermería debidamente capacitadas para atender el programa: /_/_/_/_/%		
1.1.7 Proporción de auxiliares de enfermería debidamente capacitadas para atender el programa: /_/_/_/_/%		
1.1.8 Hay un responsable de educación en salud en la unidad:	Si	No
1.2 Infraestructura:		
1.2.1 Este local es accesible geográficamente a la mayor parte de la población	Si	No
1.2.2 Existe un local dentro del Centro	Si	No
1.2.3 Este local tiene el espacio suficiente	Si	No
1.2.4 Este local tiene un sitio con privacidad	Si	No
1.2.5 Este local tiene un área de espera acondicionada para el confort de la usuaria	Si	No
1.2.6 Este local tiene mueblería adecuada para la atención del paciente	Si	No
1.2.7 Este local tiene archivadoras sistema de registro	Si	No



1.3 Equipamiento		
1.3.1 El servicio cuenta con escritorio	Si	No
1.3.2 El servicio cuenta con mesa ginecológica	Si	No
1.3.3 El servicio cuenta con lámpara de luz en buen estado	Si	No
1.3.4 El Servicio cuenta con espéculos en cantidades suficientes	Si	No
1.3.5 El servicio cuenta con fetoscopio	Si	No
1.3.6 El servicio cuenta con tallímetro	Si	No
1.3.7 El servicio cuenta con báscula	Si	No
1.3.8 El servicio cuenta con equipos especiales para valorar la salud del feto	Si	No
1.3.9 El servicio cuenta con papelería para registro	Si	No
1.3.10 El servicio cuenta con papelería para transferencias	Si	No
1.3.11 El servicio cuenta con laboratorio que haga los exámenes de rutina a las usuarias.	Si	No
2 Demanda		
2.1 Número de mujeres en edad fértil en el municipio: /_/_/_/_/_/_/_/		
2.2 Número de embarazos esperados: /_/_/_/_/_/_/_/		
2.3 Número de partos esperados: /_/_/_/_/_/_/_/		
2.4 Número de mujeres ARO en el año previo (2005): /_/_/_/_/		
2.5 Número de complicaciones en el año previo (2005): /_/_/_/_/		
2.6 Número de abortos ocurridos (2005): /_/_/_/_/		



3 Características del proceso de atención:
3.1 Número de controles prenatales realizados en el año: /_/_/_/_/_/
3.2 Número de controles prenatales realizados por mujer: /_/_/_/_/_/
3.3 Número de mujeres captadas el programa mediante visita al terreno: /_/_/_/_/_/
3.4 Número de búsquedas de inasistentes y abandonos realizados: /_/_/_/_/_/
3.5 Número de mujeres captadas en el primer trimestre de embarazo: /_/_/_/_/_/
3.6 Número de complicaciones del embarazo atendidas: /_/_/_/_/_/
3.7 Número de complicaciones del embarazo transferidas: /_/_/_/_/_/
3.8 Número de valoraciones de especialistas recibidas: /_/_/_/_/_/
3.9 Número de estudios especiales realizados en embarazadas: /_/_/_/_/_/
3.10 Número de partos atendidos institucionalmente: /_/_/_/_/_/_/
3.11 Número de mujeres seguidas hasta el puerperio: /_/_/_/_/_/_/
4 Características de los resultados:
4.1 Porcentaje de cobertura del programa: /_/_/_/_/_/ %
4.2 Porcentaje de mujeres con un control solamente: /_/_/_/_/_/ %
4.3 Porcentaje de mujeres con segundo control: /_/_/_/_/_/ %
4.4 Porcentaje de mujeres con tercer control: /_/_/_/_/_/ %
4.5 Porcentaje de mujeres con cuarto control: /_/_/_/_/_/ %
4.6 Porcentaje de mujeres con quinto o más control: /_/_/_/_/_/ %
4.7 Número de partos atendidos institucionalmente en el Centro: /_/_/_/_/_/_/_/
4.8 Número de muertes perinatales: /_/_/_/_/_/_/_/
4.9 Número de muertes maternas por causas obstétricas: /_/_/_/_/_/_/



ANEXO 2

Satisfacción de usuarias con la atención brindada en el programa Control Prenatal del Centro de Salud “Vicente Godoy” del municipio de Macuelizo.

Valore según crea conveniente en:

1 = Pésimo; 2 = Muy mal; 3 = Mal; 4 = Regular; 5 = Bueno; 6 = Muy Bueno; 7 = Excelente

1 En cuanto a la Dimensión Técnica relacionada con la estructura:							
Aseveraciones	1	2	3	4	5	6	7
1.1 Accesibilidad							
1.2 Limpieza							
1.3 Iluminación							
1.4 Ventilación							
1.5 Comodidad de las Sillas en sala de espera							
1.6 Rapidez de atención							
2 En cuanto a la Dimensión Técnica relacionada con el proceso:							
2.1 Información del estado de salud por parte del medico							
2.2 Explicación de los cuidado por parte del medico							
2.3 El medico le informa antes los procedimientos a realizarle							
2.4 El doctor le informa cuando es su próxima cita							
2.5 El medico la examinó							
2.6 Entiende la receta que le extendieron							
2.7 Surtido de la receta medica en el centro de salud							



3 En cuanto a la Dimensión Técnica relacionada con el resultado:							
3.1 Percepción de la capacidad profesional del doctor							
3.2 Percepción general de la calidad del servicio recibido							
3.3 Grado en que volvería a consultar en este mismo programa.							
3.4 Grado en que recomendaría a otra persona atenderse en este programa en este centro de salud							
4 Dimensión Inter personal, en los componentes de estructura:							
4.1 Cuando acude a consulta la pesan.							
4.2 Alguien del personal saluda al llegar al Centro de Salud							
4.3 Cuando acude a consulta le toman la presión arterial							
4.4 Alguien en el CS le orienta sobre lo que debe de hacer para recibir el servicio							
4.5 Alguien del Centro le ofrece otro servicio de salud							
4.6 Alguien del Centro de Salud le ofrece folletos sobre programas de salud.							
4.7 Le dan pláticas sobre temas de salud, mientras espera ser atendida.							
4.8 Cuanto tiempo esperó para que le dieran la consulta.							



5 Dimensión Inter personal, en los componentes de proceso:							
5.1 Por lo general el Doctor (a) le da tiempo suficiente para hablar de su estado de salud							
5.2 Por lo general el Doctor (a) que le atiende se muestra muy interesado en su salud.							
5.3 Por lo general el Doctor (a) le mira a la cara cuando le atiende							
5.4 Por lo general el Doctor (a) que le atiende la llama por su nombre							
6 Dimensión Inter personal, en los componentes de resultado:							
6.1 Le han suspendido la consulta por alguna razón.		Si				No	
6.2 Le han pedido dinero por la atención médica brindada en la unidad		Si				No	



Bibliografía

- ¹ Acevedo Benitez, Donelia. Cumplimiento de Normas en Control Prenatal de Embarazos con Riesgo Obstétricos, Hospital Milton Rocha E. de Cukra Hill, 1992.
- ² García Caballero, Gonzalo. Cumplimiento de las normas de Control Prenatal en unidades urbanas de atención primaria de Ciudad de Bluefields. 1996
- ³ MINSA. Manual del Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 1996.
- ⁴ Departamento de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia del Ministerio de Salud de Nicaragua. Situación Nacional de Mortalidad Materna. Documento oficial.
- ⁵ MINSA. Normas para la atención prenatal, parto de bajo riesgo y puerperio, Managua, 1996.
- ⁶ López Daniel. Percepción de las usuarias sobre calidad de la atención prenatal en dos unidades de salud del SILAIS Chontales. Juigalpa, 1998.
- ⁷ Maltez Kelvin. Calidad de atención en el subprograma de Control Prenatal en el Centro de Salud Carlos Centeno de Siuna. 2005.
- ⁸ Sánchez Viezca. Análisis de la Calidad de la atención a partir de la percepción de las usuarias y de los profesionales en tres centros de salud de Managua. 1995.
- ⁹ Arguello Pallais, David J. Calidad de prestación de los Servicios del Subprograma Control Prenatal, Municipio de San Carlos, Río San Juan. 2004. (TESIS para optar al título de Médico y Cirujano). UNAN-León.
- ¹⁰ Herrera Vallejos, Raquel. Calidad y Cobertura del Control Prenatal, Matagalpa, 1996. (TESIS para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía). UNAN-León.
- ¹¹ Alvarado Martínez, Alvaro A. Satisfacción de las usuarias del Servicio de Control Prenatal del Centro de Salud de Altagracia, Managua. 1997. (TESIS para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía). UNAN-León.



- ¹² Alduvin Torres, Genaro. Satisfacción con el programa de Control Prenatal, municipio de Quezalguaque y Santa Rosa del Peñón. 1997. (TESIS para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía). UNAN-León.
- ¹³ Ruelas-Barajas E. Reyes H, Zurita-Garza B, Vidal LM, Karchmer S. Círculos de calidad como estrategia de un programa de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología. *Salud Pública Mex.* 1990;32:270-220.
- ¹⁴ Vidal Pineda LM, Reyes-Zapata H. Diseño de un sistema de monitoria para el desarrollo de programas de garantía de calidad. *Salud Pública Mex.* 1993;35:326-331.
- ¹⁵ Mariño, H. Gerencia de la Calidad Total. Tercer Mundo Editores. Colombia.1992.
- ¹⁶ ARDON, N. y JARA, M. Interpretación de la conceptualización de la calidad y calidad en salud y de las metodologías existentes a nivel internacional para evaluar la calidad de los servicios de salud. Análisis Preliminar. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.1998.
- ¹⁷ Gómez, E. El Control Total de la Calidad como una estrategia de Comercialización. Editorial Legis. Bogotá., 1991.
- ¹⁸ Donabedian, A. La Calidad de la Atención Médica. La Prensa Médica Mexicana. México, 1984.
- ¹⁹ Donabedian, A. Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. Investigación sobre servicios de salud: un antología. OPS, Publicación Científica N° 554.
- ²⁰ www.minsa.gob.pe/dpsppf/pe-cpn.htm
- ²¹ OPS. Programa de garantía y mejoramiento de la calidad en los servicios de salud en América Latina.
- ²² José Castañeda Colunga. Adriana Guadalupe González Rodríguez. Propuesta para medir la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud en el primer nivel de atención. Servicios de Salud de Nuevo León.
- ²³ MALAGON, G y Col. Auditoria en Salud. Una Gestión Eficiente. Editorial Médica Panamericana. Bogotá, Colombia. 1998.



²⁴ MINSA. Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil, 2003.

²⁵ SCHWARCZ, RICARDO L. Obstetricia. 5^a Edición. Buenos Aires. Editorial El Ateneo, 1999