

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

UNAN – LEÓN



Tesis para optar al título de:

Doctor en Medicina y Cirugía General

“Cumplimiento de los estándares de calidad del componente Control Prenatal, satisfacción de las usuarias y prestadoras de servicio”. Puesto de Salud Lea Brackette, Bluefields – RAAS, 01 Noviembre 2005 al 28 Febrero 2006.

Autores:

Bra. Dora Castillo Reyes.

Br. Rubén Dávila Sandoval.

Tutores:

Dr. Vicente Miranda.

Gineco-Obstetra

Jefe de sala de Ginecología

Hospital Regional Dr. Ernesto Sequeiro Blanco.

Dra. Elliete Balladares. MD. PhD.

Gineco-Obstetra

Doctorado en Salud Reproductiva

Dpto de Ginecología, HEODRA

CIDS – UNAN León

Bluefields, Marzo 2006



DEDICATORIA

A Dios todo poderoso quien nos dio la vida y el privilegio de haber alcanzado una de las metas importantes en nuestras vidas.

A nuestros padres y demás familiares quienes con tanto empeño y dedicación nos han apoyado tanto económica como emocionalmente durante toda nuestra vida y muy especial con nuestra carrera universitaria, contando siempre con una mano amiga en los momentos más difíciles por los que hemos pasado.

Br. Rubén Dávila Sandoval:

En especial hago dedicatoria a mi madre Sra. Milagro Sandoval Centeno, quien con tantos esfuerzos ha logrado llegar a cumplir esta meta.

Bra. Dora Castillo Reyes:

Hago especial dedicatoria a mi abuelita Sra. Dorita Castillo Acevedo, que me lo dio todo, donde quiera que este... te extraño.



AGRADECIMIENTO

A Dios por todas sus bendiciones en nuestro recorrer profesional.

A nuestros padres y familiares por todo el apoyo brindado para alcanzar este logro.

A nuestras amistades que siempre han estado incondicionalmente en todo momento.

A nuestros maestros quienes se dedican por entero a su labor docente para la formación de profesionales de la salud, en especial a nuestros tutores que nos apoyaron en todo momento en la realización de este trabajo monográfico.

Al resto de trabajadores de la salud que en su momento influenciaron en nuestra formación académica: auxiliares, enfermeras, farmacéuticas, estadística, personal administrativo, personal de limpieza. En especial a las que colaboraron directamente en este estudio: personal del puesto de salud Lea Brackett, Bluefields – RAAS.

A todos nuestros pacientes que sin ellos hubiera sido imposible adquirir conocimientos y destrezas en nuestra carrera médica. En especial a las usuarias del componente Control Prenatal del puesto de salud Lea Brackett, que colaboraron de forma voluntaria para la realización de este estudio.



Opinión del tutor

El embarazo en la vida de la mujer es un período de cambios y demandas orgánicas, que amerita de muchas estrategias de cuidados para garantizar un buen resultado, esto quiere decir una madre y un bebe sanos en casa.

Durante mucho tiempo hemos desarrollado técnicas médicas que hoy en día nos permiten tener más control y una adecuada vigilancia de nuestras embarazadas y sus fetos, permitiéndonos prevenir o detectar a tiempo las múltiples enfermedades que pueden ocasionar daños a la madre y al bebé. Todo esto es posible solamente si la futura mamá inicia de manera temprana o mejor aun, antes de embarazarse un adecuado control, y si se cuenta con servicios oportunos, accesibles, con calidad y calidez y de amplia cobertura.

Nicaragua cuenta con servicios que llevan el programa de control prenatal desde el año 1980. Sin embargo la cobertura del programa de control prenatal en el país nunca ha pasado del 75% y esta varía de acuerdo a la zona que se esté evaluando, siendo aún menor en áreas rurales o lejanas de las ciudades donde se han reportado coberturas tan bajas como 38%.

Dada la importancia de las visitas prenatales en la detección de factores de riesgo que ponen en peligro a la madre y su niño, es de suma importancia valorar las causas que inciden en esta baja cobertura para tratar de desarrollar estrategias de intervención encaminadas al incremento de la asistencia de las embarazadas a este programa. El presente estudio pretende evaluar esto en el centro de salud Lea Brackette de Bluefields, a partir de la evaluación de satisfacción de las usuarias y prestadores del servicio y del cumplimiento del registro en los expedientes clínicos de los estándares de calidad para evaluar el programa, con el objetivo de utilizar posteriormente estos conocimientos para incrementar la asistencia, calidad y calidez del servicio en cuestión, lo que redundará sin duda en un beneficio para las madres y sus niños.

Dra. Eliette Balladares
Tutora



RESUMEN

Se realizó un estudio tipo descriptivo de corte transversal, con el objetivo de determinar el cumplimiento de los estándares de calidad y la satisfacción de las usuarias y prestadoras del servicio Control Prenatal que brinda el puesto de salud Lea Brackette en la ciudad de Bluefields – RAAS durante noviembre 2005 a febrero 2006. Para esto se diseñaron encuestas dirigidas a usuarias, prestadores de salud, así como se realizó una ficha técnica para investigar el llenado adecuado de los estándares de calidad, preestablecidos por las normas del MINSA, en las historias clínicas perinatales de los expedientes clínicos. Se realizaron 140 encuestas a usuarias quienes catalogan de manera general como buena la atención recibida, el tiempo de espera, la cobertura con los medicamentos, la calidez humana y la educación brindada. Señalaron también, deficiencia en la privacidad de los ambientes de consulta médica. Las prestadoras de servicio están poco satisfechas con la atención brindada ya que existen diferencias en las relaciones interpersonales y escasez de recursos materiales. En los 200 expedientes clínicos revisados se observó un buen cumplimiento de los estándares de calidad durante el período de estudio. A través del análisis realizado de las encuestas y fichas, se comprobó una buena atención del componente Control Prenatal en el puesto de salud a estudio, a pesar de las dificultades que se viven en el sistema salud en nuestro país.



ÍNDICE

I. Introducción	1
II. Objetivos	4
III. Marco teórico	5
IV. Material y método	30
V. Resultados	37
VI. Discusión	43
VII. Conclusiones	46
VIII. Recomendaciones	47
IX. Bibliografía	48
X. Anexos	49



INTRODUCCIÓN

Las preocupantes estadísticas de morbilidad materna y perinatal en los países en desarrollo reflejan la desigualdad socioeconómica en la que viven la mayoría de las mujeres. Estos países se caracterizan por programas de atención integral a la mujer con cobertura deficiente, además de baja calidad en los servicios, lo que implica un cuidado materno y perinatal deficiente.

Tradicionalmente en los países en desarrollo se han recomendado programas de control prenatal (CPN) siguiendo los lineamientos de los programas que se usan en los países desarrollados, incorporando sólo adaptaciones menores de acuerdo con las condiciones locales. Muchos de los componentes de estos programas prenatales han sido sometidos a poca evaluación científica para determinar su efectividad. A pesar del amplio deseo de mejorar los servicios de cuidados maternos, la escasez de evidencia sólida ha impedido la identificación de intervenciones efectivas para cada lugar y por lo tanto la asignación óptima de recursos. En los países en desarrollo, estos programas frecuentemente son mal implementados y las visitas a las clínicas son irregulares, con largos tiempos de espera y una mala respuesta en el cuidado de las mujeres. (1)

El Programa Control Prenatal fue creado para brindar atención a la mujer embarazada, disminuyendo así la morbi-mortalidad materno-infantil en nuestra población. Siendo llevado por los Centros de Salud, el control del embarazo trata de identificar a las mujeres que tienen factores de riesgo para poder ofrecerles el tratamiento especial que ameriten y así prevenir las complicaciones posteriores. Este servicio también tiene dentro de sus funciones desarrollar programas educativos, clínicos y de laboratorio, que velen por la salud de la madre y el niño durante el embarazo, parto y puerperio, teniendo como objetivos vigilar el desarrollo y evolución del embarazo normal, identificar el riesgo obstétrico, para derivación oportuna, prevención, diagnóstico y tratamiento de las complicaciones del embarazo, prevención de enfermedades de transmisión sexual, preparación física y mental para el parto (psicoprofilaxis), promoción de la lactancia materna, prevención del tétano neonatal, detección del cáncer de cuello



uterino (PAP), patología mamaria, promoción de la Salud Reproductiva y Planificación Familiar y promoción de la nutrición.

El Programa de Control Prenatal, surge en Nicaragua en 1980 como una estrategia del Ministerio de Salud para brindar a la población femenina una atención adecuada y así disminuir la mortalidad materna y perinatal, a través tanto de técnicas y procedimientos llevados a cabo por el personal de salud como de una educación continua y permanente a la mujer embarazada para que con la adquisición de nuevos conocimientos su embarazo curse y concluya de una manera satisfactoria.

Actualmente, sin menospreciar la importancia del Programa de Control Prenatal en la detección temprana de riesgo obstétrico y prevención de complicaciones, algunos estudios han demostrado que esto no es suficiente para disminuir las altas tasas de mortalidad materna sobre todo las de los países en desarrollo, por lo que se recomienda que además de cuidar la cobertura y calidad de los servicios de control prenatal se entrene personal y se equipen áreas de salud para la atención de emergencias obstétricas.

Nicaragua realiza numerosos esfuerzos en la atención primaria y particularmente en la atención de la mujer. Como una evaluación de las necesidades de los servicios de emergencias obstétricas, en 17 SILAIS del país se destacan los siguientes esfuerzos encaminados al mejoramiento de la atención obstétrica y perinatal:

- ❖ Fortalecer las capacidades de resolución en las unidades de salud del primer y segundo nivel de atención, para dar una atención oportuna a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, reduciendo la tasa de morbilidad materna.
- ❖ Fortalecer el sistema de información y vigilancia de la mortalidad materna, perinatal e infantil a nivel institucional y comunitario.
- ❖ Desarrollar procesos de comunicación y movilización social que sensibilicen a la población en la prevención de la mortalidad materna, perinatal e infantil.



- ❖ Fortalecer la participación interinstitucional y multisectorial mediante la reactivación y el funcionamiento de la comisión nacional para reducción de la mortalidad materna.
- ❖ Promover la creación de redes comunitarias organizadas que trabajen en función de los problemas de salud y de la disminución de la mortalidad materna.

En el primer informe de avance del plan de acción de la reducción de la mortalidad materna se recomienda intensificar e incrementar cobertura en la atención del control prenatal, la que será posible a través de estrategias integrales con enfoque multisectorial e institucional y el involucramiento de la sociedad civil organizada. (3)

En la Región Autónoma del Atlántico Sur en el primer trimestre del 2004, la cobertura del programa de control prenatal fue del 34%, lo que implica que el 66 % de las embarazadas no se realizaron control prenatal. En el II trimestre la cobertura fue de 42% y en el III trimestre de 24%. (4)

En el año 2005 se logró atender en el primer trimestre 36.1%, el II trimestre 40.4%, y en el III trimestre fue de 10%. Como puede observarse hubo un aumento en atención del control prenatal de 2.1% en el primer trimestre del año, no así del II y III trimestre en donde hemos tenidos una disminución porcentual (4)

Todo esto debe de preocuparnos porque nuestra región tiene las tasas más altas de Mortalidad Materna en Nicaragua, lo que orienta a la necesidad de analizar por qué las embarazadas no están acudiendo a realizarse sus controles prenatales, si en esto tiene que ver el nivel de satisfacción que ellas perciben para no asistir a sus controles, la calidez humana con la que se les atiende, la accesibilidad a los servicios de salud en el aspecto demográfico y económico. Motivándonos así la realización de este estudio ya que en nuestro medio laboral como zona de difícil acceso demográfico no existen investigaciones que nos permitan valorar hasta donde el programa de Control Prenatal están cumpliendo con sus objetivos de detección y prevención de riesgos obstétricos, contribuyendo a disminuir la tasa de morbilidad materna y perinatal, esperando con los resultados al mejoramiento de los objetivos del Control Prenatal.



OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar la satisfacción de las usuarias y prestadoras de servicio, el cumplimiento de los estándares de calidad del componente de Control Prenatal en el Puesto de Salud Lea Brackette en la ciudad de Bluefields – RAAS, 01 noviembre al 28 febrero 2006.

Objetivos Específicos:

- ❖ Determinar las características sociodemográficas de las usuarias y prestadoras de servicio del componente de Control Prenatal.**
- ❖ Identificar la satisfacción de las usuarias del componente de Control Prenatal sobre la atención y educación que se les brinda.**
- ❖ Identificar la satisfacción de las prestadoras de servicio que laboran en el componente de Control Prenatal.**
- ❖ Valorar el cumplimiento de los estándares de calidad a través de su registro en los expedientes clínicos en la atención del Control Prenatal.**



MARCO TEORICO

Referirse a la satisfacción, significa la medida en que las prestaciones y servicios sanitarios son aceptados por los propias usuarias y por la población en general. También se llama aceptabilidad. En esta dimensión no se incluye la satisfacción de proveedores de servicios.

En estudios realizados en diferentes sistemas de salud de otros países reflejan que la satisfacción de las usuarias está relacionada con el nivel del gasto. Otras investigaciones demuestran que si la decisión acerca de buscar atención o no y que profesional de salud consultara se basa en diferentes factores: horario del servicio, tiempo o costo del viajero, tiempo de espera, disponibilidad del médico o de medicamentos y del trato personal que reciben los usuarios, por lo cual no es sorprendente que la gente exprese su insatisfacción con las unidades de salud. Sin embargo la satisfacción depende tanto de la impresión como del conocimiento de los usuarios, ya que estos perciben cuales son los servicios que le brindan atención médica mas favorable o mas desfavorables, aunque ellos tengan ciertos valores en cuanto al estilo y contenido de la comunicación con el médico y el personal de salud. Esto incluye también su percepción acerca del tiempo que se necesita para efectuar un diagnóstico, administrar tratamiento y obtener un resultado favorable, influyendo además el nivel cultural, la escolaridad, etc.; constituyéndose así la atención del punto de vista del usuario un componente necesario, aunque no es suficiente ya que el usuario puede estar perfectamente satisfecho aunque no estén recibiendo servicio de buena calidad en relación al diagnóstico y tratamiento.

Es por ello que la necesidad de garantizar la calidad de los servicios de salud se fundamenta en una serie de consideraciones:

- Compromiso estatal por la salud de la población.
- Necesidad de un uso más racional de los recursos.



La calidad asistencial está íntimamente relacionada con una buena asistencia médica que trata al individuo como un todo y que mantiene una estrecha y continua relación personal entre el médico y el paciente.

La satisfacción del usuario es el resultado de la asistencia sanitaria y una medida útil de su calidad; influye directamente sobre el acceso al cuidado, ya que es probable que un paciente satisfecho vuelva a buscar atención médica. (1)

La satisfacción del paciente es de fundamental importancia en la calidad de atención; porque proporciona información sobre el éxito del proveedor en alcanzar los valores y expectativas del paciente. La evaluación de la satisfacción del paciente como componente de la calidad; para valorar los resultados de la relación médico-paciente depende siempre de la subjetividad de la percepción de los diferentes niveles educativos, sociales, económicos, lingüísticos que separan al profesional y a los propios servicios de los usuarios.

La satisfacción con los propios servicios de la salud depende en gran medida de la calidad de los servicios que se ofrecen y el trato profesional que recibe el usuario en el tiempo de espera; algunos estudios refieren que el paciente tolera bien 30 minutos como máximo.

Los pacientes gravemente enfermos son los más satisfechos de la asistencia sanitaria, en cambio los pacientes con enfermedades con lesiones menos graves esperan más tiempo, por lo tanto se puede asegurar que estarán menos satisfechos. Existen algunos factores que pueden contribuir a mejorar la calidad de los servicios de salud, entre estos factores se encuentran el atender las quejas o sugerencias expresadas por el paciente o su familia; por ello algunos autores consideran que los métodos que se utilizan para reconocer la satisfacción del paciente es un elemento importante para medir la calidad de los servicios de atención de salud prestada.

La insatisfacción del usuario en relación a los servicios de salud puede ser reflejada en diferentes formas cuando un producto o un servicio no cubre sus expectativas; inclusive



hay que tomar en consideración la existencia de los factores anteriormente mencionados, y que son propios del servicio que suele provocar descontento y por consiguiente insatisfacción del usuario. (1)

Por lo tanto la satisfacción es el resultado final de la totalidad de la atención que recibe un usuario influenciado por múltiples factores distribuidos a lo largo del proceso de prestación de los servicios de salud en el que participan diferentes profesionales y sistemas organizativos, que el usuario va percibiendo a medida que avanza el proceso. Estas percepciones sugestivas acompañadas de sus experiencias anteriores y su estado de ánimo configuran su impresión de la calidad de los servicios.

Que pasa cuando hay ausencia de calidad en la prestación de servicios:

- 1) Servicios de poca calidad causan insatisfacción de los usuarios.
- 2) La insatisfacción de la usuaria origina poca demanda de los servicios, que se expresa en bajo rendimiento institucional.
- 3) El bajo rendimiento implica baja cobertura y productividad de los programas.
- 4) La baja cobertura y productividad de los programas incide en el presupuesto de la institución.
- 5) La poca disponibilidad de presupuesto genera insuficiencia en el suministro, problemas con el mantenimiento de los equipos y ausencia de un programa de estímulos a los trabajadores, lo que les causa desmotivación.
- 6) Un personal desmotivado es poco cooperador, no se apropia de los objetivos de la institución, tiene problemas de actitud y no trabaja en equipo, todo eso se traduce en la mala calidad de la atención.

Estándar: es una declaración de calidad esperada. Es una expectativa con relación a un proceso determinado. Es la medida del desempeño. (1)



Indicador: refleja aspectos concretos de la actividad en salud ya sea del primer nivel o II nivel de atención, su propósito es verificar el grado de cumplimiento de las acciones referidas en los requerimientos de cada estándar y el impacto que hay en las usuarias.

Son las expresiones objetivas del desempeño a través de la relación cuantitativa entre las variables que interactúan en un mismo proceso, que facilitan la medición y propician el análisis lo que da origen a planes de mejoras para su cumplimiento. (9)

Atención médica: puede definirse como aquella clase de atención que se espera puede proporcionar a las usuarias el máximo y más completo bienestar, después de tomar en cuenta las ventajas que acompañan al proceso de atención en todas sus partes. (8)

La mayor parte de los autores coinciden en afirmar que los criterios sobre calidad no son más que juicios de valor aplicados a diferentes aspectos, propiedades, componentes o alcances de un proceso llamado Atención Médica.

Percepción de las Usuarías: las usuarias contribuyen a la definición de la calidad con sus valores y expectativas del manejo interpersonal. La satisfacción de la usuaria a menudo constituye un componente importante de la calidad de la atención. (8)

Aspectos a considerar en la satisfacción de las usuarias:

1. Satisfacción no siempre se refiere a la calidad del servicio obtenido sino a la percepción que el usuario tiene de él.
2. Nos movemos en el campo de la subjetividad, donde la satisfacción se interrelaciona con las expectativas y las percepciones.
3. No existe una relación lineal entre satisfacción e insatisfacción.
4. Las usuarias deben decidir cuales son los aspectos asistenciales que le interesan y estos comprenden: las relaciones interpersonales, la información, la



organización de la atención e incluso la aceptación de los diagnósticos y tratamiento.

5. Debemos valorar aquellos aspectos sobre lo que podemos introducir cambios para mejorarlo.
6. La decisión sobre el método de valoración a seguir debe considerar: los objetivos perseguidos, las preguntas de las que esperamos obtener respuestas, la experiencia previa y los recursos disponibles. (8)

Derecho de las usuarias:

- ◆ **Acceso al tratamiento:** a toda persona se le dará atención imparcial al tratamiento o alojamiento disponible o que se indique médicamente, sin considerar su raza, creencias religiosas, sexo, nacionalidad.
- ◆ **Respeto y dignidad:** los pacientes tienen derecho de recibir un trato adecuado en todo momento y bajo toda circunstancia, como reconocimiento de su dignidad personal.
- ◆ **Privacidad y confiabilidad:** derecho a su privacidad personal y de información, tal como se manifiesta en los siguientes derechos:
 - a) El derecho de rehusarse a hablar o a ver a alguien que no este oficialmente relacionado con la unidad de salud.
 - b) El derecho de usar el vestido personal apropiado, así como otros objetos religiosos simbólicos, siempre que no entorpezcan con la labor médica.
 - c) El derecho de ser examinado en instalaciones diseñadas para asegurar el aislamiento visual y auditivo razonable. Esto incluye el derecho a pedir que se tenga una persona del mismo sexo presente durante ciertas partes del examen



médico y de no permanecer desnuda por más tiempo del necesario para poder hacer el procedimiento.

d) El derecho a esperar que la consulta sea discreta, no estando presente personas ajenas al caso, sin el consentimiento previo del paciente.

e) Su expediente médico debe ser leído por aquellos directamente involucrados en su tratamiento y solo por otras personas con su autorización previa por escrito, o la de su representante legal autorizado.

f) A esperar a que todo lo referente a su tratamiento, incluyendo la proveniencia del pago, sean tratados confidencialmente.

g) El derecho a recibir todas las medidas necesarias para su seguridad personal.

- ◆ **Seguridad personal:** las usuarias tiene que esperar una seguridad razonable en la medida que el médico y las instalaciones de la unidad de salud lo permitan.
- ◆ **Identidad:** derecho a saber la identidad y la posición profesional de los individuos que le estén presentando servicios, así como a saber que médico o profesional de la salud esta principalmente a cargo de su tratamiento.
- ◆ **Información:** derecho a obtener del personal toda la información acerca de su enfermedad, cuando no sea este el caso; a un familiar o persona legalmente autorizada.
- ◆ **Comunicación:** las usuarias tienen derecho de ser acompañadas de familiares o personas cercanas, cumpliendo con horarios preestablecidos según la institución.
- ◆ **Consentimiento:** las usuarias tienen que participar en las decisiones acerca de su tratamiento, se le debe de explicar acerca de procedimientos y firmar consentimientos o negarse a participar según sus criterios particulares.
- ◆ **Consultas:** derecho a consultar con un especialista bajo su cuenta.



- ◆ **Denegación de tratamiento:** el paciente podrá rehusar hasta donde se lo permita la ley, considerando terminada la relación médico - paciente cuando así lo desee. (8)

CONTROL PRENATAL

Atención Prenatal (APN) son contactos, entrevistas, visitas o consultas que la embarazada realice con los integrantes del sistema de salud con el objetivo de observar la evolución y atender a la embarazada (hasta antes de iniciar el trabajo de parto de término) y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el mejor estado de salud de la mujer y el nacido o nacida. (5)

Se considerará también Atención Prenatal, cada período de internación durante el embarazo, por otra causa que no sea el inicio espontáneo o inducido el trabajo de parto, en gestaciones de término, deberá consignarse como una atención prenatal de Alto Riesgo. (5)

Requisitos básicos de la atención prenatal

Para un adecuado desarrollo del ejercicio del Control Prenatal se deben tener en cuenta los siguientes requisitos básicos:

- 1) **Precoz (temprano):** debe realizarse de preferencia en el primer trimestre del embarazo, esto nos permitirá una adecuada ejecución de las actividades de vigilancia y prevención del desarrollo y bienestar del feto y la madre.
- 2) **Periódico o continuo:** la frecuencia de la entrevista dependerá del estado de la embarazada, es decir de los riesgos que presente durante su gestación, en las embarazadas con bajo riesgo el número de entrevistas será de un mínimo de 4 controles y las de alto riesgo el número de entrevistas es mayor de 10 controles.
- 3) **Completo o integral:** esto significa que el centro de salud deberá garantizar una buena atención, un examen físico completo, control de exámenes de laboratorio, suplementos vitamínicos y educación.



- 4) Extenso o de amplia cobertura: es decir que las embarazadas tienen derecho a recibir todos los servicios que conforman el programa atención integral a la mujer y a la niñez.
- 5) Gratuito: las embarazadas tienen derecho a recibir su control prenatal sin costo alguno. (5)

Lo que caracteriza un buen control prenatal eficiente en toda mujer embarazada es que cumpla con sus requisitos básicos, un buen examen físico completo y un llenado correcto de su Historia Clínica Prenatal Simplificada, con esto se procederá a discriminar entre pacientes embarazadas de bajo y alto riesgo para ofertar a estas últimas la consulta especializada.

Además un sistémico examen especializado de PAP y odontológico, será menester realizar exámenes de laboratorios como: Tipo y Rh, Hemograma, EGO, Glicemia, serología para Sífilis, Toxotest, VIH (previa consejería y consentimiento de las usuarias). Las gestantes deberán vacunarse con Toxoide Tetánico durante su embarazo, con 2 dosis de 0.5 ml de toxoide tetánico con intervalos de 6 a 8 semanas, a menos que haya sido inmunizada adecuadamente con anterioridad, esta vacuna se realiza después de cumplidas las 22 semanas y la segunda dosis no deberá administrarse después de las 32 semanas. (5)

Dentro de la evaluación clínica de toda mujer embarazada, se realizará el examen físico completo, descartando patologías previas al embarazo, toma de signos vitales, se determinara la edad de gestación en semanas de amenorrea, el incremento de peso materno, crecimiento fetal, fecha probable de parto, determinar la vitalidad fetal, a través de la evaluación de movimientos fetales y frecuencia cardiaca. (5)

Se deberá discriminar por el trabajador de salud que atiende el control prenatal el embarazo normal, de bajo riesgo y de alto riesgo para lo cual se define:

- ⇒ El embarazo es una condición normal y, en la mayoría de las situaciones, no debe abordarse como un problema o enfermedad. Cualquier mujer fértil



involucrada en una relación sexual con un hombre fértil está en riesgo de quedar embarazada.

- ⇒ El embarazo de alto riesgo, es aquel en que la madre, el feto y/o neonato tienen una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes o después del parto.
- ⇒ En el grupo de bajo riesgo perinatal, las necesidades de salud en general se resuelven con procedimientos más o menos simples (primer nivel de atención). Los casos de alto riesgo requieren comúnmente técnicas más especializadas. La mayoría de ellos se resuelven en un segundo nivel de atención, con personal y equipo más desarrollados. (5)

¿Quién debe brindar la atención prenatal?

La primera consulta o consulta de captación debe ser siempre brindada por el recurso más calificado de la unidad de salud.

En las unidades o territorios donde no se cuente con especialistas, la gestante deberá ser atendida por un médico o enfermera profesional debidamente capacitada para esta actividad, garantizando la referencia oportuna a una consulta con el especialista en obstetricia de la unidad de salud más cercana.

Se deberá organizar los recursos, realizando la labor educativa necesaria y movilizándolo a los distintos actores en el territorio para vencer las barreras que propician la inaccesibilidad, garantizando siempre que el parto y la atención postnatal sea institucional.

La prevención del embarazo de alto riesgo se logrará promoviendo y asegurando que el personal de salud atienda a las personas utilizando el enfoque de riesgo reproductivo, lo cual se logrará realizando una verdadera atención integral, esto implica atender a la mujer por cualquier motivo de consulta, pero valorando los componentes de la salud sexual y reproductiva con enfoque de género aunque ese no sea su motivo de consulta. (5)



Actividades y cronología para la atención prenatal de bajo riesgo

Los estudios de la OMS permiten hacer evidencias científicas para confirmar que la programación de cuatro consultas en las embarazadas con bajo riesgo permite el cumplimiento de las actividades necesarias para lograr una atención prenatal adecuada, tal y como se ha venido realizando en nuestro país desde hace más de una década. (5)

La captación tardía impone realizar las actividades correspondientes a las consultas anteriores.

Para las consultas de bajo riesgo la cronología es la siguiente:

1. Primera consulta: antes de las doce semanas de retraso menstrual.
2. Segunda consulta: a las veinte y seis semanas de amenorrea (26 SG)
3. Tercera consulta: a las treinta y dos semanas de amenorrea (32 SG)
4. Cuarta consulta: a las treinta y ocho semanas de amenorrea (38 SG)

A continuación se presentan las actividades según que debe cumplirse según la cronología propuesta:

Consultas durante la atención prenatal

Primera consulta – captación:

Se realiza durante el primer trimestre o preferentemente antes de la semana 12 de embarazo, sin embargo independientemente de la edad gestacional en el momento de la primera consulta todas las embarazadas que reciban CPN serán examinadas de acuerdo a las normas para la primera visita y las visitas subsiguientes.

Es importante determinar los antecedentes clínicos y obstétricos de las mujeres con el objetivo de evaluar la elegibilidad para ofrecer el tipo de consulta que requiere. En promedio se espera que el 75% de las mujeres se mantengan en consultas de bajo



riesgo, mientras los exámenes físicos y los análisis bioquímicos permanezcan dentro de límites normales.

Los problemas necesarios de identificar y que requieren ayuda económica entre ellos: pobreza, edad temprana de la madre, mujeres que sufren violencia intrafamiliar y mujeres que viven solas, deben ser abordados con la participación organizada de los diferentes actores que existan en cada comunidad, de forma tal que las soluciones sean sostenibles.

En la unidad o establecimiento de salud se debe de ofrecer pruebas de laboratorio para detección de embarazo a aquellas mujeres que durante su primer trimestre de embarazo pidan confirmación, solamente si no existen síntomas o signos de embarazo.

Sólo se recomienda un tacto vaginal de rutina durante el embarazo. Esto incluye tomar una muestra para el Papanicolau, si el mismo no ha sido realizado en los dos últimos años concomitantemente se deben identificar y tratar las infecciones de transmisión sexual.

La interacción individual entre pacientes y proveedores de salud es un elemento esencial de la atención prenatal. Como las consultas de bajo riesgo solamente incluyen cuatro visitas, se debe dedicar el tiempo suficiente durante cada visita a la discusión del embarazo y temas relacionados con la paciente. La instrucción debe incluir información general sobre el embarazo y el parto, así como cualquier respuesta específica a las preguntas de la paciente. La información transmitida en estas visitas debe siempre enfocar la explicación de los signos y síntomas de emergencia relacionados con el embarazo y como actuar, es decir si la paciente sufre sangrado vaginal, a quien debería llamar, donde buscar ayuda, quien la podría acompañar y donde debe acudir para su asistencia.

Todos los consejos verbales deben estar acompañados por instrucciones escritas. Se debe disponer de instrucciones simples aún para las mujeres no alfabetizadas, ya que los miembros de su familia o vecinos frecuentemente las pueden leer. Se debe de



disponer de materiales apropiados para un público no alfabetizado tales como dibujos y diagramas simples que describen el consejo dado en cada visita.

Si las mujeres que están en consultas de bajo riesgo expresan ansiedad debido a que consideren prolongado el tiempo que transcurre entre una consulta y la siguiente. Se debe explicar que tiene “cita abierta” para cualquier eventualidad o duda que se presente en este período. Además se debe brindar información escrita y oral con respecto a donde ir y a quien consultar durante las 24 horas del día y los siete días de la semana.

En la primera consulta se debe obtener:

- Antecedentes patológicos personales y obstétricos.
- Antecedentes patológicos familiares
- Antecedentes del embarazo actual.
- Realizar el examen físico:
 - Medir la presión sanguínea.
 - Peso materno.
 - Valores de la altura uterina: registrar en el carnet perinatal y explicar.
 - Edemas localizado o generalizado.
 - Otros signos de alarma de enfermedad: disnea, tos, fiebre, otros.

Implementar las siguientes intervenciones:

- Suplementación de hierro y folato para todas las mujeres.
- Si la prueba rápida de sífilis es positiva: tratar.
- Vacunación antitetánica: primera dosis.



- Derivar los casos de alto riesgo según el diagnóstico.

Consejos, preguntas y respuestas y programación de próxima consulta.

- Dar consejos sobre sexo seguro. Enfatizar en el riesgo de adquirir VIH o una ITS en caso de no usar preservativos.
- Dar consejos a la mujer sobre el peligro consumo de tabaco (tabaquismo o mascar tabaco), alcohol y otras sustancias dañinas.
- Consejo sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva
- Dar consejos sobre a quien llamar a donde concurrir en caso de sangrado, dolor abdominal o cualquier otra emergencia o cuando se necesite consejo. ***Esto debe ser confirmado por escrito en la expediente de la paciente.*
- Pedirle a la mujer que registre cuando nota los primeros movimientos fetales.
- Preguntas y respuestas: momento para la comunicación libre.
- Aconsejar a la mujer para que invite a su pareja (o miembro de la familia o amiga) a las siguientes consultas del CPN para que puedan involucrarse en las actividades y aprendan cómo apoyarla a lo largo del embarazo y durante el parto.
- Programar: segunda consulta, a las 26 semanas (o cerca): fecha y hora de consulta. Esto debería escribirse en el expediente y en la HCPS y en el cuaderno de citas de la unidad o establecimiento de salud.

Registros que se deben llenar de forma completa y con letra legible:

- El expediente clínico.
- La Historia Clínica Perinatal Simplificada.
- El Carnet Perinatal el cual se entrega a la gestante o al familiar que la acompaña para involucrarlo/a.



- El registro de mujeres en postnatal, permite dar seguimiento a las insistentes a la atención perinatal (también se conoce como censo de embarazadas)

Segunda consulta:

Debe programarse cerca de la semana 26 de embarazo. Se estima una *duración* aproximada de *20 minutos, como mínimo*. Los exámenes y las pruebas se limitan a medir la presión sanguínea y la altura uterina y al realizar la prueba de tira reactiva múltiple para bacteriuria. La prueba de proteinuria solo se debe realizar en mujer nulípara y en quienes tengan antecedentes de hipertensión o pre-eclampsia/eclampsia. Se debe realizar un análisis de sangre para determinar la hemoglobina, si corresponde clínicamente. La derivación basada en la evaluación actualizada de riesgo se limita a aquellas mujeres que hayan desarrollado signos y síntomas significativos desde la primera visita. Dependiendo de los síntomas y signos, en algunas mujeres se podría arreglar una visita anterior a la tercera visita. Tener en cuenta que un útero de mayor tamaño que el correspondiente a la edad gestacional (descubierto a través de la palpación abdominal y la medición de la altura uterina), puede indicar un embarazo gemelar o un trastorno patológico y por consiguiente la mujer debería de ser referida al nivel de mayor resolución.

Obtener información sobre:

Antecedentes personales: cambios desde la primera consulta:

Antecedentes obstétricos: revisar los temas relevantes de los antecedentes obstétricos registrados en la primera visita.

Embarazo actual:

- Registrar los síntomas y acontecimientos desde la primera visita: por ejemplo, dolor, sangrado, flujo vaginal (¿líquido amniótico?), signos y síntomas de anemia severa.
- Otros síntomas o acontecimientos específicos.



- Tener en cuenta los cambios en las características corporales o en la capacidad física por ejemplo: edemas periféricos, disnea, observados por la misma mujer, por su pareja u otros miembros de la familia.
- Movimientos fetales; ¿se perciben?, tener en cuenta el momento del primer reconocimiento para registrarlo en el expediente clínico.
- Control de los hábitos: tabaquismo, alcohol, otros.

Realizar el examen físico

- Medir la presión sanguínea.
- Peso materno.
- Valores de la altura uterina: registrar en el carnet perinatal y explicar.
- Edemas localizado o generalizado.
- Otros signos de alarma de enfermedad: disnea, tos, fiebre, otros.

Tacto vaginal: realizarlo únicamente en caso de no haberlo hecho en la primera visita. Si la paciente está sangrando, no realizar tacto vaginal; referir a la unidad de mayor resolución

Realizar las siguientes pruebas:

Orina: repetir el análisis de tira reactiva múltiple para detectar infección del tracto urinario y proteinuria si todavía persiste infección urinaria después de ser tratada en la primera visita.

Sangre: repetir HB sólo si en la primera visita (determinada por indicación médica) estaba por debajo de 7 g/l o se detecta signos de anemia severa en el examen.

Evaluar para realizar la referencia

- Si la mujer puede o no seguir con la consulta de bajo riesgo.



- Síntomas inesperados: referir oportunamente.
- Si la hemoglobina es menor de 7 g/dl en la primera y en la actual (segunda) consulta: referir para hospitalización.
- Si hay sangrado o pérdida: referir oportunamente.
- Datos de preeclampsia, hipertensión y/o proteinuria: referir al nivel superior de atención.
- Sospecha de retardo de crecimiento fetal (valores de altura uterina por debajo del percentil 10); derivación al hospital para evaluación.

Si la mujer no percibe movimientos fetales: buscar latidos con el estetoscopio, si se dispone utilizar Doppler manual para la detección de los latidos cardíacos fetales: si es negativo, referir al hospital.

Implementar las siguientes intervenciones:

Hierro: continuar, todas. Si la hemoglobina es menor de 7g/dl, incrementar las dosis de hierro. Si tiene síntomas clínicos de anemia, referir.

Si se trató la bacteriuria en la primera consulta y persiste el resultado positivo en el análisis, referir

Consejos preguntas y respuestas y programación de la próxima consulta

- Repetir todos los consejos que se dieron en la primera consulta.
- Preguntas y respuestas: momento para la comunicación libre.
- Dar consejo sobre a quien llamar o dónde ir en caso de sangrado, dolor abdominal o cualquier otra emergencia o cuando se necesita otro tipo de asesoramiento. Debe de ser consignado por escrito.
- Programar la tercera consulta, a las 32 semanas (o cerca).



Mantener los registros completos

- Actualizar el expediente clínico.
- Completar la HCPS y el carnet perinatal. Entregarle este carnet, orientándole que lo traiga a todas las consultas para que sea atendida adecuadamente.
- Actualizar el registro de mujeres en estado grávido.

Tercera consulta:

Debe realizarse a las 32 semanas de embarazo o alrededor de esa fecha y su duración se estima 20 minutos como mínimo. Si no asistió a la segunda consulta, la tercera debe incluir todas las actividades de la segunda visita y la duración debería extenderse tanto tiempo como sea necesario. Los exámenes y las pruebas se limitan a medir la presión sanguínea, la altura uterina, realizar un análisis de tira reactiva múltiple para detectar bacteriuria, proteinuria y hemoglobina de rutina. Se debe prestar especial atención a la detección de gemelares durante el examen abdominal y la medición de la altura uterina.

Las referencias se basarán en síntomas y hallazgos que requieren intervención especial. Por ejemplo, hemoglobina alta (mayor de 13 g/dl.) en ausencia de otros síntomas puede significar crecimiento fetal anormal, ante esto se debe garantizar una consulta extra en la semana 36 para evaluar el crecimiento fetal o la necesidad de hacer una referencia. Si en el mismo momento, la altura uterina esta por debajo de lo esperado o es indicativa de retardo de crecimiento fetal, se refiere para valorar hospitalización.

Algunas mujeres tendrán su parto antes de la siguiente consulta programada. Por lo tanto se debe de prestar atención extra al proporcionar información y consejos acerca del trabajo de parto (por ejemplo, que hacer en caso de dolor abdominal o pérdida de líquido amniótico) insistiendo en el parto institucional y asegurándose de la presencia de una partera altamente capacitada en el momento del nacimiento. Las instrucciones escritas deberían reafirmar el consejo verbal y se deberían revisar los planes con instrucciones para llegar al hospital.



También se debería estimular a la mujer para que hable con su pareja acerca del esparcimiento entre este y el próximo nacimiento y las opciones anticonceptivas, para que al concluir sus cuatro consultas prenatales, haya elegido un método de Planificación Familiar ¡Será demasiado tarde esperar el post parto para hablar de la anticoncepción! Aún así, promuévase la importancia de la consulta puerperal incluyendo las recomendaciones para la Lactancia Materna Exclusiva y la Anticoncepción, para asegurar que la mujer sea controlada en la unidad o establecimiento en la semana posterior al parto.

Obtener información sobre:

Antecedentes personales: Tener en cuenta cualquier cambio o acontecimiento desde la segunda consulta.

Antecedentes obstétricos: revisar los temas relevantes de los antecedentes obstétricos como se registro en la primera visita y como se controló en la segunda.

Embarazo actual

Síntomas y acontecimientos desde la segunda visita: dolor abdominal o lumbar (¿líquido amniótico?). Otros síntomas o acontecimientos específicos.

Cambios en las características corporales o la capacidad física, observado por la misma mujer, su pareja u otro miembro de la familia.

Movimientos fetales.

Control de hábitos: tabaquismo, alcohol, otros.

Realizar el examen físico

- Medir la presión sanguínea.
- Peso materno.



- Valores de altura uterina anotarlos en el gráfico del carnet perinatal y hacer la curva de crecimiento fetal según semanas de amenorrea.
- Palpar el abdomen para detectar embarazo múltiple.
- Latidos cardíacos fetales: usar el estetoscopio o un Doppler manual (si se dispone de uno).
- Edema generalizado
- Otro signo de alarma de enfermedad: disnea, tos, etc.
- Si hay sangrado transvaginal: referir.
- Examen de mamas.

Realizar las siguientes pruebas:

Orina: repetir el análisis de tira reactiva múltiple para detectar infección urinaria, proteinuria; si persiste el resultado positivo después de ser tratada en una visita previa derivar la paciente a una unidad especial.

Sangre: hemoglobina a todas las mujeres.

Evaluar para realizar una referencia oportuna:

- Reevaluar: el riesgo basado en la evidencia desde la segunda consulta y las observaciones hechas en la consulta actual.
- Síntomas inesperados: derivar como se requiera.
- Si hay sangrado: referir a una unidad de mayor resolución.
- Evidencia de preeclampsia, hipertensión y/o proteinuria: referir según posibilidades de valoración por un recurso debidamente capacitado.
- Sospecha de retardo de crecimiento fetal (valores de altura uterina por debajo de lo esperado o indicativo de retardo de crecimiento: referir).



- Sospecha de embarazo gemelar: referir para confirmación y determinar el lugar del parto.
- Si la hemoglobina se mantiene por debajo de 7 g/dl: referir.
- Si la hemoglobina es mayor de 13 g/dl: citar para una nueva valoración antes de las 36 semanas para controlar el crecimiento fetal, la presión sanguínea y la posibilidad de proteinuria. Si en la nueva consulta se destacan nuevas anomalías en el crecimiento fetal o la presión sanguínea o si se encuentra proteinuria: se debe referir.

Implementar las siguientes intervenciones:

Hierro: continuar con suplementación. Si la hemoglobina es menor de 7 g/dl, derivar.

Vacunación antitetánica: segunda dosis.

Consejos, pregunta y respuesta y programación de la próxima consulta.

- Repetir los consejos brindados en la primera y segunda consulta.
- Dar consejo sobre las medidas a tomar en caso de trabajo de parto (o amenaza).
- Preguntas y respuestas: momento para la comunicación libre.
- Volver a confirmar la información escrita sobre a quién llamar y dónde ir en caso de emergencia o cualquier otra necesidad.
- Planes para asegurar que haya algún medio de transporte disponible en caso de que fuera necesario durante el trabajo de parto.
- Brindar recomendaciones sobre lactancia, anticoncepción y la importancia de la consulta post parto.
- Programar la cita para la cuarta consulta, a las 38 semanas (o cerca).
- Orientación de técnicas respiratorias para el trabajo de parto.



Mantener los registros completos

- Actualizar y completar el expediente clínico.
- Revisar y completar los datos de la HCPS. Entregar el carnet a la paciente y aconsejarle que lo traiga siempre consigo para que reciba una atención adecuada en cualquier consulta.

Cuarta consulta:

Debe ser la última, tiene lugar entre la semana 36 y 38. En esta consulta es extremadamente importante detectar aquellas mujeres con fetos en presentación podálica para su referencia a un nivel superior para evaluación obstétrica. Toda la información sobre que hacer, a quien llamar y donde ir (a que servicio de salud) cuando comienza el trabajo de parto o en caso de otro síntoma, se confirmará por escrito y se comunicará no solo a la paciente sino también a los miembros de la familia y/o amigos.

Se debe aconsejar a las mujeres que, si no han tenido su parto para el final de la semana 41 (41 semanas completas o 290 días) se les debe aconsejar que vayan directamente al hospital para ser sometidas a una evaluación y posible inducción del trabajo de parto utilizando el mejor método disponible. La recomendación se realiza teniendo en cuenta el beneficio no comprobado de todos los métodos de vigilancia fetal comúnmente usados en los embarazos prolongados. Se estima que el número de mujeres que no habrán tenido su parto para el final de la semana 41 sería del 5% al 10% aunque no siempre se recomienda la inducción de rutina, la evidencia disponible demuestra que la inducción del trabajo del parto después de la 41 semanas completas no esta asociada con ningún riesgo importante en lugar de ello, reduce el riesgo de líquido amniótico teñido de meconio y la muerte perinatal y no aumenta los índices de cesárea en mujeres con cuello uterino desfavorable. Además podría reducir los índices global de cesárea si la inducción se realiza correctamente.

La unidad de salud deberá coordinar esta conducta con su centro de referencia. Estos centros de referencia deberán estar preparados para estas consultas y tratar a las mujeres de acuerdo al protocolo acordado.



Durante la cuarta consulta debe completarse el expediente clínico, la HCPS y el carnet perinatal y esta debe entregarse a la mujer. Durante esta consulta se debe informar nuevamente a la paciente sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva y la anticoncepción así como la disponibilidad de métodos anticonceptivos en el consultorio para puérperas.

Obtener información sobre:

Antecedentes personales: tener en cuenta cualquier cambio o acontecimiento desde la tercera consulta.

Antecedentes obstétricos: revisión final de los antecedentes obstétricos respecto a cualquier complicación en el parto previo.

Embarazo actual

- Síntomas y acontecimientos desde la tercera visita: dolor contracciones (¿trabajo de parto prematuro?), sangrado, flujo vaginal (¿líquido amniótico?), otros síntomas o acontecimientos específicos.
- Cambios en las características corporales o la capacidad física, observado por la mujer, su pareja u otro miembro de la familia.
- Movimientos fetales.

Realizar el examen físico

- Medir la presión sanguínea.
- Peso materno.
- Valores de altura uterina registrar en gráfico.
- Detectar embarazo gemelar.
- Situación (longitudinal, transversa) y presentación fetal (cefálica y podálica).



-
- Latidos cardíacos fetales: usar el estetoscopio o un Doppler manual si está disponible.
 - Revisar si hay edema de miembros o generalizado
 - Otro signo de enfermedad: disnea, tos, etc.
 - Si hay sangrado o presencia de líquido amniótico: derivar a hospital.

Realizar las siguientes pruebas:

Orina: repetir la prueba de tira reactiva múltiple para detectar infección del tracto urinario, proteinuria; si persiste el resultado positivo después de ser tratada en una consulta anterior referir al hospital. Repetir la prueba de proteinuria solo si la mujer es nulípara o si tiene antecedente de hipertensión, preeclampsia o eclampsia en un embarazo previo.

Evaluar para derivación:

- Reevaluar: el riesgo basado en la evidencia desde la tercera consulta y las observaciones hechas en la visita actual.
- Síntoma inesperado: referir si se requiere.
- Si hay sangrado: referir si se requiere.
- Evidencia de preeclampsia: referir a una unidad de mayor resolución.
- Sospecha de retardo de crecimiento fetal (valores de altura uterina por debajo de lo esperado: referir).
- Sospecha de embarazo gemelar: disponer para el parto en el hospital.
- Sospecha de presentación podálica: referir para atención obligatoria en el hospital.



Implementar las siguientes intervenciones: continuar con el hierro, según lo amerite.

Consejos, pregunta y respuesta y programación de la próxima consulta.

- Repetir consejos de las visitas anteriores.
- Dar consejo sobre las medidas a tomar en caso de comenzar el trabajo de parto o tener pérdida del líquido amniótico.
- Dar consejo sobre lactancia materna exclusiva.
- Preguntas y respuestas: momento para la comunicación libre.
- Volver a confirmar la información escrita sobre a quién llamar y dónde ir (lugar de parto) en caso de trabajo de parto o cualquier otra necesidad.
- Programar la cita: si no tuvo su parto para el final de la semana 41 (establecer la fecha y escribirla en la ficha de CPN), ir al hospital para el control.
- Programar la cita para el control puerperal. Brindar recomendaciones sobre lactancia materna exclusiva y anticoncepción, cuidados del recién nacido/a, maternidad y paternidad responsable, continuidad del proyecto de vida.

Mantener los registros completos.

- Completar el expediente clínico.
- Completar la HCPS y el carné perinatal. Dar el carnet perinatal a la gestante y aconsejarle que lo traiga consigo al hospital o a cualquier consulta adicional que pueda tener con un servicio de salud.

Barreras por el cual el Control Prenatal no es eficaz:

- 1) Inadecuada capacidad del equipo de salud (calidad de la atención, tiempo, etc.).
- 2) Problemas en la organización de la atención.
- 3) Barreras de orden cultural.



4) Inaccesibilidad geográfica.

5) Falta de promoción y apropiación de su importancia. (5)

Indicadores normados para evaluar los estándares de calidad en CPN 12-

Criterios:

1) Antecedentes personales y obstétricos.

2) Medición de talla.

3) Examen de mamas.

4) Semana de amenorrea.

5) Medición del peso.

6) Determinación de la presión arterial.

7) Medición de la altura uterina.

8) Auscultación de la FCF después de las 20 SG.

9) Movimientos fetales después de 18 SG.

10) Aplicación de Vacuna Antitetánica.

11) Solicitud de exámenes (Grupo y RH, PAP, VDRL/RPR, EGO, HEMOGLOBINA, Toxotest, Glicemia, Prueba VIH, Ultrasonido Obstétrico).

12) Evaluación del estado nutricional. (1)



MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio: Descriptivo. Transversal.

Área de estudio: Comprende el puesto de salud Lea Brackette, en el área de atención integral a la mujer, componente del Control Prenatal. Este puesto de salud esta ubicado en el municipio de Bluefields, barrió Fátima, de la esquina conocida como Radio Zelaya 50 metros al sur. Cubriendo los programas básicos priorizados por el MINSA: Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia (AIMNA), Morbilidades Generales, Programa Ampliado de Inmunizaciones, Unidad de Rehidratación Oral, Curaciones y esterilizaciones de materiales. Contando con cubículos separados para cada programa, 6 auxiliares de enfermería, 3 licenciadas en enfermería, 2 médicos generales y 1 médico en servicio social; con algunos de los recursos materiales básicos en mal estado, sin camas para manejo de observación, no se realiza atención de partos. El componente CPN es atendido directamente por el médico en servicio social con actividades complementarias por personal de enfermería (toma de presión arterial, talla, peso), se cuenta con un consultorio médico dividido por una cortina del consultorio de enfermería, con un canapé, una camilla ginecológica en mal estado, pesa con tallímetro, gestograma, cinta métrica, un escritorio y dos sillas.

Población de estudio: el universo fueron todas las mujeres embarazadas que asistieron al puesto de salud Lea Brackette y el personal que atiende a las usuarias del Control Prenatal en el período comprendido del 1 de Noviembre de 2005 al 28 Febrero de 2006.

Fuente de información:

- **Primaria:** a través de una encuesta directa a las usuarias embarazadas que asistieron al CPN y las prestadoras de este servicio para el abordaje de los aspectos de satisfacción.



- **Secundaria:** por medio de revisión de expediente médico, donde se evaluaron los registros de los estándares de calidad de control prenatal.

Procedimientos:

Para realizar el estudio se llevó la propuesta al encargado del programa CPN en el puesto de salud Lea Brackette, a quien se le explicó los objetivos de la investigación, solicitando su permiso y colaboración para llevarla a cabo. Se practicó prueba piloto a 10 embarazadas atendidas por este programa en otro puesto de salud de la ciudad.

El equipo de trabajo que desarrolló las actividades de recolección y análisis estuvo compuesto por los dos autores del estudio. Realizando la revisión de los expedientes de las embarazadas en el registro diario de captaciones y consultas en el período de estudio, procediendo al llenado de la ficha pre-elaborada obteniendo los estándares de calidad. Posteriormente, los autores y dos enfermeras quienes pilotearon y estandarizaron el uso del instrumento, realizaron las encuestas a las usuarias y prestadoras de servicios del programa de CPN.

Instrumento de recolección de datos:

Se elaboró un formulario para la encuesta que comprende aspectos relacionados con la satisfacción de la atención de las usuarias y las prestadoras de servicios.

Para la revisión de los expedientes se elaboró una ficha que comprende los 12 criterios en el cumplimiento de los estándares en la atención del control prenatal (CPN), usados para la medición del desempeño esperado del cumplimiento de normas establecidas por el MINSA. (1)

Procesamiento y análisis:

El análisis de los resultados de la encuesta se elaboró por: agrupación de los datos en cifras absolutas y relativas, utilizando el programa estadístico de Epi Info versión 6.04.A partir de la frecuencia de registro llenado correcto de la HCPS (estándares de calidad) y encuesta de satisfacción de usuarias y prestadoras de servicio se tabularon las informaciones.



Operacionalización de variables

Variable	Definición operativa	Indicador	Escala	Valor
Ocupación de las prestadoras de servicio	Área en la que se desempeña él/la entrevistado(a).	Encuesta	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Médico ➤ Auxiliar ➤ Licenciada 	
Sexo	Rasgo fenotípicos que caracteriza a cada individuo de este estudio.	Información brindada por el/la encuestadas.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Femenino ➤ Masculino 	
Edad	Años cumplidos desde su nacimiento hasta el momento de la encuesta.	Información brindada por el/la encuestas.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 10-14 año ➤ 15-19 año ➤ 20-34 año ➤ 35-45 año 	
Escolaridad	Nivel académico logrado hasta este momento de estudio.	Información dada el/la encuestada.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Alfabeto ➤ Primaria ➤ Secundaria ➤ universitaria 	
Ocupación de las usuarias	Actividad laboral en la que actualmente se desempeña.	Información dada por las encuestadas.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ama de casa ➤ Estudiante ➤ Obrera 	



Operacionalización de variables

Variable	Definición operativa	Indicador	Escala	Valor
Satisfacción de las usuarias	Opinión subjetiva de los usuarios sobre la orientación de los servicios hacía sus necesidades.	Encuesta	<ul style="list-style-type: none"> - Tiempo de espera para recibir atención médica. - Trato brindado por el personal de admisión. - Atención proporcionada por personal de enfermería. - Atención dado por el personal médico. - Trato proporcionado por el personal de la farmacia. - Cobertura en la realización de sus exámenes de laboratorio. - Privacidad en la atención recibida. - Limpieza del consultorio médico. - En general cómo es la atención. 	9: satisfecho 5-8: poco satisfecho < 5: no satisfecho



Operacionalización de variables

Variable	Definición	Indicador	Escala	Valor
Satisfacción de prestadoras de servicio.	Distintos puntos de vista de los prestadores de servicios hacia sus necesidades y el trabajo que desempeñan.	Encuesta	<ul style="list-style-type: none"> - Visión de la institución. - Ambiente laboral. - Relación interpersonal. - Relación con superiores. - Comunicación. - Valoración de las usuarias de su trabajo. - Imagen de las usuarias según la percepción de la prestadora de servicio de la unidad de salud. - Capacitación sobre CPN. - Recursos materiales en la institución. 	11 Muy satisfecho 7-10 Satisfecho 4-6 Poco satisfecho < 4 No satisfecho



Operacionalización de variables

Variable	Definición	Indicador	Escala	Valor
Estándares de calidad	Es la medida del desempeño esperado del cumplimiento de las normas establecidas.	Registros de los estándares en el expediente clínico.	<ul style="list-style-type: none"> - Antecedente obstétrico y familiares. - Talla. - Exploración de mamas. - Semana de amenorrea -Peso. - P/A. - Altura uterina. - FCF. - Movimiento fetal. - Vacuna antitetánica. - Exámenes de laboratorio. - Estado nutricional. 	<p>12 criterios cumple</p> <p>< 12 criterios no cumple</p>



Consideraciones éticas:

- 1- A todas las usuarias y prestadoras de servicios entrevistadas se le pidió consentimiento para realizar el presente estudio, así como también se les explicaron los objetivos del estudio.
- 2- El 100% de las usuarias aceptaron participar y dieron consentimiento verbal y en la menores de edad fue dado por familiar cercano o responsable, verbalmente también.
- 3- Se advirtió que cualquier problema, deberían comunicarlo directamente y de inmediato al investigador.
- 4- Se aclaró a las usuarias que la información que ellas nos brindaron fue confidencial y su participación en nuestro estudio es voluntario y que ellas podían detener la entrevista en el momento que lo desearan.
- 5- Al momento de recolectar la información se tomaron todas las medidas para mantener la privacidad debida.



RESULTADOS

I- Encuestas:

I-1. Caracterización Socio-Demográfica de las Usuaris:

Se entrevistaron 140 embarazadas del componente CPN. En su caracterización sociodemográfica el grupo etáreo más representado fue el de 20 a 34 años (58%) seguido grupo de 15 a 19 años (34%), las de 10 a 14 años (4%) y el grupo de embarazadas mayores de 35 años (4%).

En relación al nivel de escolaridad de las usuarias, un 42% habían cursado la primaria, un 35% habían cursado la secundaria y el 13% tenían nivel universitario, un 8% eran analfabetas, y un 2% sabían leer y escribir.

Con respecto a la ocupación encontramos que el 67.9% eran amas de casa, 10.7% eran estudiantes, y 21.4% eran mujeres económicamente activas.

I-2. Satisfacción de las Usuaris:

En cuanto al tiempo de espera el 12% refiere haber esperado más de una hora para ser atendidas, el 45% de 31 minutos a una hora, el 43% menos o igual de 30 minutos. El 59% opinan que este margen de tiempo es aceptable, el 29% que es mucho tiempo de espera, y el 12% consideraron corta la espera para la atención.

En cuanto a la percepción del trato recibido en la unidad de salud:

Atención brindada por la admisionista:

- | | |
|---------------|---------------------------|
| 1. Muy buena: | 10 entrevistadas (7.1%) |
| 2. Buena: | 104 entrevistadas (74.3%) |
| 3. Regular: | 24 entrevistadas (17.1%) |
| 4. Mala: | 2 entrevistadas (1.4%) |

*Atención brindada por la enfermera:*

1. Muy buena: 56 entrevistadas (40%)
2. Buena: 82 entrevistadas (59%)
3. Regular: 2 entrevistadas (1%)

Atención brindada por el personal médico:

1. Muy buena: 47 entrevistadas (33%)
2. Buena: 80 entrevistadas (57%)
3. Regular: 12 entrevistadas (9.3%)
4. Mala: 1 entrevistada (0.7%)

*Atención de la farmacia:**1. Entrega del medicamento:*

- a. Todo: 117 usuarias (83.6%)
- b. La mitad: 22 usuarias (15.7%)
- c. Nada: 1 usuaria (0.7%)

2. Explicación de cómo tomarse el medicamento:

- a. Todo el tiempo: 91 usuarias (65%)
- b. En ocasiones: 29 usuarias (20.7%)
- c. Nunca: 20 usuarias (14.3%)

Realización de los exámenes de laboratorio:

1. Todos: 131 usuarias (94%)



2. Algunos: 9 usuarias (6%)

Limpieza de la institución:

1. Muy buena: 2 encuestadas (1.4%)

2. Buena: 96 encuestadas (69%)

3. Regular: 38 encuestadas (27.1%)

4. Mala: 4 encuestadas (2.9%)

Privacidad durante la atención médica:

1. Muy buena: 5 encuestadas (3.6%)

2. Buena: 66 encuestadas (47.1%)

3. Regular: 68 encuestadas (48.6%)

4. Mala: 1 encuestadas (0.7%)

Percepción de la atención en general:

1. Muy buena: 26 usuarias (18.6%)

2. Buena: 96 usuarias (68.6%)

3. Regular: 18 usuarias (12.9%)

I – 3. Caracterización Socio-Demográfica de las Prestadoras de Servicio:

3. a. Personal del programa de AIM del puesto de salud Lea Brackette:

- Una *auxiliar de enfermería* de 49 años, con escolaridad secundaria.
- Una *licenciada en enfermería* (responsable del programa) de 28 años.



➤ Un *médico en servicio social* de 26 años, asignado a la atención de las embarazadas y de la morbilidad femenina, obligaciones asumidas en su ausencia por un médico general del Puesto de Salud.

3. b. Satisfacción que el personal siente por su trabajo:

√ *Satisfacción por su desempeño laboral:*

➤ El 33.3% refirió sentirse muy satisfecha de su desempeño laboral.

➤ El 66.7% se sienten satisfechas.

√ *Imagen de la institución en que laboran:*

➤ El 66% tienen regular imagen de la institución.

➤ El 33% tienen buena imagen.

√ *Relación interpersonal:*

➤ 33.3% buena.

➤ 33.3% regular:

➤ 33.3% mala.

√ *Comunicación con sus respectivos responsables:*

➤ Como muy buena un 33.3%

➤ Buena el 33.3%

➤ Un 33.3% opina que es regular.

√ *Ambiente laboral:*

➤ El 66.7% refieren que es regular.

➤ Como bueno un 33.3%



√ *Valoración de su trabajo por parte de la institución:*

➤ El 66.7% (2 prestadoras de servicio) refieren que la institución valora su trabajo como regular.

➤ Para un 33.3% (1 prestadora de servicio) como bueno.

√ *Satisfacción de las usuarias según la percepción de las prestadoras de servicio:*

➤ Satisfechas: 2 encuestadas (66.7%)

➤ Poco Satisfechas: 1 encuestada (33.3%)

√ *Capacitaciones que han recibido las prestadoras de servicio:*

➤ Muy buena: 1 encuestada (33.3%)

➤ Buena: 2 encuestadas (66.7%)

√ *Equipamiento y condiciones de los recursos materiales:*

➤ Las 3 encuestadas (100%) coinciden en que los materiales están en regulares condiciones.

➤ Las 3 encuestadas (100%) refieren que les hace falta Doppler y martillo de reflejos.



II - Revisión de expedientes clínicos:

Tabla No. 1: Cumplimiento de los estándares de calidad en los registros de los expedientes clínicos del programa Control Prenatal del Puesto de Salud Lea Brackette, Bluefields – RAAS, comprendido en el período de 1 noviembre 2005 al 28 febrero 2006.

Estándares de calidad	Número de expedientes que lo cumplen (n = 200)	Porcentaje de cumplimiento (n = 200)
1. Antecedentes personales y obstétricos.	197	98.5%
2. Medición de talla.	199	99.5%
3. Examen de mamas.	192	96%
4. Semana de amenorrea.	200	100%
5. Medición del peso.	200	100%
6. Determinación de la presión arterial.	200	100%
7. Medición de la altura uterina.	197	98.5%
8. Auscultación de la FCF después de las 20 SG.	199	99.5%
9. Movimientos fetales después de 18 SG.	197	98.5%
10. Aplicación de Vacuna Antitetánica.	151	75.5%
11. Solicitud de exámenes de laboratorio	194	97%
12. Evaluación del estado nutricional	181	90.5%

Fuente: Secundaria



DISCUSION

En Nicaragua uno de los retos del Ministerio de Salud es fortalecer cada día más la atención médica a nivel primario, promoviendo el bienestar binomio madre – hijo y a la vez previniendo complicaciones. Es por eso que el programa de atención integral a la mujer y al niño a través de sus diferentes componentes, como el control prenatal, tratan de vigilar el desarrollo de la gestación desde cambios fisiológicos preconceptionales, así como el embarazo mismo y sus cuidados postnatales.

Para una mejor atención se debe de dirigir los recursos hacia los grupos etéreos mas vulnerables de tal manera es importante valorar a cada embarazada individualmente para poder así determinar y prevenir complicaciones graves.

Durante la realización de nuestro trabajo investigativo tuvimos dificultades como la escasez de información disponible de investigaciones y literaturas relacionadas al tema en estudio, esto producto de la características sociodemográficas de la región y a la poca importancia histórica que se le ha dado por parte de la institución competente. También observamos la falta de coordinación por parte del SILAIS-RAAS y la UNAN-León para el desarrollo del proceso investigativo de las tesis.

Pero también obtuvimos fortalezas para culminar la investigación como fue el apoyo que nos brindaron las distintas instituciones como el SILAIS-RAAS, la UNAN-León, la cooperación de las prestadoras de servicio del puesto de salud en estudio y las usuarias.

La mayoría de las usuarias incluidas en el estudio están comprendidas en la edad entre 20 a 34 años, lo que corresponde con las edades fisiológicas recomendadas por la OMS para la etapa reproductiva, con un nivel de escolaridad primaria, la que es propia en las estadísticas de la zona por la dificultad de accesibilidad a las escuelas por la geografía de la región y escasez de recursos económicos, eran amas de casa, que corresponde a otros estudios ya que la mayoría de nuestras mujeres se dedican a las labores del hogar.



La mayoría refieren que el tiempo de espera es de una hora, sin embargo también la mayoría consideró esto aceptable para ellas; no correspondiendo con las literaturas consultadas ya que estas refieren que el usuario deberá esperar como máximo 30 minutos para ser atendidas, pero esto es subjetivo ya que depende de la percepción y estado de cada usuario.

Con respecto a la calidez humana del personal de salud resultó que es buena ya que no se refirieron casos de maltratos y las dudas de las pacientes fueron respondidas. En general las embarazadas refieren estar satisfechas de manera general con la atención recibida en el puesto de salud, ya que la mayoría cuentan con la entrega de todo el medicamento, explicándosele el uso de este, la realización de los exámenes de laboratorio y la buena limpieza de la unidad, a pesar que el lugar donde se brinda la atención médica no es apropiado ya que no cuentan con la privacidad necesaria.

Las prestadoras de servicio en su mayoría refieren que han tenido una buena capacitación para el desempeño de su trabajo estando satisfechas con esto, a pesar de las diferentes opiniones con respecto a las relaciones interpersonales entre ellas y su superior; no contando con un ambiente laboral adecuado, y con una imagen regular de la institución, lo que podría originar desmotivación, poca cooperación, no apropiando los objetivos de la institución traduciendo esto en la regular satisfacción que ellas perciben.

En cuanto a la revisión del correcto llenado del carnet perinatal para la evaluación de los 12 criterios de estándares de calidad, el 85% de estos cumplían correctamente. El 15% de los expedientes tenían incompletos los registros de los estándares de calidad, los criterios que más frecuentemente se encontraron faltantes fueron, la falta de aplicación de la vacuna antitetánica (24.5%), la valoración del estado nutricional (9.5%), la realización del examen de mama (4%) y la solicitud completa de los exámenes de laboratorio (3%). Una minoría de expedientes presentaba datos faltantes en relación a los antecedentes familiares y personales de las embarazadas, a la percepción de los movimientos fetales, a la medición de talla y altura uterina, y a la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal.



Este mal registro del expediente de la embarazada, esta asociado a la gran cantidad de usuarias que son atendidas, ya que hay un solo médico asignado para el programa de Atención Integral a la Mujer lo que incide negativamente al llenado correcto del expediente clínico, lo que limita las posibilidades de prevención de las futuras complicaciones o de intervención en su (s) patología (s) ya existente (s).



CONCLUSIONES

- ✚ Las usuarias asistentes al componente Control Prenatal en su mayoría fueron de 20 a 34 años, amas de casa con nivel educacional primario.
- ✚ Con una satisfacción de atención buena según sus percepciones, en tiempo de espera, trato humano y recursos materiales con los que cuenta la unidad de salud estudiada.
- ✚ No sintiéndose satisfechas con la privacidad del consultorio médico.
- ✚ Las prestadoras de servicio del componente Control Prenatal son tres trabajadoras de salud, de sexo femenino, que han sido bien capacitadas por la institución para el desempeño de sus labores.
- ✚ El ambiente laboral es difícil, hay dificultades en las relaciones interpersonales y carencias de recursos materiales.
- ✚ La atención que ellas brindan les genera una satisfacción regular.
- ✚ El cumplimiento de los estándares de calidad en los expedientes clínicos en su mayoría fue correcto, aunque hubo llenado incorrecto de la aplicación de vacuna antitetánica, valoración del estado nutricional, llenado adecuado de los antecedentes familiares y personales de las usuarias, la medición de la talla, altura uterina, auscultación del FCF, percepción de los movimientos fetales, realización del examen de mamas y exámenes de laboratorio.



RECOMENDACIONES

- ❖ Mejorar las condiciones de infraestructura del consultorio médico garantizándoles a las embarazadas su privacidad al momento de la atención en el programa de control prenatal.
- ❖ Promover talleres y capacitaciones a las prestadoras de servicio que les permita mejorar las relaciones interpersonales y el buen llenado del expediente clínico con la visión del mejoramiento laboral.
- ❖ Equipamiento del programa con los instrumentos necesarios para brindar con mayor calidad la atención a las usuarias (Doppler, martillo de reflejos).
- ❖ Realizar el monitoreo periódico de los estándares de calidad (cada mes), con informes en dónde están las debilidades, para mejorar el cumplimiento de estos.
- ❖ Aunque tenemos una buena información acerca del cumplimiento de los objetivos del control prenatal es necesario profundizar más este estudio de acuerdo a la estructura y al proceso de atención del programa.
- ❖ Realizar campañas publicitarias que promuevan y despierten la atención de las mujeres en relación a la importancia del control prenatal para disminuir riesgos de morbi-mortalidad.
- ❖ Promocionar en los municipios de la Región Autónoma del Atlántico Sur estudios similares para conocer su situación en el manejo de los controles prenatales ya que es una zona que ocupa los primeros lugares en muerte materna e infantil.



BIBLIOGRAFÍA

- 1- Ministerio de Salud. Estándares e indicadores de calidad de proceso de atención de la embarazada y del recién nacido. Segunda edición. Managua, Nicaragua. Febrero 2004.
- 2- Ministerio de Salud. Plan nacional de reducción de la mortalidad materna, perinatal e infantil. Managua, Nicaragua, 2000.
- 3- SILAIS-RAAS. Informe anual del programa de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia (AIMNA). Bluefields, 2004-2005.
- 4- Galiano Peñalba, Clelia. Valoración de la cobertura del programa de Atención Integral a la Mujer en la comarca de Chacara Seca. Tesis de Grado – UNAN León, 2002.
- 5- Schwarcz, Ricardo Leopoldo, y cols. Obstetricia. Quinta edición. Librería Editorial El Ateneo. Buenos Aires, 1999.
- 6- Bolaños Caballero, Yesenia. Evaluación de los objetivos del Control Prenatal en mujeres embarazadas que asisten al centro de salud de Sutiaba en el período de marzo-junio 2003. Trabajo de investigación presentado en JUDC UNAN-León, 2003. Nicaragua.
- 7- Barreto Arias, Violeta. Promoviendo una cultura de calidad en las sedes SILAIS. Proyecto de promoción de la salud integral de la mujer (PROSIM-GTZ). Nicaragua, 2004.
- 8- MINSA. Normas para la atención prenatal, parto de bajo riesgo y puerperio. Managua, Nicaragua, 1997.
- 9- Piura López, Julio. Introducción a la metodología de la investigación científica. Cuarta edición. CIES, 2000.



ANEXOS



**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua – León.
(Instrumento utilizados para la recolección de datos).**

Ficha No 1

Valoración de la satisfacción de las usuarias del componente CPN en el puesto de salud Lea Brackette de la ciudad de Bluefields - RAAS.

Su información será confidencial

.Edad: _____ **escolaridad:** _____

Ocupación _____ **sexo:** _____

1) ¿Cuánto tiempo espera para ser atendida? :

10 -20 minutos _____ 21-30 minutos _____ 31-1 hora _____ más de 1 hora _____

2) ¿Que opina del tiempo de espera?

Mucho tiempo _____ poco tiempo _____ Aceptable _____

3) ¿Cómo fue el trato que le brindo la admisionista?

Muy bueno _____ bueno _____ regular _____ malo _____

4) ¿Cómo fue el trato brindado por enfermería?

Muy bueno _____ bueno _____ regular _____ malo _____

5) ¿Cómo fue el trato brindado por el personal médico?

Muy bueno _____ bueno _____ regular _____ malo _____

6) ¿En la farmacia le entregaron el medicamento que le prescribió el medico?

Todo _____ la mitad _____ nada _____

7) ¿El encargado de la farmacia le explicó como tomar el medicamento?

Todo el tiempo _____ en ocasiones _____ nunca _____

8) ¿En el laboratorio le realizaron todos los exámenes?

Todos _____ algunos _____ ninguno _____

10) ¿Cómo considera la limpieza de la institución?

Muy buena _____ buena _____ regular _____ mala _____

11) ¿Cómo considera que fue la privacidad durante la atención?

Muy buena _____ buena _____ regular _____ mala _____

12) ¿En general como considera fue la atención recibida?

Muy buena _____ buena _____ regular _____ mala _____



**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua - León
(Instrumento utilizados para la recolección de datos).**

Ficha No 2

Valoración de la satisfacción de las prestadoras de servicio del componente CPN en el puesto de salud Lea Brackette de la ciudad de Bluefields- RAAS.

Su información será confidencial

.Edad:_____ **escolaridad:**_____

Ocupación_____ **sexo:**_____

I- Como proveedor del componente CPN. ¿Esta satisfecho con la función que usted desarrolla en la unidad?

Muy satisfecho ___ satisfecho_____ poco satisfecho_____ no satisfecho_____

II- ¿Que imagen tiene de la institución donde labora?

Muy buena_____ buena_____ regular _____ mala_____

III ¿Cómo son las relaciones interpersonales?

Muy buenas ___ buenas_____ regular_____ malas_____

IV ¿Cómo es la comunicación con su responsable?

Muy buena _____ buena _____ regular_____ mala_____

V ¿Cómo es el ambiente laboral?

Muy bueno_____ bueno_____ regular_____ malo_____

VI ¿Cómo considera que la institución valora el trabajo que usted hace?

Muy bueno_____ bueno_____ regular_____ malo _____

VII ¿Considera que la población esta satisfecha con la atención recibida?

Muy satisfecha___ satisfecha___ poco satisfecha___ no satisfecha_____

VIII Si usted ha recibido capacitación en este programa como ha sido

No ha recibido_____ Muy buena___ buena___ regular___ mala_____

IX En el programa donde labora como son los medios materiales: tensiómetro, centímetro, gestograma, pesa, camilla ginecológica, doppler, espéculo.

Muy buenos_____ buenos _____ regular_____ malas_____ no hay_____



**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua – León.
(Instrumento utilizados para la recolección de datos).**

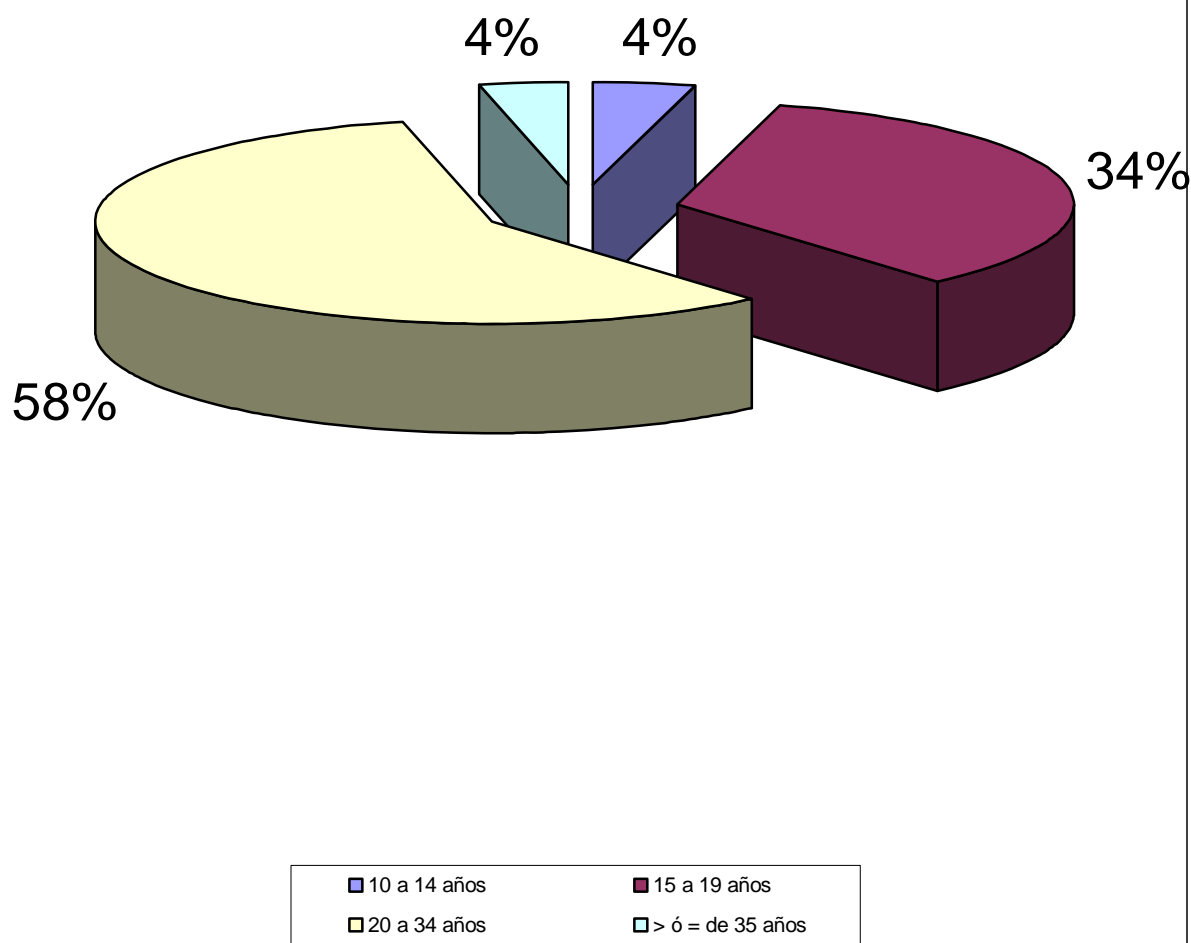
Ficha No-3

Valoración del registro en los expedientes clínicos del cumplimiento de los estándares de calidad en la atención del control prenatal (CPN) en el puesto de salud Lea Brackette de la ciudad de Bluefields – RAAS.

- I- ANTECEDENTES PERSONALES Y OBSTÉTRICOS: SI_____NO_____
- II- MEDICIÓN DE LA TALLA: SI_____NO_____
- III- EXAMEN DE MAMA: SI_____NO_____
- IV- SEMANAS DE AMENORREA: SI_____NO_____
- V- MEDICIÓN DE PESO: SI_____NO_____
- VI- DETERMINACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL: SI_____NO_____
- VII- MEDICION DE LA ALTURA UTERINA: SI_____NO_____NA_____
- VIII- AUSCULTACIÓN DE FCF DESPUÉS DE 20 SG SI_____NO_____NA_____
- IX- MOVIMIENTOS FETALES DESPUÉS DE 18 SG SI_____NO_____NA_____
- X- APLICACIÓN DE VACUNA ANTITETÁNICA SI_____NO_____
- XI- SOLICITUD DE EXÁMENES SI_____NO_____
- XII- EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL SI_____NO_____



Gráfico No. 1: Distribución porcentual por grupo etáreo de las usuarias del componente Control Prenatal, puesto de salud Lea Brackette, Bluefields - RAAS, 01 noviembre al 28 de febrero 2006.

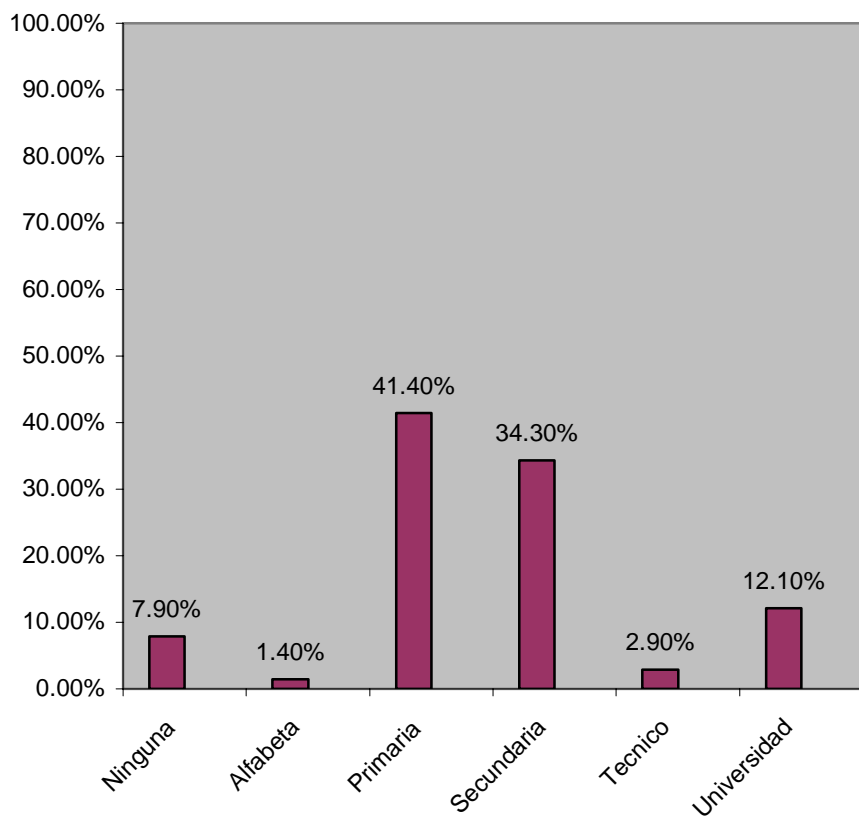


Fuente: Primaria

n=140



Gráfico No. 2: Distribución porcentual del nivel de escolaridad de las usuarias del componente Control Prenatal, puesto de salud Lea Brackette, Bluefields -RAAS, 01 noviembre 2005 al 28 febrero 2006.

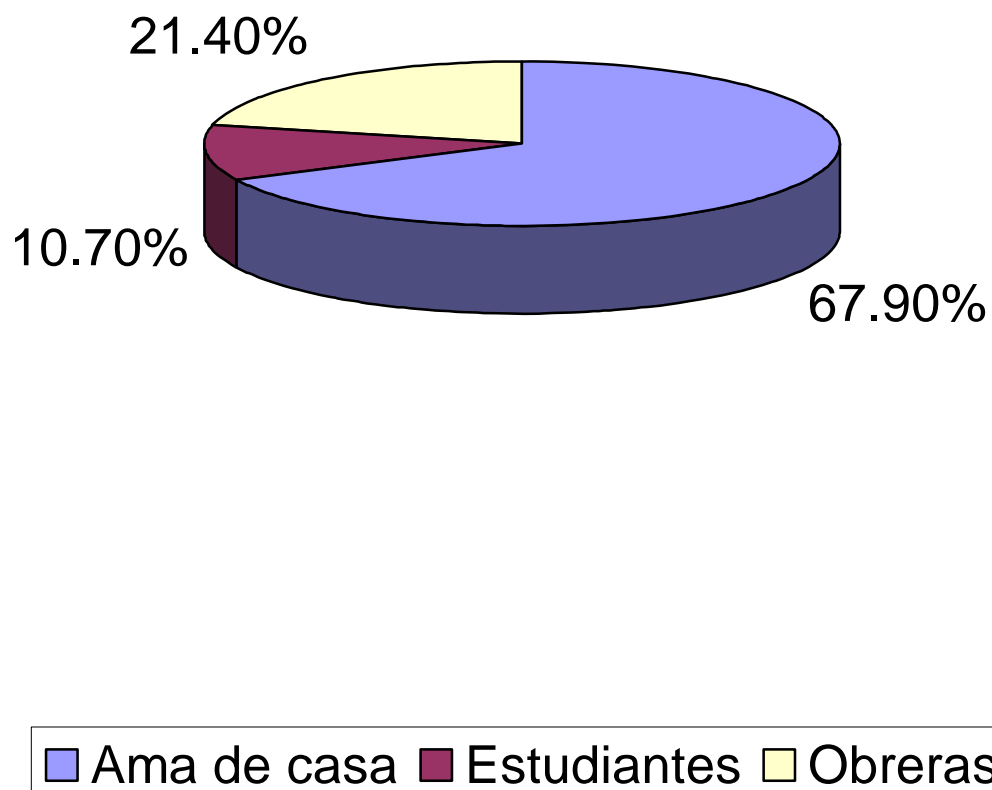


Fuente: Primaria

n =140



Gráfico No. 3: Perfil ocupacional de las usuarias del componente Control Prenatal, puesto de salud Lea Brackette, Bluefields - RAAS, 01 noviembre al 28 febrero 2006.

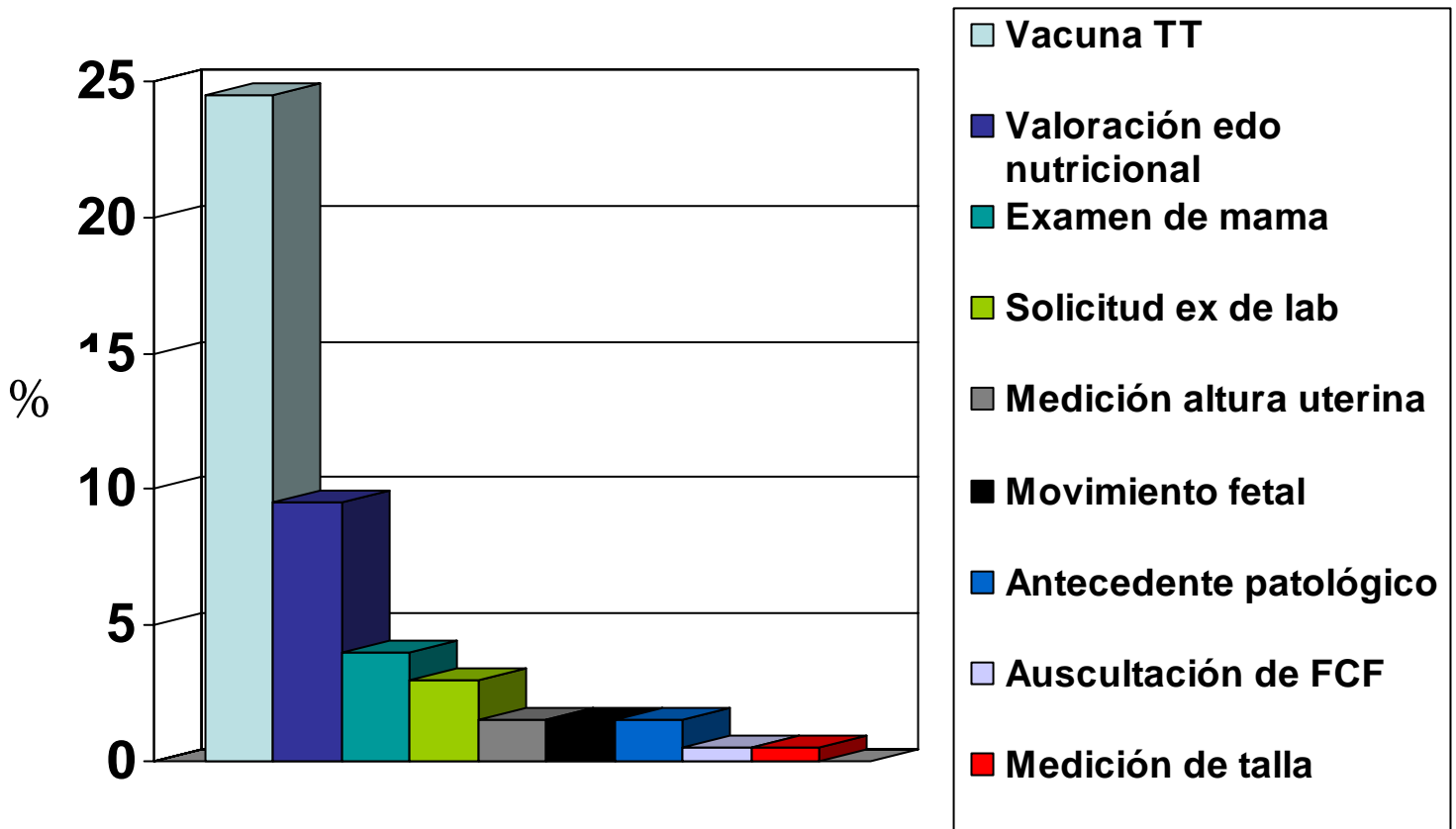


Fuente: Primaria

n =140



Gráfico No. 4: Porcentajes de incumplimiento de los estándares de calidad del componente Control Prenatal en los expedientes clínicos, puesto de salud Lea Brackette, Bluefields – RAAS, 01 noviembre al 28 febrero 2006.



Fuente: Secundaria

n =200