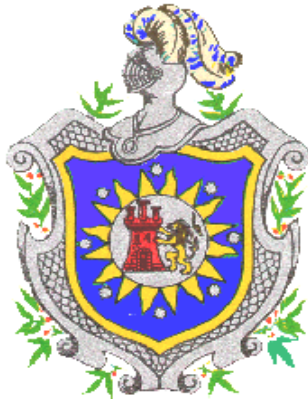


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.
UNAN-LEON.



TESIS DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL TITULO DE
Doctor en Medicina y Cirugía

CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES DE CALIDAD EN EL
LLENADO COMPLETO DE LA HISTORIA CLINICA PERINATAL
EN LOS CENTROS DE SALUD DE CUSMAPA, LAS SABANAS,
SAN LUCAS. MADRIZ.

ENERO –DICIEMBRE DEL 2007.

AUTOR:

Br. Tania Elizabeth Salgado Torres

TUTOR:

Dra. Yasmina Mayorga.

Gineco- obstetra.

ASESOR:

Dr. Juan Ramón Almendares

Master en Salud pública.

INTRODUCCION.

La mortalidad materna y perinatal son indicadores de la eficacia en la atención que se le brinda a la mujer embarazada, guardando una estrecha relación con muchos determinantes que influyen en la salud de la mujer embarazada y sus niños por nacer. Estos incluyen las condiciones socioeconómicas, educacionales, políticas, sociales, de las organizaciones de salud de la comunidad, y a sus recursos financieros y humanos, así como también varían de acuerdo a la geografía, el clima, las condiciones de vivienda y sus características culturales.

Nicaragua tiene una de las tasas de mortalidad materna más altas de América Latina cuya cifra se estima en 150 muertes por cada 100 mil nacidos vivos, una cantidad "exagerada" si la comparamos con Costa Rica que no supera las 25 muertes por cada 100 mil nacidos vivos. En 2005, la tasa de mortalidad materna fue de 89.6/100,000 nacidos vivos. De los 17 SILAIS, solamente Madriz y Boaco no reportaron muertes maternas, siendo los SILAIS con mayor número de casos acumulados: Matagalpa 23 (17.2%) Managua 18 (13.5%), RAAN 17 (12.7%), RAAS 16 (12.7%) y N. Segovia 12 (9%).^{1, 2}

El programa de control prenatal surge en Nicaragua en 1980 como estrategia del ministerio de salud (MINSAL) en busca de brindar a la población femenina una atención adecuada durante el embarazo. Para 1987 se integra al control prenatal la historia clínica perinatal base (HCPB) elaborada por el Centro Latinoamericano de Perinatología en la región de las Américas (CLAP), con el fin de que la información obtenida en este documento ayude a disminuir la mortalidad materna y perinatal con la inclusión de procesos de comunicación, educación y evaluación de los servicios de salud para mejorar la satisfacción de las usuarias^{3, 4, 5, 6, 7}

La historia clínica perinatal base (HCPB) es una hoja de uso sencillo, de bajo costo que cumple con la finalidad de reunir una serie de datos fáciles de obtener que ayudan de manera directa a mejorar calidad de atención de las pacientes, facilita al personal de salud a aplicar las normas de atención a la embarazada y ofrecer elementos básicos para la supervisión de los centros de atención. Es un documento de alto valor médico, gerencial, legal y académico; su correcta administración y gestión contribuye a optimizar los establecimientos de salud, identificar a las pacientes de alto riesgo obstétrico para su mejor valoración y manejo, proteger los intereses legales de la paciente, personal de salud, así como proporcionar información con fines de investigación y docencia.⁸

Ha pesar de todos los esfuerzos para mejorar el sistema de salud desde la aplicación de las normas propuestas por el MINSA, es frecuente encontrarnos deficiencias, desde captaciones tardías del embarazo, pocos controles prenatales, y un llenado incompleto de la historia clínica perinatal que se ha convertido en una desafortunada costumbre en la práctica médica moderna. A través de este estudio pretendo conocer si se está cumpliendo con los estándares de calidad en el llenado completo y correcto de la HCPB ya que este es un documento de gran importancia que tiene como objetivo la prevención, clasificación y manejo integral de la embarazada.

ANTECEDENTES

A nivel mundial las tasas de mortalidad materna si bien han disminuido, aun continúan altas, es por ello que se ha venido realizando esfuerzos para brindar una mejor atención que detecte los riesgos para dar una oportuna valoración. Para 1997 en nuestro país se ha venido impulsando la aplicación de procesos de monitorización de indicadores y medir lo que conocemos de los estándares de calidad que se cumplen en toda usuaria embarazada que demande los servicios de atención prenatal.⁹

En 1985 a nivel nacional diversos investigadores han venido estudiando la calidad de atención prenatal brindada por el MINSA. Ese mismo año un estudio realizado por las doctoras Acevedo y Zapata encontraron graves deficiencias en el cumplimiento de las normas sobre todo en llenado de la HCPB.¹⁰

En 1990 un estudio realizado por las doctoras Altamirano y Salas sobre el manejo de la HCPB en el primer y segundo nivel de atención revelo un alto porcentaje de expedientes con llenado inadecuado y captación tardías¹¹. Otro estudio sobre el uso de la tarjeta perinatal en pacientes del servicio de emergencia del HEODRA en 1990 se encontró que solo el 33% había uso adecuado y un mal llenado de la HCPB.¹²

En un estudio de 1996 realizado en las unidades urbanas de Bluefields por los doctores García Y Saavedra refleja deficiencias en el conocimiento de las normas, falta de uso del sistema de referencia del embarazo de riesgo obstétrico y un incorrecto llenado de la HCPB.¹³

En el 2003 se realizó un estudio similar sobre la aplicación de los estándares de calidad en el llenado de la HCPB, pero sobre la atención prenatal la cual no incluía parto, puerperio y recién nacido, en Nueva Segovia por el doctor Benítez encontrando que solo 21.8% tenían un buen llenado de HCPB. ¹⁴

JUSTIFICACION

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

Nicaragua siendo uno de los países más pobres de América, cuenta con un presupuesto muy bajo para el sector salud, que muchas veces no cubre con las necesidades básicas en la atención de la población. Por lo que el MINSA ha priorizado el programa control prenatal, aplicando diversas estrategias y normas que contribuyan a que el personal de atención primaria se capacite en conocimientos y actitudes para abordar de manera adecuada a la mujer embarazada.

Los estándares e indicadores definidos por el ministerio de salud a través de las direcciones del primero y segundo nivel de atención, nos permite medir el nivel de calidad de atención, de los servicios médicos brindados al binomio madre-hijo, en las diferentes unidades de salud del país, por lo que han sido enfocados en los procesos de la atención en salud y de esta manera mejorar la atención.²

Al realizar el presente estudio sobre el cumplimiento de los estándares de calidad en el llenado de la historia clínica perinatal base, pretendo conocer las deficiencias del personal de salud, en cuanto al llenado de la HCPB en los centros de salud de Cusmapa, Las Sabanas y San Lucas, en el departamento de Madriz. Donde actualmente no se han realizado estudios similares y que la información obtenida en este estudio se dará a conocer a las autoridades de Salud del SILAIS-Madriz (Quienes avalan el estudio) para que tomen las medidas pertinentes con el fin de mejorar la aplicación de los estándares de calidad en el llenado de la HCPB y poder contribuir de alguna manera a mejorar la atención a la embarazada y al recién nacido; reduciendo así la morbi-mortalidad materna y neonatal de esta región alejada.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿En qué medida se están cumpliendo los estándares de calidad en el llenado completo de la historia clínica perinatal en los Centros de Salud de Cusmapa, las Sabanas y San Lucas. Matriz. Enero-Diciembre 2007?

OBJETIVOS.

- **Objetivo general:**

Determinar el cumplimiento de los estándares de calidad en el llenado completo de la historia clínica perinatal en los centros de salud de Cusmapa, Las Sabanas, San Lucas. Madriz. Enero-Diciembre 2007.

- **Objetivos específicos:**

1. Determinar el personal de salud que brinda atención a la mujer embarazada, puérpera y el recién nacido.
2. Identificar el nivel de cumplimiento en el llenado correcto y completo de la historia clínica perinatal, según las normas propuestas por el Ministerio de Salud.
3. Identificar el porcentaje de pacientes que egresaron con métodos de planificación familiar en las unidades de salud.

MARCO REFERENCIAL

CONTROL PRENATAL

Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal. Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbilidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna.¹⁵

Schwartz define al control prenatal como serie de contactos, entrevistas y visitas programadas de la embarazada con el integrante del equipo de salud, donde el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.¹⁶

El control prenatal es eficiente, cuando cumple con cuatro requisitos básicos que son:

1. Precoz o temprano:

Tratando que sea desde el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones del formato, protección y recuperación de la salud, que constituye la razón fundamental del control. Además se da una identificación precoz del embarazo de alto riesgo.

2. Periódico o continuo:

La frecuencia de los controles varían según el riesgo que exhibe la embarazada. Las de alto riesgo necesitan una mayor cantidad de consultas, cuyo número varía según el tipo de problema que presenten. Las de bajo riesgo requieren un número menor, que difiere en distintos lugares.

El MINSA establece que deben realizarse como mínimo cuatro controles prenatales el primero antes de las 20 semanas, el segundo entre las 20 y las 24 semanas, el tercero de las 28 a las 32 semanas y el cuarto de las 36 a las 38 semanas

La organización mundial de salud considera que un buen control prenatal es aquel que se realiza antes del tercer mes con 8-12 consultas, de las cuales el médico debe realizar el primero

3. Completo o integral:

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 nacidos sanos.

4. Extenso o de amplia cobertura:

Cada territorio debe conocer a todas sus embarazadas y los embarazados esperados, se debe emplear metas de coberturas donde lo ideal será controlar el 100% de las embarazadas.^{16, 17}

Objetivos generales del control prenatal:

- Vigilar la evaluación del proceso de la gestación.
- Prevenir y detectar factores de riesgo.
- Detectar y tratar oportunamente y adecuadamente las complicaciones.
- Referir al nivel de mayor complejidad cuando corresponda.
- Brindar consejería en nutrición y estilos de vida saludable para que la embarazada preserve su salud.
- Lograr el parto en condiciones seguras preferiblemente institucional. ^{18,}
19.

CALIDAD

La calidad es el concepto clave hoy en día para el servicio de salud y la organización mundial de salud la define como:

- Un alto nivel de excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos.
- Un mínimo riesgo para el usuario.
- Un alto grado de satisfacción por parte del usuario.
- Impacto final en la salud.

Ya hace años que se está hablando de mejorar la calidad de la atención médica, pero la diferencia en los años noventa, es la existencia de sistemas y métodos superiores para asistir a las diferentes instituciones en dicha tarea. En la presente década este mejoramiento se ha convertido en una obligación. Casi todos los pacientes y profesionales de salud saben que la atención médica podría ser mejor, lo que ha llevado a muchos países a lanzar iniciativas de reforma de sus sistemas sanitarios.²⁰

La evaluación de programas y la valoración de calidad se relacionan en sustancia solo cuando el programa provee servicios personales de salud en cuyo caso es importante considerar si el programa tiene a la vez otras funciones. La valoración de la calidad, bajo circunstancia, mide el éxito del programa solo en una de sus funciones la prestación de servicios personales de salud.

Componentes de la calidad en los servicios de salud:

Un programa de mejoramiento del desempeño institucional requiere, desde el punto de vista metodológico, contar con indicadores capaces de dar cuenta de la calidad de la prestación ofrecidas por los servicios de salud.

- **Accesibilidad:**

Posibilidad de los usuarios de acceder a un servicio oportuno que de respuesta a sus necesidades de salud. Siendo afectado por los siguientes factores: geográficos (distancia, transporte, tiempo), Económicos, socioculturales, organizacionales.

- **Aceptabilidad:**

Percepciones de los usuarios sobre las diferentes dimensiones del servicio de términos de accesibilidad, relaciones interpersonales, seguimiento y competencia técnica.

- **Relaciones interpersonales:**

Interacción entre usuario y proveedores del servicio de salud. Siendo afectada por el conocimiento, situación ética, económica y estructura letárgica de los servicios de salud.

- **Integralidad:**

Aspectos biológicos, psicológicos, sociales, sexuales, culturales y circunstanciales que debe estar presente de manera interrelacionada en la atención en salud.

- **Competencia humana y técnica:**

Aplicación de conocimientos, habilidades y tecnologías actualizadas, desde una perspectiva científica y humana con relación a los factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y sexuales presente en las necesidades de salud de la población usuaria.

- **Participación:**

Posibilidad de incorporación de los usuarios a un mayor control de las variables que influyen sobre su vida y salud. Se trata de incorporar al usuario a todo el proceso de los servicios.²¹

ESTÁNDARES.

Son declaraciones establecidas por expertos que definen los referenciales o patrones de calidad de un producto o servicios. Es utilizado en calidad principalmente en las metodologías de acreditación.

Las características de los estándares son: mensurables, alcanzables, claros, explícitos, simples, reales, congruentes con los objetivos y controlados con mediciones específicas.

Un estándar es un nivel de desempeño esperado y alcanzables, comparable con el nivel de desempeño actual; un nivel de calidad relevante para la actividad valorada. Resaltándose en los aspectos:

- Se especifica que es importante alcanzar a los niveles que se desean lograr.
- Se aplica para cualquier actividad o servicio. Se puede aplicar a un grupo de actividades o a un grupo de aspectos necesarios en cada actividad.^{2,22}

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL.

Se trata de un formulario único, de uso sencillo y bajo costo, que reúnen en una sola hoja una serie de preguntas que representan una guía sistematizada para la obtención de información vinculada con la atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido.²³

Teniendo como objetivos:

- Normatizar y unificar la recolección de datos.
- Facilitar la comunicación de los hospitales con los efectores del primer nivel.
- Favorecer el cumplimiento de las normas.

- Permitir el procesamiento de datos locales.
- Formar un banco de datos perinatales.
- Implementar un sistema de vigilancia epidemiológica perinatal.
- Servir de base para planificar la atención perinatal.
- Identificar y caracterizar a la población asistida.
- Realizar investigaciones desde los servicios de salud.
- Evaluar la asistencia desde los servicios de salud.
- Identificar y priorizar problemas de salud en el campo perinatal.
- Comparar resultados entre instituciones, regiones, provincias y países.
- Facilitar la auditoria de casos.

La HCPB cuenta con casilleros de color amarillo que indican algunas de las características que pueden estar asociadas con mayor riesgo perinatal. Con esta modalidad se pretende alentar al equipo de salud para facilitar la toma de decisiones que las normas locales dispongan.²³

LLENADO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL.

Es un documento de fácil llenado para cualquier profesional de salud que realice atención obstétrica. Según los estándares e indicadores de calidad en la atención a la embarazada y el recién nacido propuesta por el MINSA son 39 actividades normadas las que se evalúan en el llenado de la historia clínica perinatal.^{2, 24}

IDENTIFICACIÓN DE LA EMBARAZADA:

DOMICILIO/LOCALIDAD:

Se refiere a la residencia actual de la embarazada. Registrar calle, número y la localidad. Si no pudiera identificar el domicilio con estos datos, anotar otra regencia que facilite su localización.

EDAD:

La edad en años cumplidos de la embarazada. Si es menor de 19 años o mayor de 35 años marcar la casilla amarilla.

ALFABETA:

Si lee y escribe marcar SI, en caso contrario marcar NO.

ESTADO CIVIL:

El del momento de la primera consulta, casada legalmente, unión estable, soltera u otros en caso de viuda o divorciada.

ANTECEDENTES FAMILIARES, PERSONALES Y OBSTÉTRICOS.

FAMILIARES/ PERSONALES.

Los familiares se refieren a los pacientes cercanos de la embarazada (padres, hermanos, abuelos e hijos) y su cónyuge en casos de procesos infecciosos o de anomalías congénitas. Los personales a los propios de la embarazada. En caso necesario se podrá ampliar en la hoja de observaciones.

OBSTÉTRICOS:

Llenar los casilleros correspondientes interrogando a la embarazada en la secuencia indicada. El número de gesta, por corresponder a antecedentes, no incluye al actual embarazo y colocar 00 si el actual es el primero. Recordar llenar casillas amarillas en caso de nulípara o más de partos, RN menor de 2500 gr, gemelares. Cada parto múltiple se registra como una gesta con dos o más partos y con dos o más hijos. La suma de abortos y partos deberá ser igual al numero de gestas, excepto en caso de antecedentes de gemelares.

En FIN ANTERIOR EMBARAZO anotar la fecha de finalización del embarazo anterior, ya que trate de parto o aborto.

RN CON MAYOR PESO anotar el peso en gramos del recién nacido, vivo o muerto que peso mas.

EMBARAZO ACTUAL.

MEDICIÓN DEL PESO:

El peso en kilogramos de la mujer embarazada en todos los controles prenatales.

MEDICIÓN DE TALLA:

La medida estando de pie y descalza, en centímetros de la embarazada al ingreso del programa control prenatal.

SEMANAS DE AMENORREA:

Las cumplidas desde el primer día de la FUM hasta fecha de la actual consulta.

EXAMEN DE MAMAS:

Examen físico de mamas que se realiza a la embarazada durante el ingreso al programa.

DETERMINACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL:

Es la toma de este signo vital de gran importancia en donde se deberá tomar a la paciente en posición sentada. La sistólica (máxima) y diastólica (mínima).

MEDICIÓN DE LA ALTURA UTERINA.

Corresponde a la medida en centímetros de la altura uterina utilizando la cinta de CLAP, desde la sínfisis del pubis hasta el fondo uterino.

AUSCULTACIÓN DEL FCF DESPUÉS DE LAS 20 SG:

La frecuencia cardíaca fetal en latidos por minuto. Para valorar vitalidad fetal.

MOVIMIENTOS. FETALES DESPUÉS DE LAS 18 SG.

Movimientos fetales percibidos por la embarazada. Presentes (+) o ausente (-) según corresponde.

APLICACIÓN DE LA VACUNA ANTITETÁNICA:

Aplicación de la vacuna durante el embarazo

SOLICITUD DE EXAMENES:

Llenado de los resultados de exámenes de laboratorio que se le solicitan a la embarazadas. (EGO, VDRL, Hb)

EMBARAZADA CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO QUE SE APLICÓ DEXAMETAZONA.

Marcar SI o NO el uso de maduración pulmonar si fue completo, incompleto, múltiple. Se debe anotar la semana de gestación en el que se inició.

APLICACIÓN DE 10 U DE OXITOCINA EN MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO.**PUERPERIO:**

El puerperio es una etapa de cambios y de mucho riesgo por lo que las normas le da gran importancia exigiendo la toma de signos vitales, características de los loquios y la involución uterina cada 30 minutos por 2 horas y luego cada 4 horas.

- Temperatura corporal.
- Pulso
- Presión arterial.
- Involución uterina
- Loquios.

EGRESO MATERNO:**CONSEJERÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR.**

Pacientes a las que se les brindó consejería de planificación familiar.

RECIBIÓ MÉTODO DE PLANIFICACIÓN.

Pacientes que recibieron algún método de planificación.

RECIÉN NACIDO.

En este acápite se valora las condiciones del recién nacido desde:

- El sexo.
- Peso al nacer.
- Talla en cm.
- Perímetro cefálico.
- Pagar al minuto y cinco minutos.
- Reanimación.
- Examen físico.
- Temperatura corporal.
- Alojamiento conjunto.
- Aplicación de vitamina K
- Profilaxis oftálmica.
- Apego precoz.

EGRESO DEL RECIÉN NACIDO:

- Buena tolerancia oral
- Signos vitales estables (temperatura, FC, FR)
- Buena Coloración
- Promoción de la lactancia materna exclusiva
- Higiene del RN
- BCG aplicada

DISEÑO METODOLOGICO.

TIPO DE ESTUDIO:

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal sobre la evaluación del llenado completo y adecuado de la historia clínica perinatal base. A partir de la aplicación de los estándares de calidad. En los Centros de salud de Cusmapa, Las Sabanas y San Lucas. Departamento de Madriz, en el período Enero-Diciembre del 2007.

ÁREA DE ESTUDIO:

Programas de control prenatal en los centros de salud de Cusmapa, Las Sabanas y San Lucas en el Departamento de Madriz. Ubicados al norte del país aproximadamente a 280, 290 y 306 Km de la capital Managua. Cada centro de salud cuenta con un médico y un personal de enfermería que atiende el programa de atención prenatal. Con un total de usuarios en los tres municipios de 338,000 pobladores.

UNIDAD DE ANÁLISIS

Se analizaron los expedientes clínicos que tengan Historia Clínica Perinatal de pacientes con partos institucionales en los Centros de salud de Cusmapa, Las Sabanas y San Lucas. En el departamento de Madriz. En el período de Enero-Diciembre del 2007.

POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Fueron todas las pacientes con partos institucionales y que el expediente clínico cuente con historia clínica perinatal, el cual correspondió a 151 expediente clínico, en los centros de salud de Cusmapa, Las Sabanas y San Lucas. Madriz. En el período de Enero-Diciembre del 2007.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Que las mujeres hayan tenido su parto entre el 1^{ro} de Enero y el 31 de Diciembre del 2007.
- Pacientes con parto institucional
- Que el expediente clínico tenga historia clínica perinatal con los datos del ingreso, parto, puerperio y recién nacido.
- Que la paciente haya tenido un mínimo de 4 controles en el embarazo.

FUENTE DE INFORMACIÓN:

La fuente de información fue secundaria a través del expediente clínico de las pacientes. Que corresponde al análisis de la Historia clínica perinatal que contenga los datos del parto, puerperio y del recién nacido, en el periodo Enero-Diciembre 2007.

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

La información se recolectó con la hoja de monitoreo de la nueva Historia clínica perinatal propuesta por el Ministerio de Salud, además de los indicadores e instrumentos a monitorear en el primer nivel de atención para la reducción de mortalidad materna y perinatal. Dichos datos se recolectarán a través del análisis directo de los expedientes clínicos de cada embarazada.

PLAN DE ANÁLISIS:

Los datos fueron procesados y analizados en el programa EPI INFO 6.0, con estimación de frecuencia simple, los resultados se expondrán en tablas y gráficas de todas las actividades normadas en la Historia clínica perinatal cuyo indicador será: el porcentaje de mujeres que se les llenó su HCPB registradas en el expediente y se tomará como buena si alcanza un porcentaje del 80% y lo que se encuentre por debajo de este valor se catalogará como un déficit en la obtención y llenado de la HCPB

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	VALOR
DATOS PERSONALES.	Datos individuales personales.		
EDAD	Edad en años cumplidos.	Número de HCPB con registro de la edad	SI NO
DOMICILIO	Lugar de residencia habitual.	Número de HCPB con registro de domicilio	SI NO
ESCOLARIDAD	Nivel académico o años de estudios cursados.	Número de HCPB con registro de escolaridad.	SI NO
ANTECEDENTES PERSONALES Diabetes, TB pulmonar, hipertensión, preclampsia/eclampsia, otros	Patologías que ha presentado la embarazada	Número de HCPB con antecedentes personales descritas.	SI NO
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS. Gesta, abortos, Partos, partos vaginales cesáreas, Nacidos vivos, nacidos muertos, viven, fin de anterior embarazo, embarazo planeado, fracaso método anticonceptivo	Historial obstétrico de la embarazada.	Número de HCPB que registró los antecedentes ginecobstétricos.	SI NO

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	VALOR
MEDICIÓN DE TALLA	Altura de la embarazada expresada en centímetros	Número de historias en que se registró la medición de la talla.	SI NO
EXAMEN DE MAMAS.	Examen físico de mamas que se realiza a la embarazada durante el ingreso al programa.	Número de historias en que se registró el examen de mamas.	SI NO
SEMANAS DE AMENORREA.	Las cumplidas desde el primer día de la FUM hasta fecha de la actual consulta.	Número de historias en que se registró las semanas de amenorrea.	SI NO
MEDICIÓN DE PESO	Peso en kilogramos de la mujer embarazada en todos los controles prenatales.	Número de historias clínicas con el registro de peso anterior.	SI NO
DETERMINACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL	Cifras de presión arterial en cada control prenatal	Número de historias clínicas con registro de la presión arterial.	
MEDICIÓN DE LA ALTURA UTERINA.	Medida en centímetros de la altura uterina utilizando la cinta de CLAP	Número de historias clínicas con registro de la altura uterina.	SI NO

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	VALOR
AUSCULTACIÓN DEL FCF DESPUÉS DE LAS 20 SEMANAS.	Auscultación de la frecuencia cardiaca fetal en cada control prenatal.	Número de historias clínicas con registro de la frecuencia cardiaca fetal.	SI NO
MOVIMIENTOS FETALES DESPUÉS DE LAS 18 SEMANAS	Movimientos fetales percibidos por la embarazada después de las 18 semanas	Número de historias clínicas con registro los movimientos fetales.	SI NO
APLICACIÓN DE VACUNA ANTITETÁNICA.	Vacuna toxoide tetánica aplicada a la embarazada	Número de historias clínicas con el registro de la aplicación de la vacuna	SI NO
SOLICITUD DE EXÁMENES Grupo y RH, PAP, VDRL, EGO, Hemoglobina	Llenado de los resultados de exámenes de laboratorio	Número de historias clínicas con el registro de los exámenes de laboratorio.	SI NO
AMENAZA DE PARTO PREMATURO. QUE SE LES APLICÓ DEXAMETAZONA.	Pacientes con amenaza de parto prematuro a las que se les aplicó maduración pulmonar.	Número de historias clínicas con el registro de pacientes con APP y aplicación de dexametazona.	SI NO
USO DE OXITOCINA EN MANEJO ACTIVO DEL ALUMBRAMIENTO	Aplicación de 10 u de oxitocina intramuscular en manejo del alumbramiento.	Número de historias clínicas con el registro de aplicación de oxitocina.	SI NO

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	VALOR
PUERPERIO Temperatura corporal, pulso, presión arterial, involución uterina, loquios.	transformaciones progresivas anatómicas y funcionales, con el regreso paulatino, de las modificaciones gravídicas	Número de historias clínicas con registro de los cinco parámetros de vigilancia de la puérpera.	SI NO
CONSEJERÍA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Pacientes a las que se les brindó consejería de planificación familiar.	Número de historias clínicas con registro de consejería de planificación familiar.	SI NO
MÉTODO DE PLANIFICACIÓN. FAMILIAR	Métodos usados por parejas o individuos sexualmente activos para prevenir embarazo.	Número de historias clínicas con registro de aplicación de métodos de planificación.	SI NO
RECIÉN NACIDO. Sexo, peso al nacer, longitud, perímetro cefálico, APGAR, reanimación, examen físico, temperatura corporal, alojamiento conjunto, apego precoz, vit K, profilaxis oftálmica.	Cambios fisiológicos de vida intrauterina a la extrauterina que determinan el cuidado del recién nacido y las patologías	Número de historias clínicas con registro de las doce actividades del recién nacido.	SI NO
EGRESO DEL RECIÉN NACIDO lactancia exclusiva, buena tolerancia, signos vitales, buena coloración, BCG.	Condiciones en las que se da de alta al recién nacido	Número de historias clínicas con registro del egreso recién nacido	SI NO

RESULTADOS.

En los centros de salud de Cusmapa, las Sabanas y San Lucas. En el departamento Madriz, durante el período de Enero a Diciembre del 2007, se registraron un total de 151 pacientes con partos institucionales. De las cuales el 81.5% (123) correspondían a mujeres del área Rural y un 18.5% (28) al área urbana (Ver anexo Grafico 1). El mayor porcentaje de mujeres embarazadas se encontraban entre las edades de 20 a 24 años con 33.8% (51), seguido de menor de 19 años con 25.2% (38) y sucesivamente de 25 a 29 años con 17.8% (27), de 30 a 34 años 16.5% (25) y mayor de 35 años 6.7% (10). (Ver anexo Tabla 1)

Los ingresos al programa de control prenatal en su mayoría fue realizado por personal médico con 70.8% (107) y tan solo un 29.2% (44) fue realizado por enfermera obstetra. La atención a la puérpera fue realizada exclusivamente por el personal médico con 100% y la atención del recién nacido fue brindada por el personal de enfermería con 80.1% (121) y un 19.9% (30) por el personal médico. (Ver anexo Tabla 2)

Se encontró que los ingresos tenía un buen llenado de los ítems concernientes a la identificación de la paciente, antecedentes familiares, personales y obstétricos en un 94% (142) de los expedientes estudiados. (Ver anexo Grafico 2)

Se encontró un buen cumplimiento en registro de la aplicación de la vacuna toxoide tetánica en un 100%, dicho dato se encontró tanto en la HCPB como en la nota de enfermería de cada expediente.

En lo referente a la talla de la embarazada se encontró registro en el 98% (148) de las HCPB, en cambio el registro del peso anterior al embarazo se dió en el 93.3% (141) y Tan solo un 3.9% (6) se registraba la evaluación del estado nutricional, siendo un dato muy alarmante. . (Ver anexo Tabla 3)

De los 151 expedientes clínicos revisados se encontró que solo el 12.5% (19) tenía el registro de la solicitud de exámenes de laboratorio y que al 91.3% (138) de las pacientes se les realizo Papanicolaou. (Ver anexo Grafico 3)

En la realización de examen físico se encontró que tanto el examen clínico completo y revisión de mamas estaban registradas en el 97.3% (147) de la HCPB. Un dato preocupante es que ninguna de la HCPB tenía el registro del examen odontológico. El 91.3% (138) de las HCPB se encontraba el registro de la valoración del cérvix.

(Ver anexo Grafico 4)

En cuanto a los ítems de la evolución del embarazo actual se encontró que un 98.6% (149) tenía el registro de la presión arterial, en la medición de la altura uterina se encontró un 99.3% (150), de las HCPB valoradas. Se encontró que el 98% (148) se registró la auscultación del foco cardiaco fetal después de la 20 semanas y en un 98.6%(149) se registró movimientos fetales después de las 18 semanas de gestación.

(Ver anexo Tabla 4)

Se identificó que a todas las pacientes con APP se les aplicó la primera dosis de dexametazona al momento del diagnóstico y en un 94.7% (143) de las púérperas se le aplicó 10U de oxitocina inmediatamente al nacimiento del recién nacido.

En las HCPB estudiadas se registró un 84.1% (127) en la toma de los signos vitales de la púérpera cada 30 minutos por 2 horas. (Ver anexo Grafico 5)

Tan sólo un 67.5% (102) de las pacientes se les dió consejería en la planificación familiar y un 51.6% (78) de las pacientes recibió un método de planificación familiar antes del egreso. (Ver anexo Grafico 6)

En la examinación del recién nacido se registro que el 96% (145) de los 12 criterios (Sexo, peso al nacer, talla, PC, APGAR, reanimación, examen físico, Temperatura, alojamiento conjunto, apego precoz, vitamina K, profilaxis oftálmica) se llenaron correctamente y que el 83.4% (126) de los 6 criterios (buena tolerancia oral, signos vitales estables, buena coloración, promoción de

lactancia materna, higiene del RN, aplicación de la BCG) del egreso del recién nacido se registraron en la HCPB. (Ver anexo Tabla 5)

Al registro de las 39 actividades normadas y propuesta por el ministerio de salud, se encontró que solamente el 28.4% (43) de las HCPB cumplieron de manera satisfactoria dichas normas. (Ver anexo Grafico 7)

La actividad más cumplida en el llenado de las 39 actividades normadas fue la aplicación de la vacuna toxoide tetánica y las que pobremente se cumplieron fueron en primer lugar la valoración del estado nutricional seguidas de la solicitud de exámenes y por ultimo la aplicación de método de planificación familiar antes del egreso.

DISCUSIÓN.

Con la introducción de los estándares e indicadores de calidad en la atención a la embarazada y recién nacido podemos recoger el quehacer del personal de salud del primero y segundo nivel de atención, y su medición ha permitido la identificación de oportunidades de mejora y el diseño de intervenciones rápidas basadas en equipos de trabajo para la mejora continua de la calidad con el objetivo de disminuir la morbilidad materno e infantil.²

En los centros de salud de Cusmapa, Las Sabanas y San Lucas ubicados en el departamento de Madriz se atendieron un total de 151 partos institucionales donde el 81.5% de las pacientes es eminentemente rural aportando mas del 90% de la población, por otro lado estas pacientes tienen poca accesibilidad pero se ha visto que estos municipios tienen un buen funcionamiento de la red comunitaria y estrategias de casa materna asegurando coberturas elevadas de partos institucionales.

Al valorar el cumplimiento e indicadores de los ítems relacionados con la identificación de la paciente (edad, domicilio, escolaridad, estado civil) se aprecia un buen llenado de la Historia clínica perinatal base. De igual manera se observó cumplimiento en el registro de antecedente patológicos personales, familiares y obstétricos, brindando datos de gran importancia que se transforman en una herramienta básica para obtener una mejor clasificación de los embarazos de alto riesgo obstétricos.¹⁸

En el acápite de embarazo actual revela que la mayoría de las HCPB tenían un buen llenado donde se incluye la talla, el peso y el examen de mamas con un 97.3% y el 91.3% de las pacientes se realizó Papanicolaou y examen de cérvix, donde las pacientes tuvieron una buena atención ya que con un buen examen físico se pueden identificar muchas de las patologías que afectan a las gestantes como patologías mamarias, cáncer de cuello. Pero un hecho muy preocupante es que ninguna de las pacientes tenía revisión odontológica no previniendo que un potencial foco séptico a nivel bucal representa riesgo para la madre y su producto, pero esto se debe a que ninguno de estos centros de salud cuenta con servicio odontológico.

Un hecho que llama la atención es que tan sólo el 12.5% de las pacientes tenían el registro de los exámenes de laboratorio (VDRL, EGO, Hb, tipo y RH) este puede obedecer a que los centros de salud no cuentan con laboratorio clínico, por lo que la paciente tiene que asumir los costos del pasaje a Somoto, tiempo y costos de los exámenes de laboratorio son altos en relación a las condiciones de vida de las mujeres, Lo que dificulta obtener información de utilidad para detectar patologías que pueden ser prevenidas o tratadas oportunamente.²⁴

En la atención prenatal se encontró que la medición de la presión arterial se cumplió en un 96.8% pudiendo identificar a tiempo el síndrome hipertensivo gestacional y ser manejado según las normas. También se identificó que más del 98% de las HCPB tenían el registro de la medición de la altura uterina, la auscultación del FCF después de la 20 semanas con la ayuda del doppler (ya que los centros de salud cuentan con importante instrumento) y movimiento fetal después de las 18 semanas identificando tanto la vitalidad fetal como el crecimiento del producto que nos permite encontrar patologías que tendrán que ser referidas para una valoración especializada.¹⁹

Durante el parto y el puerperio, dos condiciones de gran cuidado y vigilancia continua por el alto riesgo de mortalidad materna, revela que el 94.7% de las pacientes se les aplicó 10 u de oxitocina inmediatamente al nacimiento del bebé y que el 84.1% de las puérperas se cumplió con el monitoreo de signos vitales cada 30 minutos por 2 horas según normas del MINSA.

Durante el egreso materno solo el 51.6% de las puérperas recibió un método de planificación familiar un valor muy bajo a pesar que se les dió consejería, esto puede deberse a un bajo nivel de escolaridad de la mayoría de las pacientes ya que viven en comunidades rurales que no cuentan con escuelas y a las dificultades de comunicación que tiene el personal para abordar estos temas respetando la cultura propia.

En el 96% de los recién nacidos se cumplió con un buen examen físico y los cuidados fueron brindados en su mayoría por personal de enfermería ya que en los centros de salud solo se cuenta con un médico y una enfermera durante el turno. Durante el parto el personal médico se orienta a los cuidados de la madre y donde el recién nacido no tiene complicaciones, los cuidados de enfermería podrían ser suficientes. Solo cuando si se da una complicación en el recién nacido el médico interviene. En nuestro estudio, la atención que prevaleció fue por enfermería debido a que no presentaron dificultades mayores.

Se ha venido realizando múltiples estudios al programa de atención prenatal desde los años 80, todos ellos reflejan un déficit en la calidad de atención médica. Un estudio realizado por el Dr. Benítez y González en el 2003 sobre aplicación de los estándares de calidad se concluyó que tan sólo un pequeño porcentaje cumplió con las normativas de la atención prenatal, el presente estudio no rompe la regla en donde el 28.4% de los expedientes evaluados cumplieron con los estándares de calidad de las 39 actividades normadas por el MINSA.

Si bien es cierto que las normas y protocolos en la atención a la embarazada, puérpera y recién nacido se encuentran presentes, no todo el personal que brinda dicha atención las ponen en práctica. Si no hay conocimiento de dichas normas es difícil que le de un cumplimiento, por tanto es necesario una educación continua y monitoreo constante al personal de salud en contacto con la atención a la mujer gestante para lograr el fin máximo brindar una atención de calidad y por ende reducción de la morbilidad materno e infantil.

CONCLUSIÓN

- Se comprobó que se está realizando un buen y correcto llenado de los datos concernientes a la identificación de la paciente, antecedentes personales, familiares y obstétricos que satisfacen más del 80% que exigen las normas propuestas por el MINSA.
- La mayoría de los ingresos a atención prenatal lo realiza el personal médico al igual que la atención de la puérpera, pero no así con la atención del recién nacido quien en su mayoría lo realiza el personal de enfermería.
- Se está cumpliendo con el llenado de un buen examen físico, excepto con la valoración odontológica.
- Cumplimiento insatisfactorio a la hora de solicitar exámenes de laboratorio.
- No se está realizando valoración del estado nutricional de la embarazada.
- No a todas las puérperas se les está tomando los signos vitales cada 30 minutos por dos horas.
- Sólo la mitad de las puérperas recibió método de planificación.
- En la atención del recién nacido se está realizando un buen llenado de las HCPB.
- Solo un 28.4% de los expedientes cumplieron con los estándares de calidad en el llenado de las 39 actividades normadas por el ministerio de salud.

RECOMENDACIONES.

- Que todo ingreso a la atención prenatal sea realizado obligatoriamente por el personal médico al igual que la atención del recién nacido en la medida de lo posible.
- Organizar y sostener un programa de educación continua que involucre al personal de salud que realiza la atención a la embarazada, puérpera y recién nacido que abarquen aspectos de la atención y de la evaluación en el cumplimiento de las normas elaboradas por el MINSA.
- Ministerio de Salud deberá desarrollar acciones que faciliten el acceso a la realización de los diferentes exámenes de laboratorio de nuestras mujeres. Para estos municipios este estándar no debería ser utilizado para medir el desempeño del personal de salud.
- Que el personal médico que brinda la atención prenatal realice la valoración nutricional de la embarazada para identificar a tiempo cualquier eventualidad y poder ser referidas para atención especializada.
- Brindar mejor consejería sobre los métodos de planificación y su importancia durante la atención prenatal y puerperio para cubrir el 100% de las puérperas durante el egreso y continuar así su seguimiento.
- Promover la auto evaluación continúa por parte del personal que brinda la atención prenatal, puérpera y recién nacido en el cumplimiento y correcto llenado, tanto de la HCPB como también la aplicación de los estándares de calidad propuestas por el Ministerio de Salud de Nicaragua.

BIBLIOGRAFIA.

1. Nicaragua. Ministerio de salud. Indicadores básicos 2003 disponible en: www.minsa.gob.ni/inbasicos/2003
2. Nicaragua. Ministerio de salud. Estándares e indicadores de calidad de procesos de atención de la embarazada y del recién nacido. Febrero. 2004.
3. Nicaragua. Ministerio de salud. "Calidad de atención en los servicios de salud". 1995.
4. Nicaragua. Ministerio de salud. " Normas de atención del embarazo, parto, puerperio normal y de bajo riesgo ". Managua. 1988.
5. OPS/OMS. "Manual sobre el enfoque de riesgo en atención materno infantil". Serie Paltex 1981.
6. Pavón, Hipólito. "Evaluación de los servicios de salud". 2da edición. Editorial X y Z. Universidad del Valle. Cali, Colombia. 1987.
7. Nicaragua. Ministerio de salud. OMS/OPS. "Normas de atención prenatal, parto de bajo riesgo y puerperio normal y de bajo riesgo". Managua, Nicaragua. 1998.
8. Centro Latinoamericano de Perinatología y desarrollo humano (CLAP). Organización Panamericana de la salud. Organización mundial de la salud. Boletín sobre salud prenatal. Montevideo. Uruguay. Vol. 3. 1990. Pág. 130-132. Disponible en: www.clap.ops-oms.org/web/boletines%20y%20novedades/boletin%2010.

9. Nicaragua. Ministerio de salud. Atención prenatal. Normas para la atención prenatal, parto de bajo riesgo y puerperio. 1997.
10. Acevedo, Luz Marina. Cumplimiento de las normas en la atención prenatal. León, Nicaragua. 1985.
11. Altamirano Salguera, Lesbia. Manejo del carnet perinatal en el nivel primario y secundario. León. Mayo-Agosto. 1990.
12. Louise, Lahrell. Peña, Rodolfo. Uso de la tarjeta prenatal de Nicaragua. HEODRA, León. 1990
13. García Caballero, Gonzalo. Cumplimiento de las normas de control prenatal, en unidades urbanas de atención primaria de la ciudad de Bluefields. 1996.
14. Benítez, Francisco. Aplicación de estándares de calidad en el llenado de la historia clínica perinatal, en la atención prenatal. Centro de salud Vicente Godoy. Macuelizo, Nueva Segovia. Año 2003.
15. Nicaragua. Ministerio de salud. Control prenatal. Documento. 2001.
Pág. 1-6. Disponible en:
www.minsa.cl/ci/salud_mujer/documentos/control_prenatal.doc.
16. Schwartz. Ricardo. Ginecología y obstetricia. Quinta edición. Buenos Aires. 1995.
17. Sergio Casini, Gustavo A. Lucero Sainz, Martín Hertz y Elsa Andina. División obstetricia. Hospital Materno Infantil Ramón Sarda. Revista. Segunda edición. 2002. Pág. 53-54. Disponible en www.sarda.org.ar/Revista%20Sardá/2002/2002.

18. Faúndez A: Control Prenatal. En: Obstetricia. Pérez Sánchez, A., Donoso Siña, E. Eds. Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. Capítulo 12 - Segunda Edición, página 156-167, 1992. Disponible en: www.buenasalud.com.
19. Sistema informativo perinatal en la providencia de buenos Aires. Argentina. 1996.
20. Organización panamericana de salud. Gerencia de calidad. Volumen III. Pagina 1-4.
21. Salazar Castellano, Mariano. Calidad de la atención. Estrategias prioridades. OPS. SILAIS Granada. 1995.
22. Donabedian A. "La calidad de la atención medica". Definiciones y métodos de evaluación. Prensa medica mexicana. 1984. pagina 4-151.
23. Nicaragua. Ministerio de salud. "Manual de indicadores básicos para la evaluación de los servicios de atención de la mujer y la niñez". Managua. Marzo. 1995.
24. Nicaragua. Ministerio de salud. "Programa de calidad total en los servicios de salud". Managua. Agosto 1995.

ANEXOS

Gráfico 1. Procedencia de las pacientes ingresadas al control prenatal en los centros de salud Cusmapa, Las Sabanas, San Lucas. Madriz. 2007.

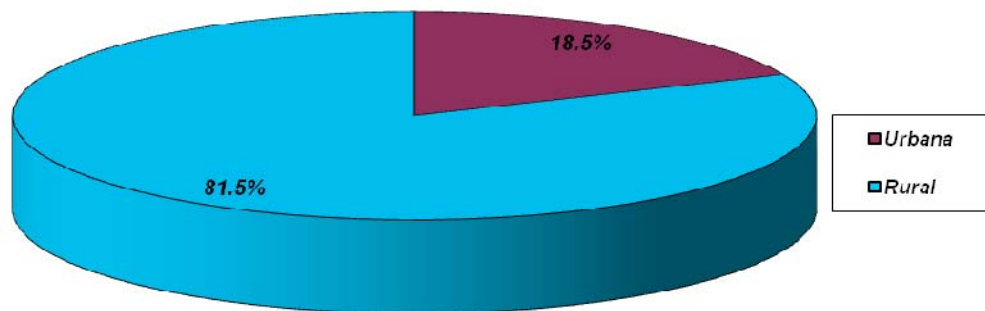


Tabla 1. Grupo de edades de las pacientes que ingresaron al programa de atención prenatal en los centros de salud Cusmapa, Las Sabanas, San Lucas. Madriz. 2007.

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje
Menor o igual de 19 años	38	25.2%
20 a 24 años	51	33.8%
25 a 29 años	27	17.8%
30 a 34 años	25	16.5%
Mayor o igual de 35 años	10	6.7%
TOTAL	151	100%

Tabla 2. Personal que brinda la atención a la embarazada, puérpera y recién nacido en los centros de salud Cusmapa, Las Sabanas, san Lucas. Madriz. 2007.

Personal de salud	Embarazada	Puérpera	Recién nacido
Medico	70.8%	100%	19.9%
Enfermera	29.2%	0%	80.1%
Total	100%	100%	100%

Gráfico 2. Porcentaje de items registrados en la identificación y antecedentes de las embarazadas en los centros de salud Cusmapa, Las Sabanas y San Lucas, Madriz. 2007

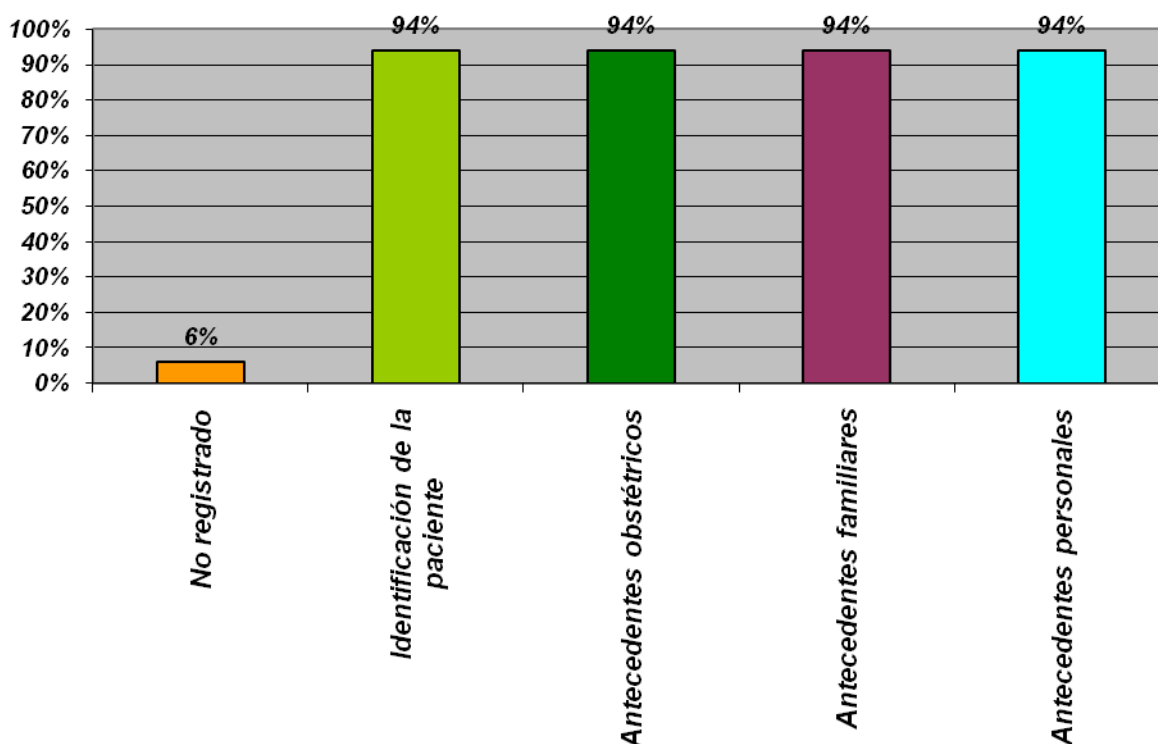


Tabla 3. Registro del peso anterior al embarazo, medición de la talla y valoración del estado nutricional a las embarazadas ingresadas en los centros de salud Cusmapa, las Sabanas, San Lucas. Madriz. 2007.

EXPEDIENTE

	SI	%	NO	%
Registro del peso en kg	141	93.3%	10	6.7%
Registro de la talla	148	98%	3	2%
Estado nutricional	6	3.9%	145	96.1%

Gráfico 3. Registro en la realización de exámenes laboratorio y papanicolaou en las embarazadas que acuden en los centros de salud Cusmapa, Las Sabanas y San Lucas. Matriz. 2007

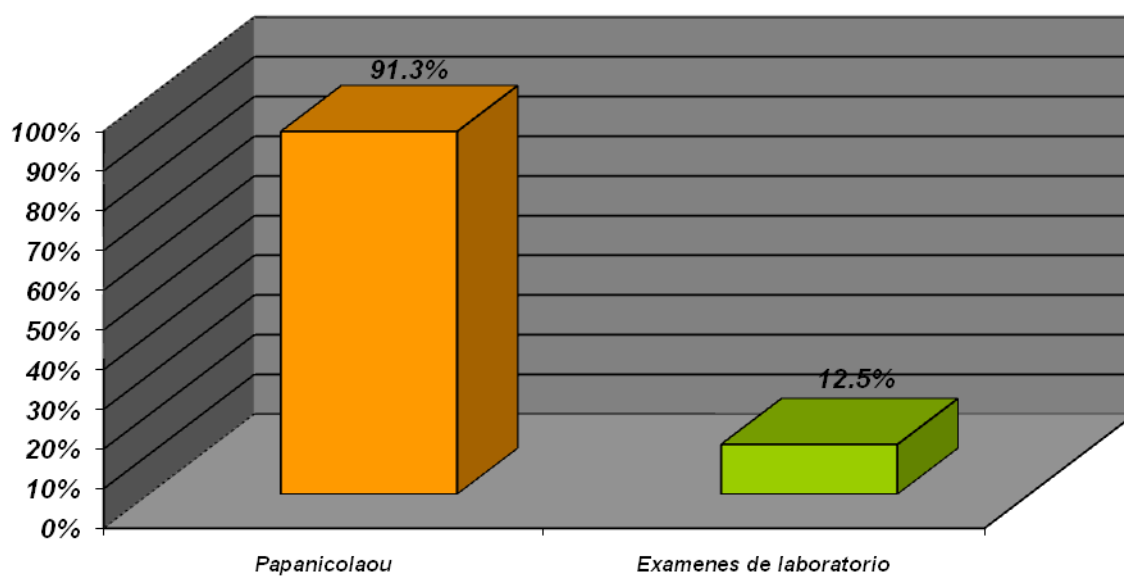


Gráfico 4. Registro del examen físico realizado a las embarazadas que acuden a los centros de salud Cusmapa, Las Sabanas y San Lucas. Matriz. 2007.

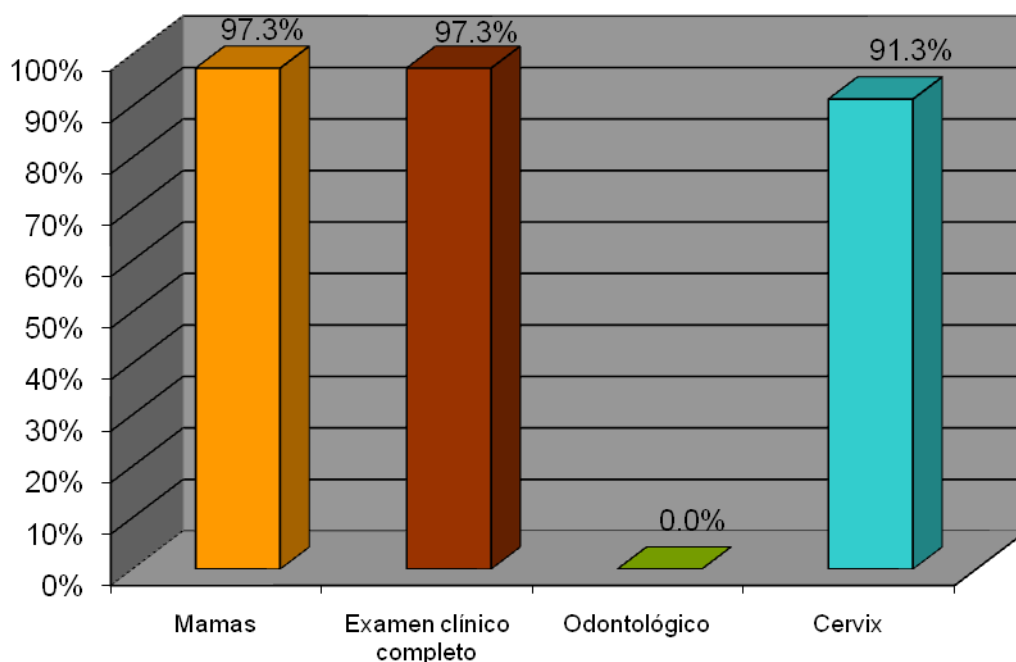


Tabla 4. Examen directo en la evaluación del embarazo en los centros de salud de Cusmapa, Las sabanas y San Lucas. Matriz. 2007.

Signos vitales	Si	%	No	%
Presión arterial	149	98.6%	2	1.4%
Frecuencia cardiaca fetal después de las 20 semanas	148	98%	3	2%
Altura de fondo uterino	150	99.3%	1	0.7%
Movimiento fetal después de las 18 semanas.	149	98.6%	2	1.4%

Gráfico 5. Registro de los signos vitales durante el puerperio cada 30 minutos por dos horas, involución uterina y loquios en los centros de salud, Cusmapa, Las Sabanas, San Lucas. Matriz. 2007.

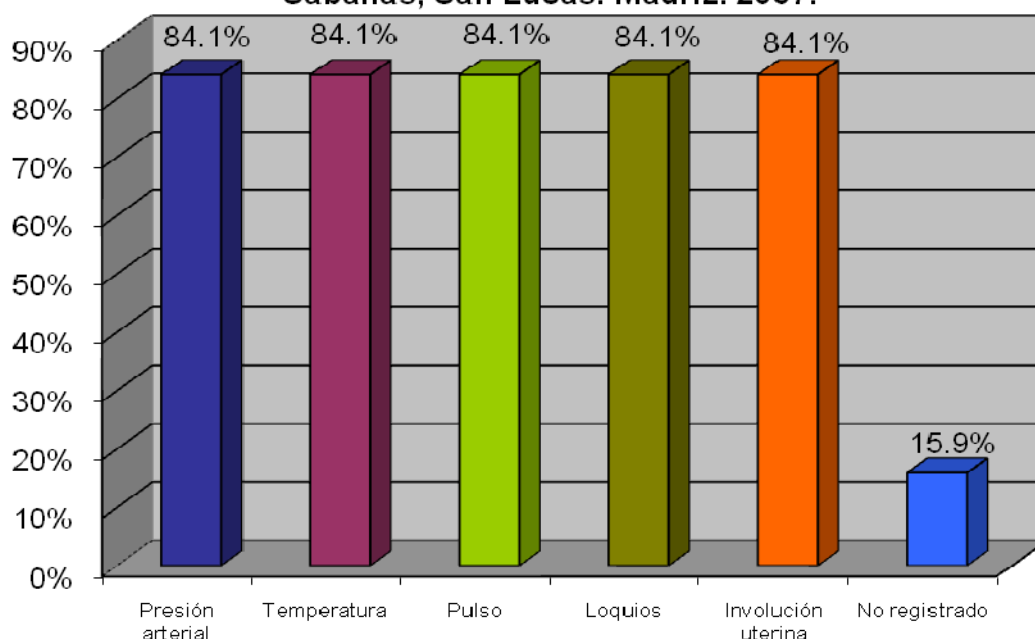


Gráfico 6. Porcentaje de puerperas que egresaron con un método de planificación familiar en los centros de salud de Cusmapa, Las Sabanas, San Lucas. Matriz. 2007.

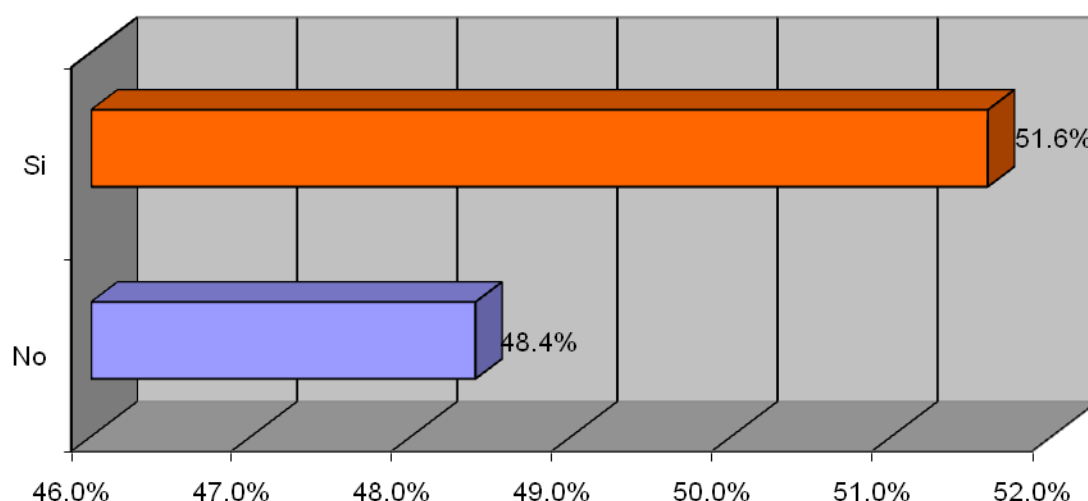


Gráfico 7. Porcentaje de cumplimiento en los estándares de calidad en el llenado completo de la HCPB en los centros de salud de Cusmapa, Las Sabanas y San Lucas. Matriz 2007,

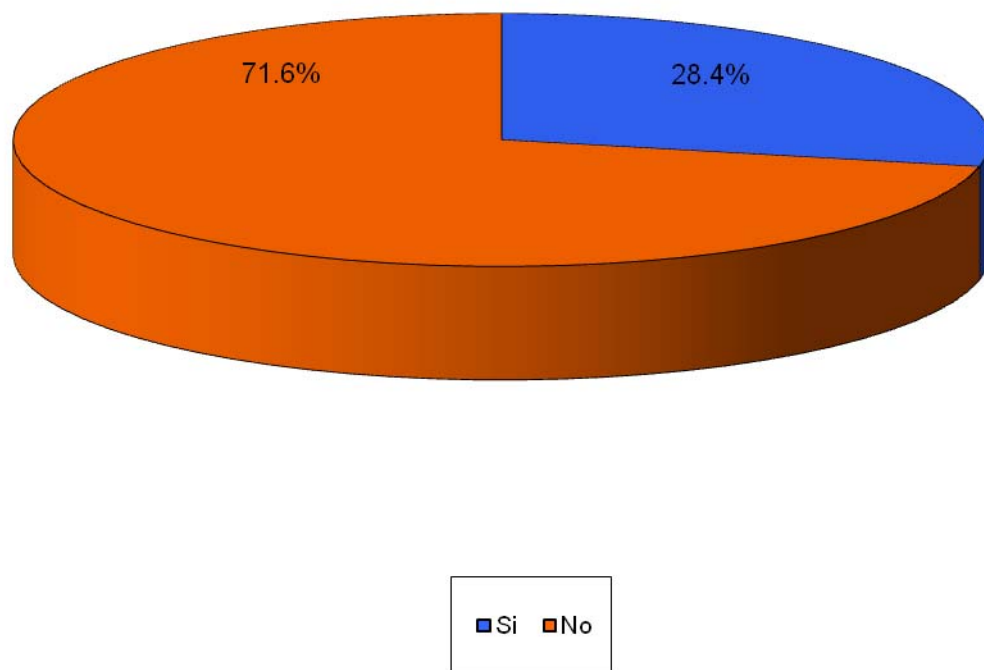


Tabla 5. Registro de las 39 actividades normadas en la HCPB en los expedientes de los centros de salud Cusmapa, Las Sabanas y san Lucas. Madriz. 2007

CRITERIO	REGISTRO DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
Ant. Personales, familiares y obstétricos	142	94%
Medición de talla	148	98%
Examen de mamas	147	97.3%
Semanas de amenorrea	132	87.4%
Medición del peso	141	93.3%
Determinación de la P/A	149	98.6%
Medición de la altura uterina	150	99.3%
Auscultación del FCF después de 20 s	148	98%
Mov. Fetal después de las 18 semanas	149	98.6%
Aplicación de la vacuna del tétano	100	100%
Solicitud de exámenes de laboratorio	19	12.5%
Evaluación del estado nutricional	6	3.9%
Embarazada con APP que se aplico dexametazona	68	100%
Aplicación de 10u de oxitocina IM a las puérperas	143	94.7%
Temperatura corporal cada 30 minutos en puerperio	127	84.1%
Pulso cada 30 minutos en puerperio	127	84.1%
Presión arterial cada 30 minutos en puerperio	127	84.1%
Involución uterina	127	84.1%
Loquios	127	84.1%
Consejería de planificación familiar	102	67.5%
Recibió método de planificación familiar la puérpera	78	51.6%
Sexo	145	96%
Peso al nacer del recién nacido	145	96%
Talla del recién nacido	145	96%
Perímetro cefálico del recién nacido	145	96%
APGAR del recién nacido	145	96%
Reanimación del recién nacido	145	96%
Examen físico	145	96%
Temperatura corporal del recién nacido	145	96%
Alojamiento conjunto	145	96%
Apego precoz	145	96%
Vitamina K	145	96%
Profilaxis oftálmica	145	96%
Buena tolerancia oral	126	83.4%
Signos vitales del recién nacido	126	83.4%
Buena coloración	126	83.4%
Promoción de la lactancia exclusiva	126	83.4%
Higiene del recién nacido	126	83.4%
Aplicación de la BCG	126	83.4%

Nicaragua febrero 05

Cada número corresponde a un expediente monitoreado. Anotar con una X en la casilla correspondiente al criterio cumplido si el expediente clínico CUMPLE con el registro de dicho criterio.

La casilla de EXPEDIENTE CUMPLE, se marcará con una X solamente si en el expediente monitoreado se registraron los 38 criterios. El promedio global, se obtiene de dividir el total de EXPEDIENTE CUMPLE entre el total de expedientes monitoreado X 100. El promedio por criterio servirá para focalizar en el, los elementos que no se están vigilando adecuadamente.

[illegible]

[illegible]