

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

UNAN- León

Facultad de Ciencias Médicas, León



Tesis para Optar al Título de Médico y Cirujano.

Cumplimiento de las Normas del Control Prenatal y Satisfacción de las Usuarias que asisten al Centro de Salud Haydeé Meneses de Enero 2007 - Agosto 2009.

Autores:

Bra. Gladys María Piura

Bra. Sayda Lisette Quiroz Larios

Tutor:

Dra. Maura Elena Pineda

Gineco-Obstetra

Dpto. Ginecología/ UNAN- León

Asesor:

Dr. Juan Centeno

Postgrado Salud Pública/ UNAN- León

León, Octubre 2009

DEDICATORIA

- ❖ A DIOS todo poderoso quien nos dio la Vida y Sabiduría necesaria para culminar con éxito esta etapa tan importante de nuestras vidas.
- ❖ A nuestras Madres que con esfuerzo y dedicación han sabido educarnos y forjarnos por el camino del bien, siendo un ejemplo a seguir ya que han luchado arduamente día a día para que podamos cumplir una de nuestras metas.

AGRADECIMIENTO

- ❖ A DIOS por todas las bendiciones que nos ha brindado
- ❖ A nuestras Madres por el apoyo incondicional brindado para alcanzar este logro
- ❖ A nuestras Amistades por el cariño y apoyo que nos han brindado en todo momento
- ❖ A nuestros Tutores que nos apoyaron en la realización de nuestro trabajo
- ❖ A los Trabajadores del Centro de Salud Haydeé Meneses por su colaboración en el desarrollo de este trabajo
- ❖ A las Usuaris del Programa Control Prenatal por ser pieza fundamental en la realización de esta investigación

RESUMEN

Para determinar el Cumplimiento de las Normas del Control Prenatal y valorar la Satisfacción de las usuarias se realizó un estudio de Corte Transversal aplicado a la evaluación de servicios de salud en el primer nivel de atención, donde se evaluaron 330 expedientes y se aplicó 1 encuesta a 100 usuarias activas de este programa. Los datos fueron procesados en el programa EPI-INFO versión 3.5, estableciendo la frecuencia y cruce de variables, para luego representar los resultados en cuadros y gráficos.

De acuerdo al análisis de la información se encontró que el cumplimiento de las normas no se está realizando a plenitud, principalmente en la sección de los exámenes de laboratorio en cuanto al llenado y prescripción de los mismos, observándose mayormente en los que se indican después de las 20 semanas de gestación, así como tampoco se da un llenado correcto de las curvas altura uterina e incremento de peso materno.

En cuanto a los logros obtenidos las usuarias se sienten satisfechas con la atención recibida en esta unidad salud.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
OBJETIVOS.....	5
MARCO TEÓRICO.....	6
DISEÑO METODOLÓGICO.....	33
RESULTADOS.....	42
DISCUSIÓN.....	45
CONCLUSIÓN.....	49
RECOMENDACIONES.....	50
BIBLIOGRAFÍA.....	51
ANEXOS.....	53

INTRODUCCIÓN

El embarazo es un proceso sumamente dinámico, por lo que los trabajadores de la salud (Médicos y Enfermeras) deben reconocer los cambios normales producidos por éste y las principales anormalidades que se pudieran presentar, así como interpretar los signos de alarma sobre todo en situaciones en la que la vida del feto y la madre se encuentran en peligro y de esta manera referir a un centro de mayor resolución. (1)

Uno de los nuevos enfoques en los modelos de atención integral del Ministerio de Salud (MINSA) lo representa el programa de Atención Integral a la mujer, niñez y adolescencia, particularmente el Control Prenatal cuyo propósito fundamental es mejorar la calidad de atención al binomio madre-hijo, lo cual se reflejaría en la disminución de la morbilidad y mortalidad infantil y materna. (2,3)

La Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) deberá facilitar la supervisión del cumplimiento de las normas, así como también la evaluación del mismo, pasos que son indispensables para el correcto cumplimiento del proceso normativo. Es por eso que la riqueza de los datos contenidos en la HCPB permite constituir el banco de datos más valioso con que cuenta el equipo de salud, ya sea para conocer las características de la población prestataria, evaluar los resultados de la atención brindada, identificar los problemas prioritarios y realizar un sinnúmero de investigaciones epidemiológicas como la selección y ponderación de los factores de riesgo. (4)

En tiempos pasados la mujer tenía a sus hijos por sí misma la cual se convertía en todo una hazaña que implicaba no sólo la muerte materna y también la del bebé por nacer, con el paso del tiempo las mujeres decidieron ayudarse entre ellas misma de traer un ser vivo, es ahí cuando nacen las primeras parteras por la necesidad misma de ayudar y supervivencia. (5,6)

El factor que nunca se ha eliminado como sociedad es la mortalidad materna, es por ello que el Control Prenatal surge en Nicaragua en 1980, como una estrategia del Ministerio de Salud en busca de brindar a las mujeres una atención adecuada y así disminuir la mortalidad materna y perinatal. (7,8)

En 1996 Herrera Vallejos R, evalúan a través de un estudio comunitario la calidad y cobertura del Control Prenatal (CPN) en Matagalpa, llegando a la conclusión que la calidad de atención ofertada por el Centro de Salud es buena desde el punto de vista normativo. (9)

En 1998 Portillo C, evaluó la calidad del CPN en el área 5 de la región II, llegando a la conclusión que la calidad de atención es deficiente debido al alto porcentaje de expedientes mal llenados y una baja cobertura en la captación de pacientes para el CPN. (10)

En 1998 López Daniel y Aráuz L, evaluaron la percepción de las usuarias sobre la calidad de la atención prenatal en Chontales, encontrando que las usuarias estaban conformes con el tiempo de espera, así como el interés mostrado por el personal que la atendió durante la consulta. La mayoría de las usuarias (81%) manifestaron su disposición para continuar con el CPN y el 97% reconoció la importancia del mismo. (11)

En el municipio de San Carlos, Río san Juan, Arguello Pallais, David J, en el año 2004 realizó un estudio sobre la Calidad de Prestación de los Servicios del Subprograma control Prenatal, obteniendo que en general la percepción de calidad de la atención recibida es buena y la mayoría de las usuarias refiere amabilidad en el trato, privacidad, confort y tiempo en la consulta (12)

En 1985 Abaunza y Col, realizan un estudio a cerca de la calidad de Subprograma del CPN en los municipios del Jicaral y Malpaisillo, encontrando un

bajo cumplimiento en el llenado correcto de los expedientes, por lo que concluyen que la calidad de atención es deficiente principalmente por falta de disposición del personal. (13)

Se decidió realizar este estudio ya que en este municipio no existen investigaciones en cuanto al Cumplimiento de las Normas del Control Prenatal y Satisfacción de las usuarias a pesar de que es uno de los programas priorizados por el Ministerio de Salud, es por ello que los resultados obtenidos permitirán encontrar las fortalezas y debilidades que presenta éste programa, de tal forma que se puedan diseñar estrategias o sugerencias para el mejoramiento de la calidad de los servicios de atención a la mujer embarazada, por lo tanto contribuir a prevenir y disminuir la mortalidad materna en este Municipio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el cumplimiento de las Normas del Control Prenatal y Satisfacción de las Usuaris que asisten al Centro de Salud Haydeé Meneses de Enero 2007- Agosto 2009?

OBJETIVOS

1. Determinar el Cumplimiento de las Normas del Control prenatal de las mujeres que acudieron a su atención prenatal en el período de Enero 2007– Septiembre 2008 al Centro de Salud Haydeé Meneses en función de:
 - a) Llenado correcto de la Historia Clínica Perinatal Base.
 - b) Cumplimiento de las actividades establecidas para el Control Prenatal.

2. Valorar la Satisfacción de las Usuarias que acudan a su Control Prenatal en los meses de Mayo- Agosto 2009 con relación a:
 - a) Accesibilidad al servicio de Salud.
 - b) La Atención Recibida.
 - c) Condición de la unidad de Salud.

MARCO TEÓRICO

Control prenatal (CPN) es el conjunto de acciones, procedimientos sistemáticos y periódicos, que tiene la embarazada con el personal de salud, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamientos de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal. ⁽¹⁴⁾

En principio, el nuevo modelo de control prenatal de la OMS divide a las mujeres embarazadas en dos grupos: aquellas elegibles para recibir CPN de rutina y aquellas que necesitan cuidados especiales determinados por sus condiciones particulares de salud y/o factores de riesgo. La elegibilidad de las mujeres para el componente básico se determina a través de criterios pre-establecidos. Las mujeres seleccionadas para seguir el componente básico son quienes no requieren ninguna otra evaluación o cuidado especial en el momento de la primera visita independientemente de la edad gestacional. A las mujeres restantes se les brinda el cuidado correspondiente a su patología o factor de riesgo detectado. Las mujeres que necesitan cuidados especiales representan en promedio, aproximadamente un 25% de todas las mujeres que inician el control prenatal. ⁽¹⁴⁾

Estructura de la organización de la atención prenatal según normas del MINSA.

Una atención prenatal debe cumplir con 5 requisitos básicos:

Precoz: primera consulta durante los 3 primeros meses del retraso menstrual.

Periódico: las consultas se programan según los riesgos de cada mujer embarazada. Aquellas de bajo riesgo se deben de programar al menos 4 controles.

Completo: el contenido mínimo de las consultas debe garantizar acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de salud.

Amplia cobertura: cada territorio debe de conocer a todas sus embarazadas y los embarazos esperados. Se deben plantear metas de coberturas. Lo ideal sería controlar al 100% de las embarazos, si es menor de la meta, aplicar metodología de enfoque de riesgo.

Gratuidad: incluyendo los exámenes de laboratorio básicos. ⁽³⁾

Disposiciones generales del ministerio de salud en el control prenatal.

1. EL MINSA deberá intensificar las actividades de atención prenatal en todos los SILAIS, dando prioridad a aquellos con mayores tasas de mortalidad materna o perinatal.
2. Todo el personal de las unidades de salud de primer nivel deberá detectar y captar para la atención prenatal a las embarazadas, en especial a las mujeres con riesgo reproductivo: adolescentes, mujeres añosas y multíparas, durante su atención por cualquier causa en la unidad de salud, a fin de evitar las oportunidades perdidas.
3. Las unidades de salud deberán garantizar que se brinde atención prenatal a todas las mujeres que soliciten espontáneamente tales servicios.
4. Las unidades de salud deberán de brindar atención prenatal a todas las mujeres referidas por el personal comunitario, centros alternativos, privados y referirlas para su atención a las instituciones adecuadas.
5. Los hospitales deberán garantizar que toda mujer que egrese de los mismos por un evento obstétrico, ginecológico o por cualquier condición que signifique un riesgo reproductivo se le brinde una adecuada consejería que permita a las usuarias si lo desean la elección de un método de planificación familiar adecuado a sus necesidades individuales.
6. El MINSA deberá establecer coordinaciones permanentes con las instituciones formadoras de recursos humanos en salud para que se incluya en todo currículo de pre y postgrado, temas relacionados con la salud reproductiva y la atención prenatal, así como la decisión y la discusión.
7. Se deberá promocionar constantemente, a través de medios masivos de comunicación y consejería la atención prenatal precoz, periódica y completa de acuerdo a la disponibilidad de los recursos y las características de la población, especialmente de las personas en situación de riesgo.
8. La atención prenatal debe ser gratuita cuando sea prestada por instituciones públicas y debe ofrecerse sistemáticamente a toda embarazada que acuda a los servicios de salud independientemente de la causa que motive la consulta en especial a las mujeres portadoras de mayor riesgo reproductivo.

9. Debe asegurarse la privacidad y atención confidencial de las personas sin discriminación de ningún tipo. ⁽²⁾

Las muertes maternas y fetales se erigen como dos tragedias propias del subdesarrollo de graves repercusiones sociales y psicológicas para el grupo familiar que sobreviven y que trascienden como el resultado final de una serie de circunstancias negativas que van desde la discriminación, la pobreza, la ignorancia y la falta de recursos hasta la carencia tecnológica y el desacierto o la negligencia en el actuar médico. ⁽¹⁾

Las tasas de mortalidad materna y perinatal se aceptan como indicadores que reflejan la eficiencia en la atención que se le brinda a la mujer embarazada, están en estrecha relación con determinantes sociales, económicos y demográficos son el reflejo de la calidad de vida de cada país. La desigualdad entre las naciones, la discriminación y las grandes diferencias sociales aún dentro de un mismo país y región son determinantes que establecen grandes variaciones en la mortalidad materna y perinatal, incluso entre las poblaciones e instituciones de un mismo país. ⁽¹⁾

A pesar de su enorme validez, la mayoría de los países de América latina carecen de tasas de mortalidad perinatal confiables, existiendo grandes subregistros y la tendencia a reportar con mayor frecuencia tasas hospitalarias que tienen un amplio rango de variación.

La salud perinatal guarda una relación íntima con múltiples factores sociales, culturales, genéticos, económicos y ambientales, pero quizá sea la salud integral de la madre aún desde la etapa preconcepcional y la utilización oportuna y adecuada de servicios médicos prenatales y neonatales de alta calidad los factores más susceptibles de modificar y de mayor incidencia en las tasas de mortalidad perinatal. Por tal razón los indicadores específicos para evaluar los programas orientados a su reducción apuntan hacia el mejoramiento de los programas de planificación familiar, nutrición, control prenatal y parto. ⁽¹⁾

Se ha sugerido que un primer paso en el mejoramiento de la atención a la mujer embarazada es un adecuado y cuidadoso control prenatal y el mejoramiento en la

calidad de la historia clínica ha demostrado ser eficaz en disminuir la mortalidad materna y la morbimortalidad perinatal.

Por lo tanto, 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 morbimortalidad en la vida del ser humano, como es el periodo perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna. (1)

El control prenatal debe ser eficaz y eficiente. Esto significa que la cobertura debe ser máxima (sobre el 90% de la población obstétrica) y que el equipo de salud entienda la importancia de su labor. Aproximadamente el 70% de la población obstétrica no tiene factores de riesgo, su control es simple, y no requiere de infraestructura de alto costo. El equipamiento básico consiste en un lugar físico con iluminación y climatización adecuada, camilla o mesa ginecológica, esfigomanómetro, balanza, tallímetro, centímetro flexible, estetoscopio, guantes de examen ginecológico, espéculos vaginales, HCPB (carné prenatal) y equipo humano de salud. Con la infraestructura señalada podemos perfectamente lograr los objetivos generales del control prenatal que son:

- Identificar factores de riesgo.
- Diagnosticar la edad gestacional.
- Diagnosticar la condición fetal.
- Diagnosticar la condición materna.
- Educar a la madre. (1)

Identificación de factores de riesgo.

Factor de riesgo es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño la madre, el feto o ambos.

Desde el punto de vista perinatal los problemas que con mayor frecuencia se asocian a morbimortalidad son la prematuridad, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones. De ahí que las estrategias del control prenatal están orientadas a la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las patologías que condicionan los problemas anteriormente enunciados. Los problemas que se asocian a la morbimortalidad materna son la hemorragia obstétrica, las infecciones, el síndrome hipertensivo gestacional y las enfermedades maternas pregestacionales. (1)

EMBARAZO DE BAJO RIESGO:

Cuando existen factores (sociales, genésicos, biológicos, etc.) solos o asociados, que pueden ser significativos en la aparición de un daño, pero que en el presente, con las acciones ejecutadas, no producen alteraciones al estado de salud de la madre, el feto o ambos, y que pueden ser manejadas o resueltas por métodos clínicos simples, entre estos podemos encontrar:

1. Pobreza, migración interna y/o externa, machismo, violencia.
2. Embarazadas que trabajan con esfuerzo físico.
3. Embarazadas solas.
4. Viviendas precarias con más de 5 personas por habitación.
5. Analfabetismo.
6. Paridad satisfecha y deseo de esterilización quirúrgica.
7. Grandes trayectos a pie.
8. Dificultad de acceso a la Atención Prenatal (APN).
9. Embarazo no deseado.
10. Talla baja (menor de 1.5 m).
11. Intervalo intergenésico menor de 18 meses.
12. Antecedentes familiares que no repercuten al actual embarazo (diabetes, tuberculosis, sífilis, malformaciones congénitas).
13. Antecedentes personales no activos y que no se presente en el actual embarazo: toxemia, infección de vías urinaria, anemia, etc.
14. Antecedentes de un aborto o muerte perinatal durante el trabajo de parto y de embarazos prolongados.

15. Nulíparas y grandes multíparas.
16. Presentación pélvica hasta las 36 semanas.
17. Cesárea anterior con FUR desconocida hasta la semana 34.
18. Fumadoras, alcohólicas, drogadicción, referir si se presentan complicaciones materno-fetales asociadas. ⁽³⁾

EMBARAZO DE ALTO RIESGO:

Es aquel en que la madre, el feto y/o el neonato tiene una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes o después del parto, entre estos encontramos:

1. Hiperemesis gravídica no controlada.
2. Antecedentes de aborto diferido y muerte fetal ante parto.
3. Anemia con Hemoglobina menor de 10g o Hto menor de 30.
4. Infección de vías urinarias con repercusión sobre el embarazo actual.
5. Hipertensión arterial y embarazo.
6. Amenaza de parto prematuro.
7. Hemorragias en el embarazo (amenaza de aborto, placenta previa, DPPNI).
8. Sumatoria de factores de riesgo social (analfabeta, desnutrida, mujer sola, embarazo no deseado, etc.)
9. Embarazo múltiple o altura uterina por arriba del percentil 90.
10. Embarazo prolongado.
11. Diabetes y embarazo.
12. Rh negativo sensibilizado.
13. Presentación pélvica y situación transversa después de las 36 semanas.
14. Cesárea anterior después de las 34 semanas si la FUR es conocida, de lo contrario desde la captación.
15. Adolescente (menos de 18 años) con riesgos activos.
16. Retardo en el crecimiento intrauterino, o falta de incremento de la curva de altura uterina.
17. Complicaciones médicas y quirúrgicas del embarazo.
18. Aumento exagerado o inadecuado de peso.

19. Disminución o aumento de líquido amniótico.
20. Obesidad.
21. Macrosomía fetal.
22. Fumadoras con embarazo de alto riesgo.
23. Rotura de membranas.
24. Alcoholismo y drogadicción con embarazo de alto riesgo.
25. Enfermedades de transmisión sexual, SIDA y embarazo.
26. Enfermedades endémicas y embarazo. (3)

Diagnóstico de edad gestacional.

Los elementos clínicos que se utilizan para el cálculo de la edad gestacional, son el tiempo de amenorrea a partir del primer día de la última menstruación y el tamaño uterino. Para que estos elementos tengan importancia en su utilidad práctica, el control prenatal debe ser precoz, para evitar el olvido de información por parte de la embarazada, y, porque la relación volumen uterino-edad gestacional es adecuada, siempre que el examen obstétrico se efectuó antes del quinto mes. En niveles de atención prenatal de baja complejidad, y con embarazadas de bajo riesgo, los elementos clínicos enunciados pueden ser suficientes para fijar la edad estacional y proceder en consecuencias. (1)

Idealmente, si se cuenta con el recurso ultrasonografico, se debe practicar ese procedimiento para certificar la edad gestacional teniendo en cuenta que su efectividad diagnostica es máxima antes del quinto mes (error 7 días) y deficiente a partir del sexto mes (error 21 días).

Es necesario enfatizar que el diagnostico de edad gestacional debe ser establecido a más tardar al segundo control prenatal, debido a que todas las acciones posteriores se realizan en relación a dicho diagnóstico. (1)

El desconocimiento de la edad gestacional constituye por sí mismo un factor de riesgo. La magnitud del riesgo estará dada por la prevalencia de partos prematuros,

embarazos prolongados y retardo del crecimiento intrauterino en la población obstétrica. (1)

Diagnóstico de la condición fetal

Los elementos clínicos que permiten evaluar condición fetal son:

- Latidos cardiacos fetales
- Movimientos fetales
- Tamaño uterino
- Estimación clínica del peso fetal
- Estimación clínica del volumen de liquido amniótico

Es necesario enfatizar que la alteración de alguno de estos parámetros no constituye por sí solo una justificación para decidir la interrupción del embarazo, sino que deben efectuarse una serie de procedimientos diagnósticos, los que en conjunto con el conocimiento de la edad gestacional del feto permitirán una adecuada decisión obstétrica. (1)

Latidos cardiacos fetales (LCF): Los LCF son auscultables con estetoscopio desde el quinto mes de embarazo (20 semanas). Con equipos portátiles del ultrasonido pueden ser identificados desde las 10 semanas. Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que la aceleración de la frecuencia cardiaca con los estímulos externos, o con movimientos fetales espontáneos es un signo de salud fetal. La frecuencia cardiaca fetal se considera como normal en el rango de 120-160 latidos por minuto; valores inferiores o superiores, se denominan bradicardia y taquicardia fetal, respectivamente, y son signos sospechosos de hipoxia fetal. (1)

Movimientos fetales: La percepción materna de los movimientos fetales ocurre entre las 18 y 22 semanas. Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que el aumento de la actividad fetal especialmente postprandial constituye un signo de salud fetal. La disminución significativa de la actividad fetal es un signo sospechoso de hipoxia fetal.

Tamaño uterino: desde las 12 semanas de amenorrea el fondo uterino se localiza sobre la sínfisis pubiana y puede ser medido en su eje longitudinal desde el borde superior de

la sínfisis pubiana hasta el fondo uterino. Para esto se utiliza una cinta de medir flexible graduada en centímetros, la cual se desliza entre el dedo medio y el índice del operador, la madre debe ubicarse en decúbito dorsal con las piernas semiflexionadas. La medida obtenida debe ser localizada en una tabla de altura uterina/edad gestacional, de esa forma obtendremos indirectamente una estimación del tamaño fetal y su progresión en cada control prenatal. En el MINSA se utiliza la tabla elaborada en el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP). Este instrumento para identificar retardo del crecimiento intrauterino tiene una sensibilidad de 56%, especificidad de 91%, valor predictivo positivo de 80%, y valor predictivo negativo de 77%. Debe enfatizarse que ese instrumento no debe utilizarse para calcular la edad gestacional en relación a una altura uterina determinada. (1)

Estimación clínica del peso fetal: Probablemente sea uno de los contenidos que tiene mayor dificultad en el control prenatal, ya que exige experiencia para su determinación.

Estimación clínica del volumen de líquido amniótico: Las alteraciones cuantitativas del volumen de líquido amniótico constituyen un factor de alto riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal. El oligoamnios se puede sospechar cuando hay una altura uterina disminuida con una palpación extremadamente fácil de las partes fetales. Este hallazgo debe ser siempre confirmado con ultrasonografía. El oligoamnios se asocia a rotura prematura de las membranas ovulares, retardo del crecimiento fetal, hipoxia fetal crónica y malformaciones congénitas como la agenesia renal. (1)

El polihidramnios se sospecha cuando hay una altura uterina aumentada con palpación dificultosa de las partes fetales. Debe ser siempre confirmado con un examen ultrasonográfico. Se asocia a patologías como embarazo gemelar, diabetes mellitus, hidrops fetal y malformaciones congénitas como la atresia esofágica y del sistema nervioso central. (1)

Diagnóstico de la condición materna

La evaluación de la condición materna se inicia con una anamnesis personal y familiar en busca de patologías médicas que puedan influir negativamente en la gestación. De igual forma se recopilan antecedentes obstétricos previos, especialmente antecedentes

de recién nacidos de bajo peso, macrosomía, mortalidad perinatal malformaciones congénitas, etc. (1)

Es importante obtener la información del nivel educacional materno, actividad laboral como trabajos con esfuerzos físicos importante, contactos con tóxicos, radiaciones o material biológico con fines de solicitar a su empleador una readecuación laboral o suspender la actividad. Se practica un examen físico general y segmentario con fines de diagnosticar patologías asintomáticas y derivar a especialistas. El examen físico incluye un examen ginecológico en el cual se hace una inspección perineal (descartar hemorroides, parásitos externos anales y pubianos, vulvovaginitis, condilomas, etc.) y vulvovaginal (tomar Papanicolaou). Posteriormente, en cada control prenatal, se hará la evaluación nutricional según índice peso/talla, control de presión arterial, hematocrito y examen físico según síntomas maternos. (1)

Educación materna

Este objetivo es fundamental para el éxito del control prenatal y de las futuras gestaciones. De igual modo, la embarazada bien instruida sirve como docente de otras embarazadas que están sin control prenatal o en control prenatal deficiente. El primer control prenatal es fundamental para instruir a la embarazada acerca de la importancia del control prenatal precoz y seriado. Se debe explicar de manera simple y adecuada a la madre del futuro de los programas que va a seguir para la atención de sus CPN. (1)

Constituyen puntos ineludibles los siguientes contenidos educacionales:

- Signos y síntomas de alarma
- Preparación para el parto
- Nutrición materna
- Lactancia y cuidados del recién nacido
- Derechos legales
- Orientación sexual
- Planificación familiar (2)

Signos y síntomas de alarma. La embarazada debe estar capacitada para reconocer y diferenciar las molestias que son propias de la gestación de aquellas que constituyen una emergencia obstétrica y, por lo tanto, concurrir oportunamente al servicio obstétrico donde se atenderá su parto.

La embarazada debe estar capacitada para reconocer flujo genital hemático tanto en la primera mitad del embarazo (ectópico, enfermedad trofoblasto, aborto), como en la segunda mitad de este (placenta previa, desprendimiento placenta normoinsera), y reconocer flujo genital blanco (rotura prematura de membrana, leucorrea, escape urinario).

Debe estar informada de su edad gestacional y fecha probable de parto. Este último punto genera angustia al grupo familiar y la embarazada cuando se cumplen las 40 semanas y no se ha producido el parto, de ahí que se debe de informar que el rango normal de desencadenamiento del parto es entre las 39 y 41 semanas.

Debe estar informada que los movimientos fetales serán reconocidos por ella alrededor del quinto mes y que su frecuencia e intensidad son un signo de salud fetal.

Debe estar capacitada para reconocer el inicio del trabajo de parto con fines de evitar concurrencias innecesarias a la maternidad y muy especialmente la contractilidad uterina del pre término.

Debe estar informada de concurrir al centro asistencial obstétrico en relación a patologías paralelas al embarazo como fiebre, diarrea, vómitos, dolor abdominal, etc.

Preparación para al parto: La atención integral del control prenatal debe incluir un programa de preparación para el parto donde se informa a la paciente cuales deben ser los motivos de ingreso a la maternidad, los períodos de parto, anestesia, ejercicios de relajación y pujos, así como los tipos de parto.

Lactancia y cuidados neonatales: Simultáneamente, y muy especialmente a las primigestas, se enseñan aspectos básicos de cuidado neonatal (lactancia, higiene, control de niño sano, vacunas. Etc.)

Derechos legales: El profesional debe otorgar los certificados respectivos aun cuando la paciente, ya sea por olvido o desconocimiento, no los solicite.

Orientación sexual: Los contenidos de este objetivo deben ser dados a la pareja. En un embarazo fisiológico la actividad sexual no está contraindicada. Esta especialmente contraindicada en metrorragias, o en riesgo potencial de metrorragia, como la placenta previa y en amenaza de parto prematuro o presencia de factores de riesgo para parto prematuro.

Planificación familiar: se deben introducir conceptos generales de planificación familiar, los cuales deben ser profundizados y consolidados en el primer control puerperal.

Exámenes de laboratorio

Los exámenes de laboratorio que se solicitan en embarazadas de bajo riesgo son:

- Prueba de tipo sanguíneo y Rh.
- Examen general de orina (EGO).
- VDRL o RPR
- VIH
- Hemograma
- Glicemia
- Papanicolaou
- Ecografía ⁽¹⁴⁾

Pruebas de tipo Sanguíneo y Rh: Si la mujer es Rh negativo se solicita grupo sanguíneo y factor Rh del padre de niño en gestación. Si el padre es Rh negativo continúa con control normal.

Si el padre es Rh positivo interroga sobre antecedentes de embarazos anteriores, mortinato, ictericia del recién nacido y administración de gammaglobulina ANTI D hiperinmune (GG a DH), para conocer el riesgo del presente embarazo. Si hay disponibilidad del laboratorio, se solicita la prueba de Coombs indirecta. Si esta es negativa en dos repeticiones durante el embarazo, administrar GG a DH a la madre durante el puerperio en las primeras 72 horas para prevenir la isoimmunización Rh. Si la

prueba de Coombs es positiva referir a la paciente a un nivel de mayor complejidad para su control. Registrar el resultado en la carné perinatal (HCPB) y las indicaciones que se le ha brindado.

EGO: En nuestra sociedad se efectúa este examen en el primer control y después de las 20 semanas a todas las embarazadas debido a la alta prevalencia de bacteriuria asintomática en estas pacientes para evitar alguna complicación durante este período efectuando el manejo inmediato de la morbilidad detectada según el protocolo correspondiente.

VDRL/RPR: Es la sigla (Venereal Disease Research Laboratory) de una prueba no treponémica, utilizada en la identificación de las pacientes que han tenido infección por *Treponema pallidum*. Se debe solicitar al ingreso de control prenatal, y después de las 20 semanas. Si es positivo, se informa a la paciente sobre los riesgos indicándole el tratamiento. Se registra el resultado en la HCPB y las indicaciones del tratamiento a efectuar. Es importante tener en cuenta que ante un resultado positivo debe de ser como si se tratase de SIFILIS con Penicilina Benzatínica 2.4 millones intramuscular, dosis única

VIH: La detección de anticuerpos del virus de la inmunodeficiencia humana (Elisa), se solicita en el primer control prenatal a todas las embarazadas, sin embargo, no todas las pacientes se lo realizan, ya que es un examen opcional.

Hemograma: La concentración de glóbulos rojos se modifica por la hemodilución fisiológica, por las reservas de hierro y el aporte exógeno de hierro (alimentación y suplementación medicamentosa). En embarazadas no anémicas se debe solicitar un hematocrito al ingreso y después de las 20 semanas. Si hay anemia se efectúa el manejo y tratamiento según normas. Se tiene que identificar posibles causas de anemia (parasitosis o malaria) y dar tratamiento adecuado.

Glicemia: Aproximadamente un 5% de las embarazadas cursa con alteración del metabolismo de la glucosa. El 90% de ellos corresponde a una intolerancia a la sobrecarga de glucosa que se corrige espontáneamente en el posparto. Se estima que un 30% de las embarazadas diabéticas gestacionales no tienen factores de riesgo para

diabetes, de ahí que se recomienda efectuar a todas las embarazadas una prueba de sobrecarga con 50 g de glucosa oral (valor normal <140mg/dl a la hora) alrededor de las 26 semanas de amenorrea.

Se debe diagnosticar Diabetes en gestantes con:

- Diabetes en familia de primer grado
- Muerte perinatal sin causa aparente
- Aborto espontáneo a repetición sin causa conocida
- Hipertensión inducida por el embarazo (SHG)
- Polihidramnios a repetición
- Macrosomía fetal
- Malformaciones fetales
- Obesidad al inicio del embarazo
- Ganancia excesiva de peso durante el embarazo
- Edad mayor de 35 años

Papanicolaou: El embarazo constituye un excelente momento para educar a la mujer en relación a la prevención del cáncer cérvico-uterino. Este procedimiento debe realizarse en el primer control prenatal como parte habitual de la semiología obstétrica. El embarazo no constituye contraindicación, como tampoco la edad gestacional, para realizar el examen. Se debe omitir cuando hay riesgos de sangrado por la especuloscopia (ejemplo: placenta previa). Todas las embarazadas con edad superior o igual a 30 años deben tener necesariamente un examen de Papanicolaou. A mujeres de menor edad se les debe efectuar el procedimiento si existen otros factores de riesgo asociados.

Periodicidad del control prenatal.

La frecuencia del control prenatal está determinada por los factores de riesgos detectados en esa gestación y serán necesarios tantos controles como la patología detectada lo requiera. (3)

Un número mínimo de 4 consultas permitirá el cumplimiento de las actividades necesarias para lograr una atención prenatal adecuada siempre y cuando se trate de un embarazo de bajo riesgo. La captación tardía, impone realizar las actividades correspondientes a las consultas anteriores. (3)

ACTIVIDADES Y CRONOLOGÍA PARA LAS CONSULTAS

ACTIVIDADES		1ra consulta	2da consulta	3ra consulta	4ta consulta
	Edad gestacional en semanas	Antes de 20 SG (1)	De 20 - 24 SG	De 28 - 32 SG	De 36 - 38 SG
Anamnesis		+	+	+	+
Cálculo de edad gestacional		+	+	+	+
Diagnóstico de embarazo		+			
Examen clínico completo incluyendo mamas		+	+	+	+
Talla		+			
Peso actual		+	+	+	+
Vacuna antitetánica (2)		+	+	+	
Grupo sanguíneo y RH		+			
EGO		+		+	
Hemoglobina		+		+	
Entrega de fe y ácido fólico		+	+	+	+
Glicemia		+		+	
VDRL		+		+	
VIH - Test ELISA (3)		+			
Examen odontológico		+			
Examen mama		+			
Papanicolaou		+			
Presión arterial		+	+	+	+
Evaluación crec. Fetal		+	+	+	+
DX vida fetal (4)			+	+	+
DX número fetos (4)			+	+	+
DX presentación fetal				+	+
Valoración pelvis					+
Contenido educativo		+	+	+	+
Evaluación del Riesgo perinatal		+	+	+	+
Cultivo secreciones vaginales		+	+	+	+
Urocultivo		+	+	+	+

- (1) Lo más precoz posible (durante el primer trimestre)
- (2) Ajustar a las normas nacionales del Programa Ampliado Inmunizaciones (1ra consulta)
- (3) Voluntario en la población en general y recomendadas en embarazadas con prácticas de riesgo
- (4) El diagnóstico es anticipado si se dispone de ultrasonido. ⁽³⁾

Historia Clínica Perinatal Base (HCPB)

Se trata de un formulario único, de uso sencillo y de 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. Esta información tiene como objetivos:

1. Normatizar y unificar la recolección de datos
2. Facilitar la comunicación de los hospitales como los efectores del primer nivel
3. Favorecer el cumplimiento de las normas
4. Permitir el procesamiento de dato localmente
5. Formar un banco de datos perinatales
6. Implementar un sistema de vigilancia epidemiológica perinatal
7. Identificar y caracterizar a la población asistida
8. Evaluar la asistencia desde los servicios de salud
9. Identificar y priorizar problemas de salud en el campo perinatal
10. Realizar investigaciones desde los servicios de salud
11. Comparar resultados entre instituciones, regiones, provincias y países
12. Facilitar la auditoría de casos ⁽⁸⁾

Sistema de advertencia

La HCPB cuenta con casilleros de color amarillo que indican algunas de las características que pueden estar asociados con mayor riesgo perinatal. Con esta modalidad se pretende alertar al equipo de salud para facilitar la toma de decisiones que las normas locales dispongan (citas a embarazadas con mayor frecuencia, interconsultas, estudios complementarios, hospitalizaciones, etc.) ⁽⁴⁾

Llenado de la HCPB

La HCPB es un documento de fácil llenado para cualquier profesional de salud que realiza atención obstétrica. En el presente documento se dan algunas pautas para el llenado de ésta. Es importante recordar que la calidad de la información y los datos que genere el Sistema Informativo Perinatal (SIP) se basan en la coherencia y calidad de los datos que usted llene en la HCPB, por lo que al momento que se use este documento recordar siempre:

- No se debe dejar ningún casillero en blanco, excepto en los casos que no tenga dicha información.
- En los casos que los datos sean negativos o sea cero siempre se debe marcar, ya que el personal que ingresa los datos de la HCPB al SIP, al observar el casillero en blanco no llenará dicho dato al momento de digitar la historia. ⁽¹⁵⁾

Identificación de la Embarazada

- ❖ Control prenatal en: Anotar el código asignado por las autoridades nacionales de salud al lugar donde se realizó el control prenatal.
- ❖ Parto en: El código asignado al establecimiento donde finalizó el embarazo.
- ❖ Número de identidad: Corresponde al número de identificación de la paciente en el lugar del parto, o cédula de identidad.
- ❖ Nombre: Los apellidos paternos y maternos de la embarazada y sus nombres completos.
- ❖ Domicilio: se refiere a la residencia habitual de la embarazada. Registrar calle, número y localidad. Sí no pudiera identificar el domicilio con estos datos anotar cualquier otra referencia que facilite su localización.
- ❖ Teléfono: Teléfono del domicilio y si no tuviera anotar un número cercano donde pueda comunicarse con la familia.
- ❖ Fecha de nacimiento: completaremos día, mes y año de nacimiento.
- ❖ Edad: Los años cumplidos a la primera consulta; si es menor de 20 años y mayor de 35 años marcar la casilla amarilla.
- ❖ Alfabeto: Si lee y escribe marcar Sí, en caso contrario marcar no

- ❖ Raza: Marcar el casillero que corresponde a la raza que declara pertenecer el paciente.
- ❖ Estudios: Los cursados en el sistema formal de educación. Marcar solamente el máximo nivel alcanzado, habiendo sido este completado.
- ❖ Estado Civil: El del momento de la primera consulta. Se entiende como "unión estable" la convivencia permanente con un compañero sin formalización legal. En "otros" se incluye separadas, divorciadas, viudas.

(15)

Antecedentes Familiares, Personales y Obstétricos:

Se refiere a los antecedentes familiares, personales y obstétricos obtenidos por el interrogatorio de la embarazada en la primera consulta prenatal. Marcar el casillero correspondiente y ampliar en la Historia clínica toda vez que la respuesta corresponda a un casillero amarillo.

- ❖ Familiares/Personales: Se refiere a los parientes cercanos de la embarazada (padres, hermanos, abuelos, hijos) y su cónyuge.
- ❖ Personales: A los propios de la embarazada. Marcar el casillero correspondiente SI o NO. En el caso de otros especificar.
- ❖ Obstétricos: El número de gestas, por corresponder a antecedentes no incluye el actual embarazo, colocar 00 si éste es el primero.
- ❖ Marcar los casilleros amarillo debajo de gestas en caso de que en la última gesta el recién nacido hubiera pesado menos de 2500 gr, más de 4500 gr o Preeclampsia/Eclampsia.
- ❖ En el caso de abortos, si ha presentado 3 espontáneos consecutivos, marcar el casillero amarillo correspondiente.
- ❖ Cada parto múltiple previo se registra como una gesta con dos o más partos y con 2 o más hijos.
- ❖ La suma de abortos y partos debe ser igual al número de gestas, excepto en caso de antecedentes de embarazo múltiple.
- ❖ En fin de embarazo anterior anotar el mes y el año de finalización del embarazo inmediatamente anterior al actual, ya sea que se trate de un parto o un aborto. Colocar 00 si se trata de una primigesta.

- ❖ Completar el casillero amarillo en caso de un intervalo intergenésico menor de 1 año o mayor de 5 años.
- ❖ En embarazo planeado completar Sí cuando por el interrogatorio, la madre dice que lo planeo, o No, en caso contrario.
- ❖ En fracaso método anticonceptivo, se entiende por el fracaso si la mujer estaba usando algún método anticonceptivo en el momento de la concepción. ⁽¹⁵⁾

Embarazo Actual:

Se registran los datos recabados durante el primer control prenatal y se va completando en los sucesivos

- ❖ Peso anterior (Kg) previo al embarazo actual.
- ❖ Talla (cm): la medida estando de pie y descalza.
- ❖ Fecha de Última Menstruación (FUM): El primer día, mes y el año de la última menstruación. Es importante completar este dato aunque la embarazada no lo recuerde con exactitud.
- ❖ Fecha Probable de Parto: El día, mes y año en se cumplirán las 40 semanas de gestación. Para su cálculo usar el gestograma de CLAP o cualquier otro calendario obstétrico. En su defecto sumar 7 días al primer día de la última menstruación y restar 3 meses. Como en el ítem anterior se recomienda completar siempre este dato aunque exista duda de la FUM
- ❖ Dudas: Consignar si la edad gestacional es confiable por FUM o por ecografía realizada antes de las 20 semanas de gestación, marcando SI o No según corresponda.
- ❖ Antitetánica: Se valora según el esquema local. Si no existe, se procede: Si la embarazada está previamente vacunada y no han transcurrido aún 10 años desde la vacunación, marcar la casilla Sí y dejar en blanco las casillas correspondientes al actual. Si no fue vacunada previamente y se vacuna durante la gestación, anotar en la 1ra el mes de gestación y la 2da el de la 2da dosis.
- ❖ Anti rubéola: Según esquema local. Marcar previa, si la paciente refiere haber sido vacunada previamente. Embarazo si fue inmunizada durante esta gestación. No sabe: No recuerda si fue o no vacunada. No, no fue inmunizada.

- ❖ Grupo sanguíneo que corresponde (A, B, AB, O) y para sensibilización, si la paciente se encuentra inmunizada o no.
- ❖ Fumado: Se considera el hábito practicado durante la actual gestación. En el caso que la respuesta sea Sí anotar el promedio del número de cigarrillos por día.
- ❖ Alcohol: Marcar Sí cuando la ingesta diaria es mayor al equivalente de 2 vasos de vino por día.
- ❖ Drogas: Marcar si utiliza una sustancia no indicada por el personal de salud que produzca dependencia.
- ❖ Examen Clínico Normal (Mamas, Odontológico, Papanicolaou y Cérvix): Sí, cuando el examen es normal, No, cuando se detecta alguna anormalidad.
- ❖ VIH solicitado: Marcar si fue solicitado Si o No
- ❖ VDRL: Resultado y fecha de la toma de la muestra de hasta 2 estudios realizados durante el embarazo (< 20 y > 20 semanas de gestación). Sí alguno resulta positivo, ampliar en las hojas de observación.
- ❖ Hb: Consignar el valor en gramos por 100ml de Hb antes de las 20 y después de las 20 semanas, si es menor de 11.0gr marcar en la casilla amarilla.
- ❖ EGO: Resultado y fecha de la toma de la muestra de hasta 2 estudios realizados durante el embarazo (< 20 y > 20 semanas de gestación). Sí alguno resulta positivo, ampliar en las hojas de observación.
- ❖ Fe/Folatos. Indicar si cuando son prescritos durante la gestación.
- ❖ Indicar si la pesquisa de Estreptococo B en esta edad gestacional (35 a 37 semanas) realizada con toma recto-vaginal y en medio enriquecido, fue negativa, positiva o no se hizo. ⁽¹⁵⁾

Atención Prenatal:

Este sector está destinado al registro de los datos que deben anotarse en cada consulta durante el embarazo. Dispone de nueve columnas que corresponde al mismo número de consultas. Sí se realizan más adjuntar otro formulario de HCPB repitiendo solamente el nombre de la usuaria, el código del establecimiento y el número de la historia clínica. Marcar en los lugares en amarillo siempre que se observe un resultado alterado

- Día, mes y año de la consulta
 - Edad gestacional al momento de la consulta (EG), en semanas completas
 - Peso, en Kilogramos
 - Presión arterial (PA) máxima y mínima, en mm Hg
 - Altura uterina, en centímetros, del pubis al fondo uterino
 - Presentación, cefálica, pelviana, y la situación transversa
 - Frecuencia cardiaca fetal en latidos por minuto (FCF)
 - Movimientos fetales, anotar presente o ausente según corresponda
 - Líneas en blanco: Registrar datos relevantes del embarazo
- ❖ Curva de Altura Uterina y de Incremento de Peso Materno: La eficacia diagnóstica del cálculo de la ganancia de peso materno y de la medida de altura uterina es para detectar alteraciones del crecimiento fetal. ⁽¹⁵⁾

Definición de Calidad

Es la capacidad y oportunidad que tienen los prestadores de servicio de salud de contribuir a mejorar los niveles de salud esperados conforme a las normas, conocimientos de la medicina y la tecnología vigente, con accesibilidad, oportunidad, amabilidad, trato personalizado y comunicación permanente entre los participantes del acto médico y los usuarios, para lograr su mayor beneficio y su máxima satisfacción con los mínimos riesgos posibles y al menor costo. La Organización Mundial de la Salud, la define como:

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

Los parámetros que nos permitan medir la calidad de atención son:

- **Eficacia:** es el grado en el que la atención o intervención proporcionada ha demostrado lograr el resultado deseado o programado para el paciente.
- **Adecuación:** es el grado en que la atención o intervención proporcionada es relevante a las necesidades clínicas del paciente.

- **Disponibilidad:** es el grado en que la atención o intervención adecuada es disponible para satisfacer las necesidades del paciente.
- **Efectividad:** es el grado en que la atención proporcionada, ha usado el método más beneficioso o necesario para el paciente.
- **Puntualidad:** es el grado en que la atención o intervención proporcionada es coordinada con el tiempo entre los médicos, instituciones y el paciente.
- **Seguridad:** del paciente y otros a quienes se proporcionan los servicios. Es el grado en que son reducidos los riesgos de una intervención y el riesgo en el entorno para el bienestar del paciente y a otros incluyendo al médico.
- **Eficiencia:** es la relación entre los resultados (de la atención) y los recursos utilizados para prestar servicios al paciente.
- **Respeto y cuidado:** es el grado en que el personal y la institución que da el servicio le permite al paciente o a su apoderado participar en las decisiones sobre su atención y el nivel de sensibilidad y respeto demostrado por el personal que da la atención hacia las necesidades, expectativas y requerimientos específicos de cada paciente. ⁽¹⁶⁾

Componentes de la Calidad de la Atención de 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 ofrecida por los Servicios de Salud.

Accesibilidad: Posibilidad de los usuarios de acceder a un servicio oportuno que dé respuesta a sus necesidades de Salud.

Factores que lo afectan:

- Geográfico: Distancia, tiempo transporte público, etc.
- Económicos: capacidad de pago a los usuarios.
- Socio- culturales: lenguaje, valores, condición, étnica, etc.
- Organizacionales: horarios, normas, requisitos, frecuencia de las consultas, procedimientos administrativos, etc. ⁽¹⁷⁾

Indicadores de calidad

Existen tres tipos de pruebas para evaluar la calidad:

1. La estructura o las condiciones físicas e institucionales adecuadas en las que se puede mejorar la calidad.
2. El proceso o las acciones que constituyen la prestación de buena atención médica.
3. El resultado o que es lo que se logra con el paciente.

Referirse a la satisfacción significa la medida en que las prestaciones y servicios sanitarios son aceptados por las propias usuarias y por la población en general. 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 sí la decisión acerca de buscar atención o no y que profesional de salud consultará se basa en diferentes factores: horarios 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 de los conocimientos de los usuarios. 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 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.

Por lo tanto la satisfacción es el resultado final de la totalidad que recibe un usuario mediante el grado de cumplimiento de sus expectativas, influenciado por múltiples factores distribuidos a lo largo del proceso de prestación de los servicios de salud en el que participa diferentes profesionales y sistema organizativos que el usuario va percibiendo a medida que avanza el proceso. Estas percepciones subjetivas

acompañadas de sus experiencias anteriores y su estado de ánimo configuran su impresión de la calidad de los servicios. (17)

Qué 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. (18)

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

Indicador: refleja aspectos concretos de la actividad en salud ya sea del primer nivel o segundo 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.

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.

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 usuarias: 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. (18)

Aspectos a considerar en la satisfacción de las usuarias:

1. Satisfacción no siempre se refiere a la calidad del servicio obtenido sino a la expectativa 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 cuáles 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. (18)

Derechos 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.
- **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 está 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 criterios particulares.
- **Consultas:** derecho a consultar con un especialista bajo su cuenta.
- **Denegación de tratamiento;** la paciente podrá rehusar hasta donde se lo permita la ley, considerando terminada la relación médico – paciente cuando así lo desee. (18)

MATERIAL Y MÉTODO

ÁREA DE ESTUDIO:

Centro de salud Haydeé Meneses, ubicado en el Municipio de Palacagüina, el cual se localiza a 3 kilómetros de la carretera Panamericana. Su extensión Territorial es de 192 kilómetros cuadrados, limitando al Norte con el municipio de Totogalpa, al Sur con los municipios de Condega y Pueblo Nuevo, al Este con el municipio de Telpaneca y al Oeste con el municipio de Yalagüina. La Población tiene un total de 13,863 habitantes, divididas en: Urbana: 4,405 y Rural: 9,458. Cuenta con una densidad poblacional de 72 habitantes por kilómetros cuadrados. Respecto a su distribución territorial, la población se concentra en 21 comunidades, una de ellas es urbana (la cabecera municipal) y las restantes rurales.

TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo de Corte Transversal, de Evaluación de Servicios de Salud.

POBLACIÓN DE ESTUDIO (UNIVERSO):

Población 1: Son los 550 expedientes clínicos de las embarazadas que asistieron a su control prenatal en Enero 2007 – Septiembre 2008. Valorado con el primer objetivo.

Población 2: Son todas las mujeres embarazadas que acudieron en ese momento a realizarse su control prenatal, calculándose en promedio 100 pacientes en los meses de Mayo – Agosto 2009. Valorado en el objetivos 2.

MUESTRA:

Es el 60% de la población 1 que equivale a 330 expedientes clínicos de las mujeres que asistieron a su control prenatal en Enero 2007 – Septiembre 2008 y las 100 embarazadas que acudieron a su control prenatal en los meses de Mayo– Agosto 2009.

TIPO DE MUESTREO:

Aleatorio Simple, se realizó a través de la numeración de todos los expedientes clínicos en pedazos de papel que se introdujeron en una bolsa, posteriormente fueron extraídos de forma aleatoria, obteniendo de esta manera los 330 expedientes, los cuales fueron proporcionados por la persona encargada de admisión.

RECOLECCIÓN DE DATOS (FUENTES):

Primaria: Encuesta a las embarazadas que acudieron a su control prenatal en los meses de Mayo – Agosto 2009.

Secundaria: Censo del control prenatal del año 2007 a Septiembre 2008 y los 330 expedientes clínicos de las embarazadas que acudieron a su control prenatal en dichas fechas.

TIPO DE INSTRUMENTO:

Población 1: Ficha de revisión de los expedientes clínicos (HCPB y Actividades del CPN)

Población 2: Encuesta a las usuarias

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Embarazos que no hayan terminado en aborto.
2. Embarazadas que tuvieron de 2 a más controles prenatales realizados.
3. Usuarias que aceptaron voluntariamente a que se les realizara la encuesta sobre satisfacción.

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la realización de este estudio se pidió la autorización de la directora del centro de salud dándole a conocer los objetivos de esta investigación, comprometiéndonos que al finalizar el mismo se darán a conocer los resultados en pro del desarrollo de la institución.

Para la revisión de los expedientes se utilizaron dos instrumentos: Historia Clínica Perinatal Base y las Actividades del Control Prenatal. En el primero se estudiaron 5 acápite los cuales consta en Datos Personales, Antecedentes, Embarazo Actual, Atención Prenatal y las Curvas Altura uterina e Incremento de Peso Materno. El segundo está conformado por 27 actividades establecidas por el Ministerio de Salud.

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

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN:

Se revisaron 330 expedientes clínicos, donde se analizaron para cada uno de éstos las HCPB y las Actividades del control prenatal. También se aplicó 1 encuesta a 100 usuarias activas de este programa. Los datos fueron procesados en el programa EPI-INFO versión 3.5 estableciendo la frecuencia y cruce de variables, para luego representar los resultados en cuadros y gráficos.

OPERIALIZACIÓN DE LAS VARIABLES
Datos de Historia Clínica Perinatal Base (HCPB)

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	VALOR
Datos personales	Conjunto de datos que identifican a una persona tales como: Nombre, Edad, Procedencia, etc., permitiendo clasificar a la paciente con un embarazo de bajo o alto riesgo obstétrico	Nombre Edad Fecha de nacimiento Domicilio Localidad Alfabeta Raza Estudios Estado civil	Correcto, Incorrecto
Antecedentes Patológicos	Enfermedades que padece o padeció la paciente o sus familiares en primer grado de consanguinidad que pueden interferir con la evolución del embarazo.	<p align="center">FAMILIARES</p> TB DM HTA Pre-eclampsia Eclampsia <p align="center">PERSONALES</p> TB DM HTA Pre-eclampsia Eclampsia cirugía tracto reproductivo Infertilidad Cardiopatía Nefropatía Condición médica grave	Correcto, Incorrecto

Antecedentes Obstétricos	Conjunto de datos que tiene la paciente antes de ese embarazo y que nos permite clasificarla según el número de gestas o abortos que ha tenido para brindarle una atención adecuada.	Gestas previas Abortos Partos: vaginales Cesáreas Nacidos vivos Nacidos muertos Viven Muertos: 1ra semana Después de 1ra semana Fin del embarazo anterior Embarazo planeado Fracaso método anticonceptivo Ultimo embarazo previo	Correcto, Incorrecto
Embarazo Actual	Condición que presenta la embarazada en la actual gestión, permitiendo identificar algún problema o situación que pudiese interferir con el producto o ella misma	Peso anterior Talla FUM: Dudas FPP Antitetánica Anti rubéola Grupo y Rh Sensibilidad Fuma, alcohol, drogas	Correcto, Incorrecto
Examen Físico	Es la exploración que se le realiza a toda mujer embarazada con el fin de detectar cualquier alteración o situación que pudiera presentar ésta y que debe de ser tratada precoz y adecuadamente.	Ex clínico normal Ex mamas normal Ex odontológico normal Cérvix normal	Correcto, Incorrecto
Exámenes	Son los estudios pertinentes que deben ser enviados a la paciente según la etapa del embarazo que cursa, o bien las necesidades que ella presente.	Papanicolaou normal VIH solicitado VDRL/RPR: < 20 semanas > 20 semanas Hb: < 20 semanas > 20 semanas	Correcto, Incorrecto

		EGO: < 20 semanas > 20 semanas Folatos indicados Estreptococos B 35 A 37 semanas	
Atención Prenatal	Es el conjunto de actividades que se ejercen sobre la embarazada con el objetivo de vigilar la evolución de la gestante y el producto, así como también obtener una adecuada preparación para el parto	Fecha Edad Gestacional Peso (Kg) Tensión Arterial máx/min (mm Hg) Altura Uterina Presentación) Frecuencia Cardiaca Fetal Movimientos Fetales	Correcto, Incorrecto
Frecuencia de los controles	Son las citas que se le da a la paciente para que acuda a la realización de sus controles.	1er: < 20 semanas 2do: entre 20 a 24 semanas 3ro: entre 28 y 32 semanas 4to: entre 36 y 38 semanas	Correcto, Incorrecto
Curva de Altura Uterina	Es la medición que se le realiza a la embarazada en cada consulta a partir de las 13 semanas de gestación, ésta va desde el pubis hasta fondo uterino	Altura uterina (cm) Edad gestacional (semanas)	Correcto, Incorrecto
Curva de Incremento de Peso Materno	Es la ganancia de peso materno en relación a la edad gestacional a partir de las 17 semanas	Peso materno (Kg) Edad gestacional (semanas)	Correcto, Incorrecto
Satisfacción de las Usuaris			
Estructura	Condiciones físicos- ambientales que prestan las unidades de Salud a la Población.	Infraestructura; Tamaño del local Ventilación Techo, Paredes.	Excelente Buena Regular Mala
		Servicios Básicos; Banca Servicios sanitarios Agua, Luz, Limpieza	Excelente Buena Regular Mala

<p>Satisfacción de las Usuaris</p> <p>Datos personales de las usuarias</p>	<p>Conjunto de características que identifican a una persona</p>	<p>Edad: < 15 años 15-20 años 21-35 años > 35 años</p> <p>Escolaridad: Primaria Secundaria Universidad Iletrado</p> <p>Estado Civil: Casada Soltera Unión estable Otro</p> <p>Ocupación: Ama de casa Comerciante Doméstica Profesional Otros</p> <p>Procedencia: Urbana Rural</p>	
<p>Accesibilidad</p>	<p>Posibilidad de las usuarias de acceder a un servicio de forma oportuno</p>	<p>Tiempo empleado desde su casa al centro de salud. 30 min a < 1 hora 1 a 2 horas > 2 horas</p>	<p>Accesible Poco accesible Inaccesible</p>
		<p>Transporte</p>	<p>Vehículo Propio Caminando Transporte Público Otro</p>
		<p>Costo < 10 córdobas 10 - 20 córdobas > de 20 córdobas</p>	<p>Se gasta Poco Se gasta algo Se gasta mucho</p>

Satisfacción	Grado de Cumplimiento de sus expectativas en cuanto a la atención recibida y sus resultados.	Tiempo de espera: < 30 min 30 min – 1 hora > 1 hora	Bueno Regular Malo
		Duración de la consulta: < 10 min 10 – < 20 min 20 – 30 min > 30 min	Malo Regular Bueno Excelente
		Trato del personal de salud	Malo Regular Bueno Excelente
		Valoración de la atención recibida	Malo Regular Bueno Excelente
		Indicación de tratamientos	Sí NO
		Proporción del Tratamiento prescrito	Sí NO
		Consejería recibida	Sí NO
		Exámenes indicados	Sí NO

RESULTADOS

En este estudio realizado se analizaron varios aspectos acerca del Cumplimiento de las Normas del Control Prenatal, una de éstas es el Llenado correcto de la Historia Clínica Perinatal Base, en donde se estudiaron 330 expedientes para valorar el llenado de ésta, encontrándose que en el acápite de los **Datos Generales** de las usuarias sólo el 71% estaba llenado correctamente, en donde sobresale los ítems de estado civil, y domicilio con un 99%, el menor porcentaje de llenado correcto lo obtuvo la variable parto en con un 0.3%. (Cuadro No. 1)

En relación a los **Antecedentes** estos fueron llenados correctamente en un 95% en relación a los ítems familiares, personales y obstétricos, por el contrario la variable fin anterior embarazo sólo obtuvo el 85%. (Cuadro No. 2). En los datos de **Embarazo Actual** se encontró que la mayoría de las variables son llenadas de forma correcta, donde destaca fecha última menstruación (FUM) con un 99%, seguido de la talla. En cambio la variable grupo y Rh sólo el 34% tiene un llenado correcto. En relación al hierro y Folatos indicados se observó que sólo el 69% de las HCPB tienen el dato correctamente. (Cuadro No. 3)

Con respecto al **Examen Clínico** y de **Mamas** estos fueron llenados de forma correcta en un 96%, caso contrario ocurrió con la revisión del Cérvix que sólo fue de un 45% de las HCPB en estudio. (Cuadro No. 4). En lo referente a los **Exámenes de Laboratorio** se observó que únicamente el 41% de las fichas fue llenado correctamente, obteniéndose el menor porcentaje en los exámenes después de las 20 semanas de gestación con un 17%, y de éstos el VDRL es el que menos se llena con un 10%. A cerca de la información obtenida del VIH se encontró que el 81% presenta un llenado correcto de las HCPB analizadas. (Cuadro No. 5)

En relación al componente **Atención Prenatal** el cual está conformado por 8 actividades se obtuvo que todas éstas fueron llenadas correctamente con un 100%. (Cuadro No. 6)

En el último acápite de la HCPB el cual está integrado por las Curvas de Altura Uterina e Incremento de Peso Materno se encontró que únicamente el 11% de todas las fichas analizadas fueron llenadas correctamente. (Gráfico No. 1)

Otro de los aspectos analizados para el cumplimiento de las normas son las Actividades del Programa Control Prenatal el cual consta de 27 acápite encontrándose que se cumplió al 100% para las actividades Anamnesis, Cálculo de Edad Gestacional, Diagnóstico de Embarazo, Examen Clínico, Peso, Entrega de Hierro y Ácido fólico, Presión Arterial, Crecimiento Fetal, Diagnóstico de Vida Fetal, Diagnóstico Número de fetos, Diagnóstico presentación fetal, Contenido Educativo. (Cuadro No. 7)

En relación a los exámenes de laboratorio EGO Hb y VDRL que se enviaron antes de las 20 semanas el porcentaje de cumplimiento fue de 72% en cambio, los exámenes mayor de las 20 semanas sólo obtuvo el 37%. Otros exámenes establecidos en las actividades lo compone la Glicemia antes y después de las 20 semanas obteniendo un 2% y 1% respectivamente y la prueba del VIH en un 86%. En cuanto al urocultivo y cultivo de secreción vaginal no obtuvo ningún porcentaje. (Cuadro No. 7)

En cuanto a la Satisfacción de las usuarias tenemos que éste se divide en Característica Socio-Demográficas, Accesibilidad a la Unidad de Salud, Atención Brindada en el centro de salud y Valoración de la Satisfacción de las usuarias.

Características Socio-Demográficas de las usuarias

Al analizar estos datos se encontró que las edades que predominaron fueron de 20 – 24 con el 42%, siendo el estado civil de unión libre con un 77%. (Cuadro No. 8). En relación a la escolaridad los resultados mostraron que el 45% corresponde a la primaria, siendo la ocupación de ama de casa en ese grupo con un 42%. (Cuadro No. 9). En lo respecta a la procedencia se obtuvo que el 64% corresponde a la rural. (Gráfico No. 2).

Accesibilidad a la unidad de salud

En este acápite se abarcaron los aspectos siguientes geográficos y económicos, en el primero el 75% de las usuarias tardó de 30 minutos a menos de 1 hora en llegar a la unidad de salud, siendo el transporte más utilizado caminando con un 63%. En cuanto al aspecto económico el 70% no reportaron gasto alguno. (Cuadro No. 10)

Atención brindada en el centro de salud

Según estimación de las usuarias se encontró que el 50% reportó que el tiempo de espera para ser atendida fue de 30 minutos a menos de 1 hora, seguido del 27% que tardó más de 1 hora para la realización de su control prenatal. En relación a la duración de la consulta brindada se obtuvo que el 43% de las usuarias se les dedicó de 20 a 30 minutos por consulta. (Cuadro No. 11). El 100% de las usuarias consideró que el lenguaje utilizado por parte del personal fue comprensible. Con respecto a la explicación de los procedimientos y respeto a su privacidad se obtuvo el 94%. (Cuadro No. 12)

Referente a las medicinas recetadas sólo el 60% de las usuarias las encontró en la unidad de salud. El 99% de las embarazadas reportó haber recibido consejería y que se le han realizado exámenes de laboratorio. El 100% de las usuarias están dispuestas a regresar a su próximo control, además manifiestan que les gustaría que la atendiese la misma persona que le realizó este control. (Cuadro No. 13)

De forma general al valorar la Satisfacción de las usuarias que acudieron a su control prenatal se encontró que el 80% respondieron que la atención recibida en todos los aspectos es buena en relación a sus expectativas. (Cuadro No. 14)

DISCUSIÓN

En Nicaragua uno de los grandes retos que tiene el ministerio de salud es fortalecer la atención médica a nivel primario del binomio madre-hijo. Para una mejor atención a éste nivel es necesario dirigir los recursos hacia los grupos más vulnerables para un manejo correcto y clasificación de los pacientes, valorando adecuadamente los factores de riesgo y así evitar complicaciones.

En el presente estudio se analizó el cumplimiento de las Normas del Control Prenatal en base al llenado correcto de la HCPB y la realización de las actividades establecidas de este programa. Además, se valoró la satisfacción de las usuarias en relación a dicho programa.

En cuanto al llenado correcto de la HCPB en relación a los datos personales se observó una mejoría en el registro de éstos en cuanto al Estado Civil, Estudios cursados y Domicilio lo que concuerda en el estudio realizado por el Dr. Francisco Benitez en el centro de salud Vicente Godoy, Macuelizo, Junio 2004⁽⁶⁾. Cabe destacar que el ítems edad sólo el 77% se registró correctamente, dato muy importante ya que la mortalidad materno-fetal y los defectos congénitos suelen ser más frecuentes en las adolescentes y mujeres a partir de los 35 años de edad.

De igual forma se observó un cumplimiento pleno en el registro de los antecedentes familiares, personales y obstétricos, esto es un dato alentador ya que al tener registros de dichos datos se transforma en una herramienta básica para obtener una mejor clasificación de los embarazos de bajo y alto riesgo obstétrico.

Las mayores deficiencias encontradas en el llenado de la Historia Clínica Perinatal Base se obtuvieron en el acápite Embarazo Actual, lo que refleja falta de interés por el personal de salud. En el ítems grupo y Rh sólo el 34% se registró correctamente, a pesar que esta unidad de salud cuenta con los materiales y reactivos necesarios para la realización de ésta, la importancia de esto radica en descartar incompatibilidad de grupo y Rh para prevenir futuras complicaciones en el bebé. De igual forma no hay un registro satisfactorio en cuanto a la valoración del cérvix lo que conlleva a una captación tardía de un embarazo de alto riesgo y una oportuna valoración especializada. En relación a los exámenes de laboratorio tales como Papanicolaou, Hemoglobina, EGO, VDRL, sólo el 41% fue llenado

adecuadamente dato muy alarmante, ya que a través de éstos se puede detectar oportunamente afecciones que ponen en riesgo la vida de la madre, el niño o ambos.

Referente al componente atención prenatal se observó un cumplimiento absoluto en las 8 actividades que comprende este acápite.

En cuanto a la valoración de las curvas Altura Uterina e Incremento de Peso Materno se obtuvo que sólo el 11% de las HCPB estudiadas fue llenado correctamente, lo que es sumamente preocupante, ya que esto demuestra falta de interés por parte del personal de salud, debido a que cuentan con los datos necesarios para graficar dichas curvas, lo cual se demostró en el componente anterior Atención Prenatal que fue llenado al 100%. Otro dato a tomar en cuenta es que a través de las curvas se puede detectar alteraciones en el crecimiento fetal y problemas maternos.

Con respecto al cumplimiento de las actividades establecidas en la atención prenatal se encontró que todas éstas a excepción de los exámenes son realizadas al 100%. Llama mucho la atención que los exámenes principalmente mayor de las 20 semanas (EGO, Hb, VDRL) no se están indicando, lo que concuerda con el llenado incorrecto de éstos en la HCPB. Otro dato relevante lo conforma la glicemia la que no está siendo indicada en ningún momento que la embarazada llega a la realización de su control, a pesar que la unidad de salud cuenta con los medios para su realización. En relación al urocultivo y cultivo de secreción vaginal estos no se realizan por que no se cuenta con los reactivos necesarios, pero tampoco son indicados por el personal de salud.

En cuanto a la satisfacción de las usuarias se obtuvo que el grupo etáreo que predominó fue de 20-29 años de edad con el 64%, lo que se relaciona con las edades fisiológicas recomendadas por la OMS para la etapa reproductiva. Con respecto al estado civil de las usuarias se encontró que el 77% tiene unión estable, lo que favorece a la gestacion siendo la responsabilidad compartida. Con respecto a la escolaridad y ocupación se encontró una estrecha relación, donde predominó la etapa primaria con 45% y ama de casa con el 86%, reflejando la situación económica del país, obligando a las mujeres abandonar precozmente los estudios y dedicarse a las labores del hogar lo que puede interferir en la asistencia a los

controles prenatales, coincidiendo con el estudio realizado por Castillo Reyes Dora en el puesto de salud Lea Brackette, Bluefields, 2006 ⁽¹⁸⁾.

Referente a la procedencia el área que predominó fue la rural, a pesar de esto la accesibilidad a los servicios de salud no está limitada ya que se cuenta con 3 puestos de salud en las comunidades más alejadas, las usuarias tardan de 30 minutos a 1 hora en llegar a la unidad de salud y el medio de transporte más utilizado es caminando lo que no les genera ningún gasto esto en el 70% de la población en estudio; debido a lo antes mencionado las usuarias valoran la satisfacción como buena.

Se encontró que el rango de tiempo de espera para que la usuaria fuese atendida fue de 30 minutos a menor de 1 hora lo que no se relaciona con las normas revisadas, que refiere que el tiempo de espera máximo es de 30 minutos, a pesar de esto las gestantes manifestaron que el tiempo de espera fue bueno justificando éstas que la unidad de salud no cuenta con suficientes recursos y la demanda de atención es elevada.

En relación a la duración de la consulta recibida se encontró buena satisfacción por parte de las usuarias, ya que duró de 20-30 minutos coincidiendo con las normas del control prenatal indicando que una consulta de calidad debe durar este lapso de tiempo como mínimo donde se garantice calidad de atención a la embarazada así como también la implementación de temas educativos para la preservación de la salud.

En cuanto a la percepción de las usuarias a cerca de las condiciones físico-ambientales de la unidad de salud refieren que la satisfacción es buena en relación al ambiente, limpieza, iluminación y comodidad de las sillas.

En general, las pacientes estudiadas valoraron como buena la calidad de la atención en lo que respecta al hecho de haber sido atendidas por el personal de salud, trato con amabilidad, lenguaje utilizado comprensible, explicación de los procedimientos a realizarse, privacidad, así como también están dispuestas a regresar a su próximo control e incluso aceptar ser atendidas por la misma persona; esto demuestra que una atención con calidad y calidez hace más que probable que la paciente satisfecha colabore eficazmente con el médico y a su vez la satisfacción influye sobre el acceso al cuidado ya que es más probable que la embarazada vuelva a buscar atención medica.

CONCLUSIONES

- Se está realizando un llenado correcto de las Historias Clínicas Perinatales Base en cuanto a Datos Generales y Antecedentes, sin embargo, existe una enorme deficiencia en el segmento Embarazo Actual, principalmente en los exámenes, ya que no se están reportando a pesar de ser indicados en la mayoría de las ocasiones en el primer encuentro que se tiene con las usuarias.
- En relación al acápite de Atención Prenatal existe un llenado correcto al 100% en todos sus componentes.
- Se observó un llenado correcto de apenas un 11% de las Curvas Altura Uterina e Incremento de Peso Materno, a pesar de que se cuenta con los datos necesarios para la realización de dicho componente.
- En cuanto al cumplimiento de las Actividades del programa Control Prenatal se comprobó que sí se está realizando a cabalidad en la mayoría de éstas, pero referente a los exámenes de laboratorio existen dificultades para enviarlos, principalmente los que se indican después de las 20 semanas de gestación que sólo obtuvo el 37% a pesar que esta unidad de salud sí cuenta con los reactivos para procesar dichas muestras. Además no se está cumpliendo con enviar el Urocultivo ni Cultivo de Secreción Vaginal.
- En relación al grado de Satisfacción de las usuarias, ellas manifiestan su total agrado a la atención recibida en todos sus aspectos.

RECOMENDACIONES

1. Realizar monitoreo continuo (cada 3 meses) a los expedientes para analizar las debilidades que presentan y así reforzar esas áreas, principalmente la de los exámenes de laboratorio y las curvas Altura Uterina e Incremento Peso materno lo que conllevaría a un llenado correcto de las HCPB y cumplimiento de las actividades del Control Prenatal.
2. Exponer los resultados de este estudio a los trabajadores del Centro de Salud Haydeé Meneses para que conozcan las fortalezas y debilidades que tienen, lo que ayudará a mejorar el cumplimiento de las normas y por ende la calidad de atención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Faúndez Siña Donoso. Control Prenatal. Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. Capítulo 12, Segunda Edición, 1992. [Fecha de acceso 12 de septiembre 2008], Página 156/167. URL disponible en:
http://www.who.int/reproductivehealth/publications\rhr_01_30_sp\RHR_01_30_4.sp
2. Ministerio de Salud Nicaragua. Protocolo para la atención obstétrica y pediátrica dirigido al personal médico. Dirección de atención integral a la mujer y a la adolescencia. Managua, Nicaragua, 2001.
3. Ministerio de salud Nicaragua. Normas de Atención Prenatal, parto de bajo riesgo y puerperio normal. Managua, Nicaragua, 1997.
4. Díaz Angel Gonzalo. Sistema Informativo Perinatal, CLAP (Publicación Científica CLAP 1203) Montevideo, Uruguay. 1990. [Fecha de acceso 12 de septiembre 2008], vol. 6. URL disponible en: <http://www.rmu.org.cy/revistaz\990>, art 10
5. Murillo Acuña Lilliam. Calidad de Control Prenatal en el centro de Salud Ciudad Sandino. [Informe final para optar al título de Maestro en Salud Pública] Managua: UNAN- Managua; 2004.
6. Benitez Somarriba Francisco y Cols. Aplicación de estándares de calidad en el llenado de la Historia Clínica Perinatal Base en la atención prenatal, Centro de Salud Macuelizo, Nueva Segovia. [Tesis para optar al título de Médico y Cirujano]. León: UNAN- León; 2004
7. Ministerio de Salud Nicaragua. Normas de Atención del Embarazo de Bajo Riesgo. Managua, Nicaragua. 1988.
8. Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP). Salud Perinatal. El Control Prenatal. Montevideo, Uruguay.1990. [Fecha de acceso 02 de Octubre 2008], Vol. 3 N 10. URL disponible en: http://www.clap.ops.org/wed_2005\Boletines y Novedades 2010
9. Herrera Vallejos Raquel. Calidad y cobertura del Control Prenatal (estudio comunitario), Matagalpa. [Tesis para optar al título de Médico y Cirujano]. León: UNAN- León; 1996.
10. Portillo Herrera Concepción. Evaluación de la calidad del Programa Control Prenatal en el área 5, Región II. [Tesis para optar al título de Médico y Cirujano]. León: UNAN- León; 1988.

11. López Daniel y Cols. Percepción de las Usuaris sobre Calidad de la Atención Prenatal en dos unidades de Salud del SILAIS Juigalpa, Chontales. [Tesis para optar al título de Médico y Cirujano]. León: UNAN- León; 1998.
12. Arguello Pallais David. Calidad de prestación de los Servicios del Subprograma control Prenatal. Municipio de San Carlos, Río san Juan. [Tesis para optar al título de Médico y Cirujano]. León: UNAN- León; 2004.
13. Abaunza Castellón Yanina. Calidad del Subprograma control Prenatal en los Municipio el Jicaral y Malpaisillo. Managua. [Tesis para optar al título de Médico y Cirujano]. Managua: UNAN- Managua; 1985
14. Schwarcz Ricardo. Obstetricia, 5^{ta} Edición. Editorial El Ateneo. Buenos aires, Argentina. 2004.
15. Bermúdez Sánchez Xavier. Historia clínica Perinatal Base. Hospital Bertha Calderón Roque. Managua, Nicaragua 2002. [Fecha de acceso 03 de Octubre 2008]. URL disponible en: <http://www.bertha.gob.ni/Aro/> Qué es el Sistema Informativo Perinatal
16. Ministerio de Salud Nicaragua. Estándares e Indicadores de Calidad de Proceso de Atención de la Embarazada y del Recién Nacido. 2^{da} edición. Managua, Nicaragua. 2004.
17. Estrada Palma Bertha y Cols. Calidad de atención de los controles prenatales del Centro de Salud de Ciudad Sandino. [Tesis para optar al título de Médico y Cirujano]. León: UNAN- León; 1997
18. Castillo Reyes Dora. Cumplimiento de los estándares de calidad del componente control Prenatal, Satisfacción de las Usuaris y Prestadoras de Servicio. Puesto de Salud Lea Brackette, Bluefields RAAS, Febrero [Tesis para optar al título de Médico y Cirujano]. León: UNAN- León; 2006.

ANEXOS

ACTIVIDADES Y CRONOLOGÍA PARA LAS CONSULTAS

ACTIVIDADES		1ra consulta	2da consulta	3ra consulta	4ta consulta
	Edad gestacional en semanas	Antes de 20 SG (1)	De 20 - 24 SG	De 28 - 32 SG	De 36 - 38 SG
Anamnesis		+	+	+	+
Cálculo de edad gestacional		+	+	+	+
Diagnóstico de embarazo		+			
Examen clínico completo incluyendo mamas		+	+	+	+
Talla		+			
Peso actual		+	+	+	+
Vacuna antitetánica		+	+	+	
Grupo sanguíneo y RH		+			
EGO		+		+	
Hemoglobina		+		+	
Entrega de fe y ácido fólico		+	+	+	+
Glicemia		+		+	
VDRL		+		+	
VIH - Test ELISA		+			
Examen odontológico		+			
Examen mama		+			
Papanicolaou		+			
Presión arterial		+	+	+	+
Evaluación Crecimiento Fetal		+	+	+	+
Diagnóstico Vida fetal			+	+	+
Diagnóstico Número Fetos			+	+	+
Diagnóstico Presentación Fetal				+	+
Valoración pelvis					+
Contenido educativo		+	+	+	+
Evaluación del Riesgo Perinatal		+	+	+	+
Cultivo Secreciones Vaginales		+	+	+	+
Urocultivo		+	+	+	+

ENCUESTA A LAS USUARIAS QUE ACUDAN A SU CONTROL PRENATAL

Deseamos conocer su opinión sobre la calidad del servicio que se le brinda en esta unidad de salud, no omitimos manifestarle que sus respuestas son confidenciales y serán utilizadas para mejorar la calidad de atención.

I. Datos personales de las usuarias:

Edad__

Escolaridad: Primaria Secundaria Universidad Iltrado

Ocupación: Ama de casa Comerciante Doméstica Profesional
Otro

Estado Civil: Casada Unión estable Soltera Otro

Procedencia: Urbana Rural

II. Accesibilidad a la Unidad de Salud

1. ¿Cuánto tiempo tardó usted en venir desde su casa hasta el centro de salud?

30 min – < 1 hora 1- 2 horas >2 horas

2. ¿Qué medio de transporte utilizó para llegar al centro de salud?

Vehículo propio Caminando Transporte Público

Otro

3. ¿Cuánto dinero gasto para venir a esta Unidad de Salud?

<10 córdobas 10-20 córdobas > 20 córdobas

Nada

III. Sobre la Atención Recibida en el Centro de Salud

4. ¿Cuánto tiempo esperó para ser atendida en esta unidad de salud?

< 30 min 30 min – 1 hora > 1 hora

5. ¿Cuánto tiempo duró la consulta recibida?

< 10 min 10- < 20 min 20 – 30 min > 30 min

6. ¿El lenguaje que utilizó el personal durante la consulta fue comprensible para usted?

Si No

7. ¿Antes de examinarla la persona que la atendió le explicó en qué consistía el procedimiento que le iba a realizar?

Si No

8. ¿Durante la consulta respetaron su privacidad?

Si No

9. ¿Encontró todas las medicinas en la Farmacia del Centro?

Sí No

10. ¿Recibió algún tipo de consejería por parte del personal de salud que la atendió?

Sí No

11. ¿Le han realizado exámenes de laboratorio en el transcurso de su embarazo?

Sí No

12. ¿Le dieron cita y le explicaron cuando debía regresar?

Si No

13. ¿Está dispuesta a regresar a su próximo control prenatal?

Si No

14. ¿Le gustaría que en su próximo control la atendiera la misma persona que la atendió hoy?

Si No

III. Estado de Satisfacción de las Usurarias (Marque con una "X" la respuesta que considera más adecuada a cada una de las siguientes preguntas).

Preguntas	Malo	Regular	Bueno	Excelente
¿Cómo valora la distancia que tiene que recorrer entre su casa y el centro de Salud?				
¿Cómo valora el gasto que hizo para venir a esta unidad de salud?				
¿Cómo valora el ambiente donde esperó para recibir la atención?				
¿Cómo valora la limpieza de este centro de salud?				
¿Cómo valora el estado de la iluminación del Centro de Salud?				
¿Cómo valora el estado de la ventilación del Centro de Salud?				
¿Cómo valora la comodidad de las sillas en sala de espera?				
¿Cómo valora el tiempo que esperó para que le brindaran la atención?				
¿Cómo le parece el tiempo que le dedicó el personal en la consulta durante su control?				
¿Cómo clasificaría el trato de la persona que la atendió en admisión?				
¿Cómo clasificaría el trato de la persona que le atendió su control?				
¿Cómo clasificaría el trato de la persona que le atendió en el Laboratorio?				
¿Cómo clasificaría el trato de la persona que le atendió en la Farmacia?				
¿Cómo valora la explicación que le dio el personal de Salud sobre su embarazo?				

¿Cómo valora la información que le dio el personal de Salud sobre cada uno de los procedimientos a realizarse?				
¿Cómo valora la examinación que hizo el personal de Salud?				
¿Cómo valora la información que le dio el personal de Salud sobre su próxima cita?				
¿Cómo valora la entrega de Medicamentos según las recetas que extendió el personal en el Centro de Salud?				
¿Cómo valora usted la atención recibida el día de hoy en esta unidad de salud?				

CUADROS

Cuadro No. 1

Llenado correcto del acápite Datos Generales de la Historia Clínica Perinatal Base HCPB. (n= 330)

Variables	% llenado correcto
Nombres y Apellidos	73
Parto en	0.3
Número de Identidad	7
Domicilio	98
Localidad	96
Teléfono	8
Fecha Nacimiento	97
Edad	77
Alfabeta	98
Raza	98
Estudios	99
Estado Civil	99
Llenado Correcto Global	71

Cuadro No. 2

Llenado correcto del segmento Antecedentes de las usuarias (n= 330)

Variable	% llenado correcto
Familiares	99
Personales	99
Obstétricos	98
Fin Anterior Embarazo	85
Embarazo Planeado	96
Fracaso Método	93
Llenado Correcto Global	95

Cuadro No. 3

Llenado correcto del componente Embarazo Actual de las usuarias (n= 330)

Variables	% llenado correcto
Peso Anterior	79
Talla	98
FUM	99
FPP	86
Dudas	96
Antitetánica	76
Antirubéola	95
Grupo y Rh	34
Fuma	81
Alcohol y Drogas	98
Fe/ Folatos Indicados	69
Fe Proporcionados	76
Llenado Correcto Global	82

Cuadro No. 4

Llenado correcto del Examen Físico de las embarazadas (n= 330)

Variables	% llenado correcto
Examen Clínico	97
Examen Mamas	96
Examen Odontológico	65
Cérvix	45
Llenado Correcto Global	76

Cuadro No. 5

Llenado correcto de los exámenes de Laboratorio de las embarazadas (n= 330)

Variables	% llenado correcto
Papanicolaou	31
VIH	81
VDRL < 20 semanas gestación	42
VDRL > 20 semanas gestación	10
Hemoglobina < 20 semanas gestación	48
Hemoglobina > 20 semanas gestación	22
EGO < 20 semanas gestación	55
EGO > 20 semanas gestación	21
Estreptococo B	62
Llenado Correcto Global	41

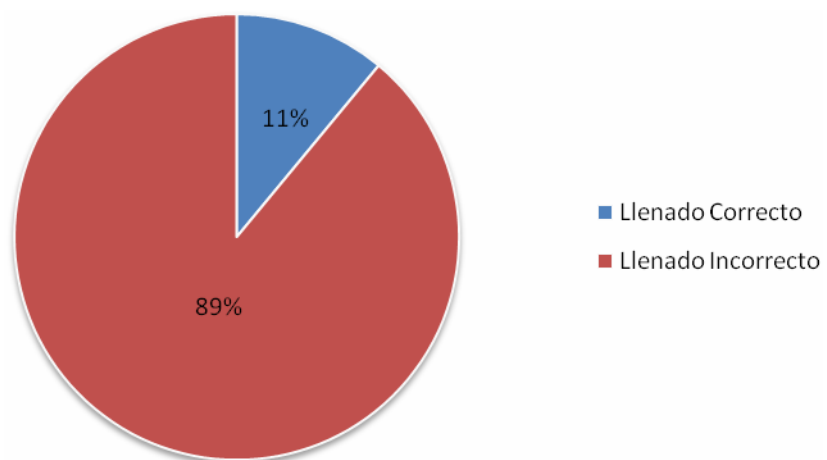
Cuadro No. 6

Llenado correcto del acápite Atención Prenatal de las HCPB (n= 330)

Variables	% llenado correcto
Fecha	100
Edad gestacional	100
Peso	100
Tensión Arterial	100
Altura Uterina	100
Presentación	100
Frecuencia Cardíaca Fetal	100
Movimientos Fetales	100
Llenado Correcto Global	100

Gráfico No. 1

Porcentaje del llenado correcto de las Curvas Altura Uterina e Incremento de Peso Materno (n= 330)



Fuente: Expedientes Clínicos

Cuadro No. 7

Porcentaje de cumplimiento de las Actividades realizadas por el personal de salud (médicos y enfermeras) durante el Control Prenatal en el Centro de Salud Haydeé Meneses (n= 330)

Actividades	% de Cumplimiento
Anamnesis	100
Cálculo edad gestacional	100
Diagnóstico de embarazo	100
Examen clínico completo	100
Talla	99
Peso actual	100
Vacuna antitetánica	85
Grupo sanguíneo y RH	74
EGO < 20 semanas	73
EGO > 20 semanas	40
Hemoglobina < 20 semanas	72
Hemoglobina > 20 semanas	36
Entrega de Fe y ácido fólico	100
Glicemia < 20 semanas	2
Glicemia > 20 semanas	1
VDRL < 20 semanas	72
VDRL > 20 semanas	35
VIH-test de Elisa	86
Examen odontológico	66
Examen de mama	95
Papanicolaou	76
Presión arterial	100
Evaluación crecimiento fetal	100
Diagnóstico vida fetal	100
Diagnóstico número de fetos	100
Diagnóstico presentación fetal	100
Valoración de pelvis	100
Contenido educativo	100
Evaluación del riesgo perinatal	100
Cultivo secreciones vaginales	0
Urocultivo	0

Cuadro No. 8

Características Socio-Demográficas de las usuarias del Programa Control Prenatal según Edad y Estado Civil (n= 100)

Edad	Estado Civil						
	Casada	%	Soltera	%	Unión Estable	%	Total
15- 19	0	----	8	(36)	14	(64)	22 (22)
20- 24	2	(5)	3	(7)	37	(88)	42 (42)
25- 29	3	(14)	2	(9)	17	(73)	22 (22)
30- 34	4	(33)	1	(8)	7	(58)	12 (12)
Mayor 35	0	----	0	-----	2	(100)	2 (2)
Total	9	(9)	14	(14)	77	(77)	100 (100)

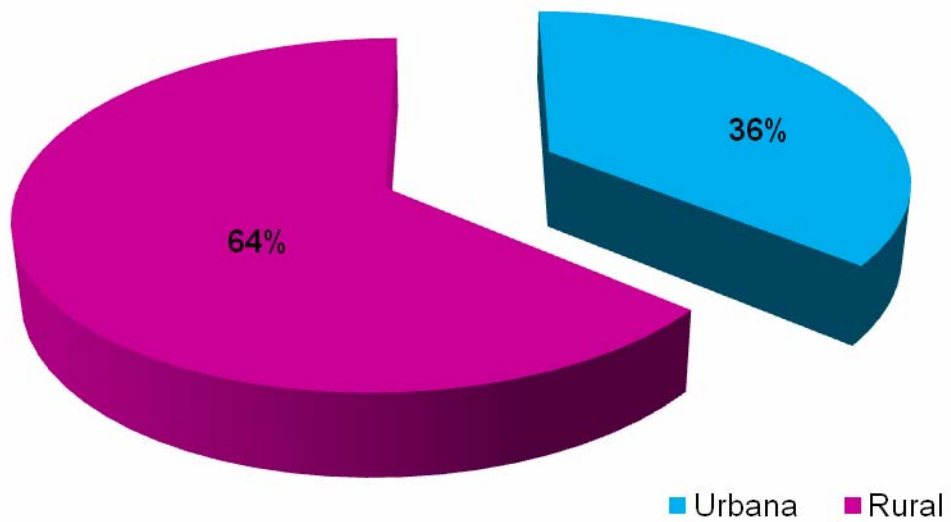
Cuadro No. 9

Escolaridad y Ocupación de las usuarias que asistieron a su control prenatal (n=100)

Escolaridad	Ocupación										
	Ama Casa	%	Comerciante	%	Doméstica	%	Profesional	%	Otros	%	Total
Iletrado	1	(100)	0	-----	0	-----	0	-----	0	----	1 (1)
Primaria	42	(93)	1	(2)	1	(2)	0	-----	1	(2)	45 (45)
Secundaria	37	(93)	0	-----	1	(3)	0		2	(5)	40 (40)
Universidad	6	(43)	0	-----	0	-----	8	(51)	0	----	14 (14)
Total	86	(86)	1	(1)	2	(2)	8	(8)	3	(3)	100 (100)

Gráfico. No. 2

Procedencia de las usuarias que asistieron a la realización de su control prenatal (n= 100)



Fuente: Expedientes Clínicos

Cuadro No. 10

Accesibilidad de las usuarias para llegar a la unidad de salud a la realización de su control prenatal (n= 100)

Variables	%
Tiempo llegada Casa- C/S	
30 minutos < 1 hora	75
1- 2 horas	10
> 2 horas	15
Transporte Utilizado	
Caminando	63
Transporte público	25
Vehículo propio	6
Otros	6
Gasto en Transporte	
Nada	70
< 10 córdobas	6
10- 20 córdobas	8
> 20 córdobas	16

Cuadro No. 11

Tiempo de Espera y Duración de la Consulta brindada a las usuarias que acudieron a la realización de su control prenatal (n= 100)

Variables	%
Tiempo de espera	
< 30 minutos	23
30 minutos a 1 hora	50
> 1 hora	27
Duración de la consulta	
< 10 minutos	0
10 - < 20 minutos	38
20 - < 30 minutos	43
> 30 minutos	19

Cuadro No. 12

Atención recibida en relación a Lenguaje utilizado, explicación de Procedimientos y Privacidad de las usuarias del Programa control prenatal (n= 100)

Variables	%
Lenguaje Comprensible	
Sí	100
No	----
Explicación Procedimientos	
Sí	94
No	6
Respetaron su Privacidad	
Sí	94
No	6

Cuadro No. 13

Atención recibida en relación a las Medicinas encontradas, Consejería, Exámenes de Laboratorio, Próxima cita, Atención del mismo Personal y Disposición para la realización de su próximo control (n= 100)

Variables	%
Encontró todas las Medicinas	
Sí	60
No	40
Recibió Consejería	
Sí	99
No	1
Realización Exámenes Laboratorio	
Sí	99
No	1
Cita y Cuándo regresar	
Sí	100
No	-----
Atención mismo Personal	
Sí	99
No	1
Regresaría al Próximo Control	
Sí	100
No	-----

Cuadro No. 14

Percepción de las usuarias en relación al estado de satisfacción con los aspectos de la atención recibida en el centro de salud durante la realización de su control prenatal. (n= 100)

Aspectos de la atención	Malo %	Regular %	Bueno %	Excelente %	Total %
Distancia casa- centro de Salud	14	39	41	6	100
Gasto realizado en transporte	2	33	57	8	100
Ambiente donde esperó	2	22	76	0	100
Limpieza	1	38	60	1	100
Iluminación	0	20	80	0	100
Ventilación	0	23	77	0	100
Comodidad de las sillas	1	26	73	0	100
Tiempo de espera	10	27	62	1	100
Tiempo dedicado en la consulta	0	7	85	8	100
Trato de la admisionista	0	1	93	6	100
Trato de la persona que atendió su control	0	1	89	10	100
Trato en el laboratorio	0	2	89	9	100
Trato de la persona en Farmacia	0	5	89	6	100
Explicación sobre su embarazo	1	2	90	7	100
Información de los procedimientos	0	3	93	4	100
Examinación realizada	0	2	93	5	100
Información sobre próxima cita	0	2	92	6	100
Entrega de Medicamentos	0	11	85	4	100
Atención recibida	0	2	92	6	100
Total	2	14	80	4	100

