

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
MEDICINA**



**TESIS
PARA OPTAR AL TÍTULO DE
DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA**

Evaluación de la calidad del control y seguimiento de llenado de la Historia Clínica Perinatal Básica (HCPB) en el primer nivel de Atención por parte del personal clínico en el Centro de Salud “Jinotegüita” del Municipio de Wiwilí, Departamento de Jinotega, Enero - Agosto del 2008.

Autores:

Br. Walter Alexander Gómez Áreas.

Br. Ramiro Alberto Guido Ramos.

Tutor(a):

**Dra. Teresa Rodríguez
Médico-Cirujano
Master en Toxicología Ambiental**

León, 15 de Octubre del 2009.



Tema:

Evaluación de la calidad del control y seguimiento de llenado de la Historia Clínica Perinatal Básica (HCPB) en el primer nivel de Atención por parte del personal clínico en el Centro de Salud “Jinotegüita” del Municipio de Wiwilí, Departamento de Jinotega, Enero - Agosto del 2008.

Elaborado por:

Br. Walter Alexander Gómez Áreas.

Br. Ramiro Alberto Guido Ramos.

Tutor(a):

Dra. Teresa Rodríguez
Médico-Cirujano
Master en Toxicología Ambiental

León, 15 de Octubre del 2009.

PRESENTACION

RESUMEN

Evaluación de la calidad del control y seguimiento de llenado de la Historia Clínica Perinatal Básica (HCPB) en el primer nivel de Atención por parte del personal clínico en el Centro de Salud “Jinotegüita” del Municipio de Wiwilí, Departamento de Jinotega, Enero - Agosto del 2008. Dra. Teresa Rodríguez Médico-Cirujano Master en Toxicología Ambiental Br. Walter Alexander Gómez Áreas.Br. Ramiro Alberto Guido Ramos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido como uno de sus objetivos: “Hacer progresar la acción de la salud y del bienestar de la madre y del niño; por consiguiente, los servicios de salud deben enfocarse en un control prenatal de manera integral.

El Centro de Salud “Jinotegüita”: se encuentra ubicado en el Municipio de Wiwilí, Departamento de Jinotega. Centro de salud que presenta servicios para la atención hospitalaria. Se realiza un estudio Descriptivo de evaluación de programas, con un universo de 535 expedientes de los cuales el 50% (267) se revisaron cumpliendo los criterios del estudio 131 expedientes, con un muestreo Probabilístico aleatorio simple.

El Procesamiento y Análisis de la información se utilizaron los Estándares e Indicadores de calidad de procesos de atención de la Embarazada y Recién Nacido del MINSA para el Primer Nivel de Atención, los datos obtenidos se analizaron, a través del programa Excel 2004, extrayéndose porcentajes, media, mediana y moda, y presentándose por medio de gráficos y tablas, dicha información es conocida únicamente por el grupo de investigadores.

Resultados:

La población en estudio es joven con rango de edad de 20-34 años (57%), con una baja escolaridad: primaria incompleta (53%). Estado civil: unión estable (54%) y del área rural (73%).

El cumplimiento de las actividades normadas según los protocolos: se evidencian dificultades en el llenado y registro de las mismas, no así con la prevención de la hemorragia posparto, igualmente se realiza consejería y promoción de la planificación familiar a toda puérpera, las que optan por la depoprovera en un 57%.

La atención del recién nacido tiene serias dificultades tanto en su primera evaluación clínica como en el egreso hospitalario mismo. Con respecto a los indicadores de calidad en la atención integral al binomio materno-perinatal.

Recomendándose:

- Implementar un programa de capacitación y fortalecer el equipo de calidad del municipio.
- Empoderar al personal clínico de nuevo ingreso sobre estándares e indicadores de calidad en el proceso de atención y continuar realizando investigaciones sobre la misma temática.



INDICE

INDICE

Introducción	7
Antecedentes	10
Justificación	13
Planteamiento del Problema	15
Objetivos	17
Marco Teórico	19
Diseño Metodológico	32
Resultados	36
Discusión	43
Conclusiones	46
Recomendaciones	48
Bibliografía	50
Anexos	53
Instrumento de Recolección de la Información	54
HCPB	57
Evaluación Materno-perinatal	59

[Agradecimiento]

*Ante todo a Dios Nuestro Señor, por la
sabiduría que nos ha concedido.*

A nuestros Maestros por su dedicación y esmero.

*A las Madres que por su confianza en el
Ministerio de Salud formaron parte activa del
presente estudio.*

[Dedicatoria]

Al concluir el presente trabajo de investigación el que ha de convertirse en la punta de lanza para nuestro futuro profesional, se lo dedicamos a nuestros familiares, quienes han confiado en nuestras capacidades y han sabido estar con el consejo oportuno cuando mas lo necesitamos.

INTRODUCCION

INTRODUCCIÓN

El Embarazo es un periodo de cambios que los trabajadores de la salud deben de reconocer, tomando en cuenta además las principales alteraciones que se pueden presentar, así como interpretar los signos de alarma sobre todo en situaciones en las que la vida del feto y de la madre se encuentran en peligro, con el fin de referirlos a un centro asistencial de mayor resolución.

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: el período perinatal, y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna. En 1993 la mortalidad perinatal fue de 12,8 por 1.000 nacidos vivos y la mortalidad materna de 3,62 por 10.000 nacidos vivos, cifras excelentes para el medio Latinoamericano, pero lejos aún de los países desarrollados, constituyéndose aún en un importante problema de salud pública para América Latina y el Caribe. [1]

En Nicaragua aunque la Mortalidad Materna (MM), va en descenso, sigue siendo una de las más altas de la región. Es importante mencionar que la MM distribuye su gran peso porcentual durante el embarazo 22%, parto 25%, y puerperio 59%. La distribución de la MM en el territorio nacional está asociada a factores de pobreza, lo cual tiene relación directa con el acceso y la calidad de la atención prenatal, la baja cobertura institucional del parto, así como la calidad y la cobertura en la atención del puerperio. En la actualidad una tercera parte de los partos son atendidos por personal no calificado. [4]

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. [2]

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, esfingomanómetro, balanza con cartabón, cintas de medir flexibles, estetoscopio de Pinard, guantes de examen ginecológico, espéculos vaginales, sistema de registro clínico (carné prenatal) y equipo humano de salud. [3]

Con la infraestructura señalada podemos perfectamente lograr los objetivos generales del control prenatal:

- ✚ Identificar los factores de riesgo.
- ✚ Diagnosticar la edad Gestacional adecuadamente.
- ✚ Diagnosticar la condición fetal.
- ✚ Diagnosticar la condición materna.
- ✚ Educar a la madre.

Las tasas de mortalidad materna debido a las complicaciones propias del embarazo y del parto continúan siendo elevadas y aun constituyen una tragedia en varios países de América Latina y del Caribe, tanto a nivel individual como socialmente, ya que la pérdida de vidas a causa de complicaciones durante el embarazo, la incidencia de morbilidad, la discapacidad, los impactos sociales y económicos subrayan la necesidad de reducir dicha tasa.

El ministerio de salud en conjunto con agencias de cooperación externa como USAID, OPS/OMS, UNICEF, UNFPA han venido impulsando estrategias que contribuyan a la reducción de la mortalidad materna y neonatal siendo una de ellas la vigilancia de la calidad de los procesos de atención en salud de la embarazada y el recién nacido, en las que se evalúan estándares e indicadores de la calidad en el proceso de atención de la embarazada y su producto tanto en el primer nivel como en el segundo nivel de atención, de igual manera identificando las oportunidades de mejorar lo que permite intervenir oportunamente en los principales problemas encontrados y el diseño de intervenciones rápidas basadas en equipos de trabajos para la mejora continua de la calidad beneficiando a las usuarias. [2-4]

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES

En Nicaragua, la gerencia de calidad en los servicios de Salud se ha venido desarrollando paulatinamente. El desarrollo de programas y proyectos con enfoque en la calidad de los servicios se ha promovido a través de la intervención de instituciones y organizaciones socias del Ministerio de Salud, pero éste no le había dado mayor trascendencia hasta hace algunos años. Dentro del marco de la Política Nacional de Salud (1997-2002) la Modernización del mismo y el fortalecimiento Institucional sobre las que se han hecho acciones importantes orientadas hacia los aspectos de la calidad de la atención en salud.

[5]

La gerencia de calidad en las instituciones de salud es un componente importante para el proceso de Modernización del mismo Sector. Las intervenciones orientadas a mejorar la calidad en todas las áreas del ministerio de Salud; ha sido una actividad continua para poder enfrentar la escasez de recursos y provocar cambios en los estilos gerenciales.

[6-7]

Por lo que se han realizado estudios para medir la calidad de los servicios y programas que oferta el Ministerio de Salud, citandose a continuación:

Evaluación de la mejoría de la Calidad de atención en la mujer y la niñez, en el Centro de Salud Nelson Rodríguez, San Sebastián de Yalí, Jinotega. 2003. Tesis para optar al Título de Maestro en Salud Pública, donde los principales logros que se obtuvieron con el plan de mejoría son: la disminución del tiempo de espera, un aumento del tiempo efectivo de contacto con el proveedor de servicios, un mejoramiento de los conocimientos del personal de salud, mejoramiento en la aplicación de las normas de atención integral a la mujer y niñez, mejoramiento de la percepción de las usuarias sobre la atención recibida en la unidad de salud.

Las principales limitaciones que se identificaron se relacionan con la sostenibilidad de las acciones y el seguimiento a los elementos del círculo de mejoramiento continuo la calidad. Además los cambios generados por el plan, en el mejoramiento de los conocimientos y la aplicación de las normas y protocolos del personal; podrían ser temporales y no sostenibles. Se ha comprobado que las intervenciones en educación y cambios de comportamiento no generan cambios drásticos e inmediatos. Por tanto el corto tiempo de medición al final de la intervención podrían estar influenciando los resultados aunque el plan se desarrolló satisfactoriamente, se considera que la persistencia y asistencia del equipo de investigadores contribuyó al éxito de la intervención, no se asegura que se sostengan las acciones que se contemplan en el círculo de mejoramiento continuo de la calidad. En la búsqueda del aseguramiento de la

sostenibilidad, se trabajó con las autoridades municipales del SILAIS para que el municipio se apropie de las herramientas y pueda darle seguimiento a las actividades iniciadas en este plan de mejoría. [8]

MÉDICA DE OCCIDENTE S.A. AMOCSA

Indicadores de Calidad de los procesos de Atención de la Embarazada y del Recién nacido 2004 / 2005. Los Resultados de las evaluaciones de los expedientes muestran algunas debilidades en el cumplimiento de cada uno de los estándares en todo AMOCSA. Mujeres embarazadas en las que en su CPN se les llenó su HCPB y se registraron las 12 actividades normadas. Se alcanzó el cumplimiento hasta el mes de Febrero. Concluyendo:

I. Se alcanzaron altos niveles de cumplimiento en los estándares sin embargo existen estándares que tienen parámetros para su cumplimiento y no son cumplidos en su totalidad.

II. La aplicación y el conocimiento de los estándares de calidad son la base para la toma de decisiones un pilar fundamental en la disminución de morbi-mortalidad Materno infantil.

Realizandose las principales recomendaciones: participación en las sesiones de presentación que realizan AMOCSA, QAP y MINSA para un mayor enriquecimiento y discusión de casos, mantener altos los estándares alcanzados y mejorar los no alcanzados. Comprometerse con el llenado completo y correcto de los registros médicos así como el análisis de los mismos. [9]

Siendo los dos únicos estudios que se relacionan a nuestro tema por lo que realiza el presente estudio.

JUSTIFICACION

JUSTIFICACIÓN

La mortalidad materna y perinatal es apenas la punta visible de un gran iceberg que representa una problemática más compleja. Como médicos o profesionales de la salud nos ha tomado mucho tiempo comprender la epidemiología de la enfermedad y la muerte, dentro de un complejo más amplio que el ámbito clínico, es decir, dentro de un contexto de derechos humanos y cambio social.

Ahora entendemos mejor la morbi-mortalidad materna y perinatal en este contexto más global y hemos comprendido que somos parte de una lucha más amplia, que necesita perspectivas nuevas para los problemas que nos aquejan desde hace tiempo, como la mortalidad materna. ¿Cómo lograr que los servicios de salud donde atendemos las complicaciones del parto sean accesibles y aceptables para las mujeres? ¿Cómo hacer que esos servicios funcionen de manera armónica entre sí y con las expectativas de las mujeres en cuanto a dignidad, respeto, atención médica segura y de calidad?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido como uno de sus objetivos: “Hacer progresar la acción de la salud y del bienestar de la madre y del niño, y favorecer su actitud de vivir en armonía con un medio en plena transformación”; por consiguiente, los servicios de salud deben enfocarse en un control prenatal de manera integral. [1-2]

Por lo que se hace necesario realizar el presente trabajo para la Evaluación de la calidad del control y seguimiento de llenado de la HCPB en el primer nivel de Atención por parte del personal clínico en el Centro de Salud “Jinotegüita” del Municipio de Wiwilí, Departamento de Jinotega, Enero - Agosto del 2008, con el fin de valorar la calidad del llenado de las HCPB para un manejo oportuno del binomio materno-fetal, de tal manera que sirva como referencia para estudios posteriores.

PROBLEMA

PROBLEMA

La atención materno-infantil nos ha de permitir una atención de calidad, a la que todos por igual tenemos derecho, por tal razón nos interesa indagar:

¿Cómo es la calidad de atención en el control y seguimiento del llenado de la Historia Clínica Perinatal Básica (HCPB) en el primer nivel de Atención por parte del personal clínico en el Centro de Salud “Jinotegüita” del Municipio de Wiwilí, Departamento de Jinotega, Enero - Agosto del 2008?

OBJETIVOS

OBJETIVOS

General:

Evaluar la calidad del control y seguimiento del llenado de la Historia Clínica Perinatal Básica (HCPB) en el primer nivel de Atención por parte del personal clínico en el Centro de Salud “Jinotegüita” del Municipio de Wiwilí, Departamento de Jinotega, Enero - Agosto del 2008.

Específicos:

- 1.- Describir las características sociodemográficas de la población en estudio.

- 2.- Determinar el cumplimiento de las actividades normadas en los protocolos de Atención Integral a la Mujer Niñez y Adolescencia.

- 3.- Identificar el cumplimiento de los indicadores de calidad en la Atención Integral a la Mujer durante su Control Pre-Natal (CPN).

- 4.- Valorar la calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal Básica (HCPB), por parte del personal clínico.

MARCO TEORICO

MARCO TEÓRICO

Control Prenatal:

Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar la morbi-mortalidad materna y perinatal.

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 con la 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 morbimortalidad materna son la hemorragia obstétrica, las infecciones, el síndrome hipertensivo del embarazo y las enfermedades maternas pregestacionales. Se han diseñado múltiples listados con factores de riesgo a los cuales se les asigna un puntaje, los que sumados, indicarían la necesidad de que esa gestación se controle en el nivel primario (policlínico general), secundario (policlínico de especialidad) o terciario (intrahospitalario) de atención prenatal. [1]

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 efectúe 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 gestacional, idealmente, si se cuenta con el recurso ultrasonográfico, se debe practicar ese procedimiento para certificar la edad

gestacional, teniendo en cuenta que su efectividad diagnóstica es máxima antes del quinto mes (error 7 días) y deficiente a partir del sexto mes (error 21 días). Es necesario enfatizar que el diagnóstico 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. 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 bajo control.

Diagnóstico de la Condición Fetal:

Los elementos clínicos que permiten evaluar la condición fetal son:

- ✓ Latidos cardíacos fetales
- ✓ Movimientos fetales
- ✓ Tamaño uterino
- ✓ Estimación clínica del peso fetal
- ✓ Estimación clínica del volumen de líquido 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.

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

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.

El Centro Latino Americano de Perinatología (CLAP) elaboró una tabla 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. (Anexo)

Estimación clínica del peso fetal. Se realiza por ultrasonido, probablemente sea uno de los contenidos que tiene mayor dificultad en el control prenatal, ya que exige experiencia para su determinación. El error de estimación del peso fetal en embarazo del tercer trimestre suele ser del 10%.

Estimación clínica del volumen de líquido amniótico. Se realiza por ultrasonido, 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.

El polihidroamnios se sospecha cuando hay una altura uterina aumentada y se nos dificulta la palpación 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.

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 recopilarán antecedentes obstétricos previos, especialmente antecedentes de recién nacidos de bajo peso, macrosomía, mortalidad perinatal, malformaciones congénitas, etc.

Es importante obtener la información del nivel educacional materno, actividad laboral como trabajos con esfuerzo físico importante, contactos con tóxicos, radiaciones o material biológico, con el fin de solicitar a su empleador una readecuación laboral o suspender su actividad.

Se debe practicar 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, albuminuria, hematócrito y examen físico según síntomas maternos. [6]

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 al nivel de instrucción materno el futuro programa de control prenatal. [1]

Constituyen puntos ineludibles los siguientes contenidos educacionales:

1.- 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, por lo tanto, concurrir oportunamente al Servicio Obstétrico en donde se atenderá su parto. De ahí que la embarazada debe conocer la ubicación geográfica exacta del centro asistencial, idealmente debe conocerlo antes de que se presente una emergencia o ingrese en trabajo de parto. Es probable que este punto sea uno de los más estresantes para el grupo familiar y que tiene una simple solución.

La embarazada debe estar capacitada para reconocer flujo genital hemático tanto en la primera mitad (ectópico, enfermedad del trofoblasto, aborto), como en segunda mitad del embarazo (placenta previa, desprendimiento placenta normo-inserta), 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 del grupo familiar y de la embarazada cuando se cumplen las 41 6/7 semanas y no se ha producido el parto. De ahí que se debe informar que el rango normal de desencadenamiento del parto es entre las 37 y 41 6/7 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, muy especialmente, la contractilidad uterina de pretérmino. Debe estar informada de concurrir al centro asistencial obstétrico en relación a patologías paralelas al embarazo como fiebre, diarrea, vómitos, dolor abdominal, etc. [6]

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

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

EXÁMENES DE LABORATORIO

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

- Grupo sanguíneo
- Urocultivo
- VDRL
- HIV
- Hematocrito
- Glicemia
- Albuminuria
- Papanicolaou
- Triple marcador bioquímico
- Ecografía

A mujeres de menor edad se les debe efectuar el procedimiento si existen otros factores de riesgo asociados.

- a) Fecha de nacimiento
- b) Raza
- c) Numero de Gestaciones y Partos
- d) Fecha de última Menstruación
- e) Edad Gestacional calculada por FUM o USG
- f) Peso en kilogramos o libras
- g) Estatura
- h) Tabaquismo
- i) Antecedente previo de Marcadores anormales
- j) USG anormal
- k) Diabetes mellitus tipo I o II
- l) Fecha Toma de muestra sanguínea
- m) Fecha de ensayo y Cuantificación de los Marcadores
 - Cuantificación de Alfa Feto-proteína en ng/ml
 - Cuantificación de Estriol no-Conjugado nmol/L
 - Cuantificación de Hormona Gonadotropina Coriónica Total o Beta en ml/L-10/L

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. En embarazos sin factores de riesgo, la frecuencia de los controles debe racionalizarse en relación a la magnitud de la población obstétrica y los recursos humanos destinados para su control.

Los controles prenatales se efectúan de acuerdo a las características de cada embarazada, las normas de atención prenatal en nuestro país (Nicaragua), en el embarazo de bajo riesgo se realiza antes de las 12 semanas el primer control y luego cada 14 semanas hasta la semana 38, si en esa fecha no se ha dado el evento obstétrico se da las orientaciones necesarias para acudir de nuevo para que su parto sea atendido en un centro asistencial o ha ser referida a un mejor nivel de atención, de acuerdo a sus factores de riesgo.

La secuencia establecida es cada 14 semanas hasta las 38 semanas de amenorrea, y posteriormente, cada siete días hasta las 41 6/7 semanas de amenorrea. [2-3]

Primera atención prenatal

La primera atención debe ser siempre brindada por el recurso más calificado disponible que exista en la Unidad de Salud, se espera que dure entre 30 a 40 minutos. El recurso debe entregar a la mujer embarazada su carne perinatal y explicar la utilidad e importancia del mismo; así como su obligatoriedad de portación para toda consulta.

Debe realizarse durante el primer trimestre o preferentemente antes de la semana 12 de embarazo, sin embargo, se puede efectuar según la edad gestacional que se identifique en la embarazada en el momento de la primera atención.

Después de haber efectuado revisión de las 13 actividades básicas, proceda a completar los aspectos particulares de esta primera atención.

Interrogatorio

Es importante preguntar a la embarazada sobre ciertos factores de riesgo potencial y reales como estar empleada o no, el tipo de trabajo o la exposición a agentes teratogénicos (metales pesado, químicos tóxicos, radiación ionizante), vivienda (tipo-tamaño-número de ocupantes), condiciones sanitarias, disponibilidad de servicios básicos (agua potable, luz eléctrica, letrina-inodoro).

Investigar sobre malaria o hepatitis en áreas endémicas, además averiguar sobre alergia, uso actual de medicamentos, trombosis o embolia, desprendimiento o placenta previa en embarazos anteriores, partos distócicos anteriores, Retardo del Crecimiento Uterino, y también sobre si es Portadora del VIH y sida, ya que éstos pueden significar un riesgo para desarrollar complicaciones durante el embarazo por lo que deberá ser referida al especialista para que sea atendida Según normativa.

Examen Físico

Efectuar medición de Talla materna.

Buscar signos clínicos de anemia severa: palidez en piel, uñas, conjuntiva, mucosa oral y punta de lengua, así como, falta de aire.

Se recomienda un examen vaginal de rutina durante el embarazo (durante la primera visita), utilizando un espéculo para revisar el estado del cuello uterino, presencia de Infecciones de Transmisión Sexual o efectuar toma de muestra de citología exfoliativa (Papanicolaou), si no ha sido realizado el control anual con consentimiento de la embarazada y si su condición clínica lo permite. Si la embarazada no lo acepta durante la primera visita,

deberá quedar consignado en el expediente y brindar consejería para persuadirla y poder realizárselo posteriormente. Si hay evidencia de sangrado transvaginal se debe referir, excepto si el personal de salud es especialista quien decidirá la conducta según Protocolo de Emergencias Obstétricas.

Segunda atención prenatal

La segunda visita debería programarse cerca de la semana 26 de embarazo. Se estima una duración aproximada de 20 minutos como mínimo.

Interrogatorio

- Preguntar sobre signos, síntomas o situaciones particulares que se han presentado desde la primera atención prenatal relacionados o no con la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB).

- Preguntar acerca de la fecha en que la madre tuvo el primer reconocimiento de los movimientos fetales para registrarlo en el expediente clínico.

- Indagar acerca del cumplimiento de todas las indicaciones de la primera atención, la ingesta de otros medicamentos, diferentes al hierro y ácido fólico.

- Interpretar y dar a conocer a embarazada los resultados de exámenes prescritos en la primera atención prenatal.

Examen Físico

Además de lo realizado en la primera atención prenatal, efectuar lo siguiente:

- Determinar la presentación del feto según maniobras de Leopold.

- Auscultar latidos fetales.

- Considerar el examen vaginal utilizando un espéculo únicamente si no fue realizado en la primera visita. Si la embarazada está sangrando, no realizarlo

y referirla. Si el personal de salud es especialista lo puede efectuar y realizar manejo según Protocolo de Emergencias Obstétricas.

- Revisar la presencia de edema generalizado.

Pruebas de Laboratorio

Sangre: repetir indicación de Hemoglobina sólo si en el primer resultado del examen estaba por debajo de 11 g/l o se detectan signos de anemia severa en el examen físico de esta atención.

Indicar nuevamente el resto de exámenes si no se los ha realizado aun (VIH/ SIDA, RPR, Tipo y Rh, Glucemia).

Identifique factores de riesgo del embarazo actual

Lo principal a indagar en esta atención prenatal es lo relacionado a: dolor, sangrado, “flujo vaginal” (líquido amniótico, ITS), signos y síntomas de anemia severa.

Conducta según evidencia en 2da. Atención prenatal

Evidencias	Conducta a seguir	REFIERA A
Ausencia de signos y síntomas de peligro	Atención de bajo riesgo	
Si no se perciben movimientos ni latidos fetales. Salida de líquido o sangrado transvaginal	Referencia	Especialista
Si se dispone de Doppler manual confirmar su auscultación con este medio, de no escucharlos referir a hospitalización. Salida de líquido o sangrado transvaginal	Referencia	Hospitalización

Implementar las siguientes intervenciones

- Revisar realización de exámenes de laboratorio indicados en la primera Atención. Dar tratamiento para resultados positivos de EGO y RPR

Resultados de exámenes de Laboratorio y 2^{da} atención prenatal

Exámenes	Conducta a seguir	REFIERA A
VIH/Sida (+): Resultado positivo de Prueba Rápida o Western Blot. Orientar sobre práctica de sexo seguro (uso del preservativo). RPR (+): Indicar tratamiento	Referencia a nivel mayor resolución	Especialista
SIDA (+): En última APN para iniciar terapia de prevención de transmisión vertical madre-hijo periparto. Orientar sobre práctica de sexo seguro (uso del preservativo). Rh negativo (+) y trabajo de parto.	Referencia	Hospitalización

- Si tiene antecedentes de cesárea previa y cursa con embarazo actual de 32 semanas de gestación, enfatizar que el parto debe ser hospitalario.
- Consejos preguntas, respuestas y programación de la próxima atención
- Además de lo realizado en la primera atención, revisar lo relacionado a:
 - Edemas en pies manos y cara: se debe indicar examen general de orina, orientar sobre dieta sin sal, reposo con elevación de miembros inferiores.
 - Calambres: ingerir jugo de naranjas, bananos, caminar en puntillas antes de acostarse por un minuto, si hay temperaturas ambientales frías tener cuidado de abrigarse bien.

Tercera atención prenatal

La tercera atención debe realizarse a las 32 semanas de embarazo o alrededor de esa fecha y su duración es de 20 minutos como mínimo. Si no asistió a la segunda atención, ésta atención debe incluir todas las actividades de la segunda visita y la duración debería extenderse el tiempo que sea necesario.

Algunas embarazadas tendrán su parto antes de la siguiente atención programada.

El personal de salud debe aconsejar a la embarazada sobre los síntomas y signos de los prodromos del trabajo de parto normal o de un parto pre término, y la asociación de éste último con alta mortalidad perinatal. ¿Qué hacer en caso de pérdida de líquido amniótico, dolor abdominal, sangrado vaginal?

Interrogatorio

- Preguntar sobre signos, síntomas o situaciones particulares que se han presentado desde la segunda atención prenatal hasta la actual estén o no relacionados con la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB).
- Indagar acerca del cumplimiento de todas las indicaciones de la segunda atención, la ingesta de otros medicamentos, diferentes al hierro y ácido fólico.

Examen Físico

- Determinar la presentación (cefálica-pélvica), posición (derecha o izquierda) y situación (longitudinal, transversa, oblicua) del feto según maniobras de Leopold.
- Auscultar latidos fetales.
- Considerar el examen vaginal (utilizando un espéculo) únicamente si no ha sido realizado en la primera y segunda atención prenatal. Si la embarazada está sangrando, no realizarlo y referirla. Si el personal de salud es especialista lo puede efectuar y realizar intervenciones según Protocolo de Emergencias Obstétricas.

Exámenes de Laboratorio

Sangre: repetir indicación de Hemoglobina sólo si en el primer resultado del examen estaba por debajo de 11 g/l o se detectan signos de anemia severa en el examen físico de esta atención.

Indicar nuevamente el resto de exámenes (Tipo y Rh, Glucemia) si no se los ha realizado aún.

- Indicar RPR.

- Indicar VIH

Identifique factores de riesgo del embarazo actual

- Revisar los factores relacionados con: dolor abdominal o lumbar (trabajo de parto prematuro), sangrado o flujo vaginal (líquido amniótico, sangre), movimientos fetales aumentados o disminuidos, sospecha de parto gemelar.

Signos de peligro	Conducta a seguir	Refiera a
Trabajo de parto en curso menor de 37 semanas. Disminución o ausencia de movimientos fetales Hemorragia vaginal Ruptura Prematura de Membranas, Convulsionesvisión borrosa-pérdida de concienciacefalea intensa, cambios en la frecuencia cardíaca fetal, edema en manos, cara y piernas.	Referencia	Especialista
Embarazo mayor de 41 semanas Trabajo de parto prematuro Ruptura Prematura de Membranas	Referencia	Especialista

- Si la Hemoglobina es mayor de 13 gr/dl en ausencia de otros síntomas o signos puede significar crecimiento fetal anormal, citar para una nueva valoración antes de las 36 semanas para evaluar el crecimiento fetal o la necesidad de referir a especialista.

- Consejos, preguntas, respuestas y programación de la próxima atención.

- Orientar sobre la aparición de signos y síntomas de alarma: contracciones uterinas, salida de sangre-líquido-tapón mucoso transvaginal y movimientos fetales anormales que pueden significar amenaza o trabajo de parto, dar consejos sobre las medidas a tomar.

- Explicar sobre Parto Psicoprofiláctico y Plan de Parto.

- Brindar recomendaciones sobre lactancia materna, anticoncepción y la importancia de la atención post parto.

- En el caso de los y las adolescentes hablar de Maternidad y Paternidad responsable, continuidad de proyectos de vida después del parto.

- Preguntar por algunos signos y síntomas que pueden presentarse en este trimestre y orientar según sea el caso: además de los mencionados en la primer y segunda atención, se pueden presentar:

- Dispepsia, orientar que mastique lentamente los alimentos, y si son intensos los gases carbón vegetal 1 tableta cada 6 horas

- Convulsiones, proteger a la embarazada, iniciar tratamiento como eclampsia y referir de inmediato a mayor nivel de resolución.

Cuarta atención prenatal

La cuarta atención, puede ser la última, tiene lugar entre la semana 36 y 38 semanas de gestación. En esta atención es extremadamente importante detectar aquellas embarazadas con fetos en presentaciones anómalas para su referencia a un nivel superior a fin de realizarles evaluación obstétrica.

Durante esta atención se debe informar nuevamente a la embarazada sobre los beneficios del parto institucional, de la lactancia materna exclusiva y la anticoncepción, así como, la disponibilidad de métodos anticonceptivos en el consultorio para las púerperas.

Interrogatorio

Preguntar sobre signos, síntomas o situaciones particulares que se han presentado desde la última atención prenatal hasta la actual estén o no relacionados con la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB), por ejemplo: salida de líquido amniótico, dolor abdominal o lumbar, contracciones uterinas, sangrado, movimientos fetales.

Indagar acerca del cumplimiento de todas las indicaciones realizadas en su atención prenatal anterior, la ingesta de otros medicamentos, diferentes al hierro y ácido fólico.

Examen Físico

- Determinar la presentación (cefálica, pélvica), posición (derecha o izquierda) y situación (longitudinal, transversa, oblicua) del feto según maniobras de Leopold.
- Auscultar latidos fetales.
- Considerar el examen vaginal (utilizando un espéculo) únicamente si no fue realizado en la primera visita. Si la embarazada está sangrando, no realizarlo y referirla. Si el

personal de salud es especialista lo puede efectuar y realizar intervenciones según Protocolo de Emergencias Obstétricas.

- Relación feto-pélvica a través de examen pélvico en unidades de salud donde se encuentre recurso con esta calificación o especialista para evaluar posibilidades de Desproporción Feto-pélvica.

Exámenes de Laboratorio

Sangre: Hemoglobina cuando se detecte signos de anemia severa en el examen físico o control de tratamiento.

Indicar nuevamente el resto de exámenes (VIH/SIDA, RPR, Tipo y Rh, Glucemia) si no se los ha realizado aún y orientarle que los lleve en cuanto tenga los resultados de los mismos.

Identifique factores de riesgo del embarazo actual

Explicar a las embarazadas que, si no han tenido su parto para el final de la semana 41 (41 semanas completas o 290 días) o si completada la fecha anterior no hay pródromos de trabajo de parto, indicar que acudan nuevamente a la atención prenatal para realizar referencia hacia nivel de mayor resolución según sea el caso.

Signos de peligro	Conducta a seguir	Refiera a
Trabajo de parto en curso menor de 37 semanas Disminución o ausencia de movimientos fetales Hemorragia vaginal Ruptura Prematura de Membranas, Convulsione, svisión borrosa, pérdida de conciencia, cefalea intensa, cambios en la frecuencia cardiaca fetal, edema en manos, cara y piernas.	Referencia	Especialista
Embarazo mayor de 41 semanas Trabajo de parto prematuro Ruptura Prematura de Membranas	Referencia	Especialista

Preguntar por algunos signos y síntomas que pueden presentarse en este trimestre y orientar según sea el caso: además de los mencionados en la primera, segunda y tercera atención, se puede presentar:

Embarazo prolongado, rotura espontáneas de la bolsa de líquido amniótico, por lo que oriente y refiera.

- Si hay signos y síntomas de Inicio de Trabajo de Parto

- Muerte fetal intrauterina.

Implementar las siguientes intervenciones

- Reforzar las orientaciones sobre parto sin temor (Psicoprofiláctico).
- Estrategias para Plan de Parto: Esta estrategia está encaminada a orientar la organización, la atención precoz y el seguimiento de la misma, con la finalidad de mejorar el estado de salud de la embarazada al fin de disminuir la mortalidad materna domiciliar.

- Consejos, preguntas, respuestas

1. Enfatizar en el inicio del cumplimiento de las medidas a tomar en caso de trabajo de parto (o amenaza de parto prematuro).

2. Orientar sobre la importancia de llevar el carné perinatal para la atención del parto institucional.

3. Preparación para el momento del parto y amamantamiento.

4. Higiene y cuidados del puerperio y del recién nacido.

5. Importancia de la asistencia de los controles del niño/a.

6. Espaciamiento del periodo intergenésico.

Durante la Atención Prenatal se pueden presentar situaciones en las que se hace necesario la hospitalización o traslado de la embarazada.

Historia Clínica Perinatal

La atención de la mayoría de los embarazos, partos y recién nacidos se realiza con cuidados primarios. En los países que poseen un sistema de salud organizado esta atención se resuelve con éxito, pero en aquellos que carecen de organización y recursos, es frecuente comprobar que la atención que se brinda no es la más apropiada.

Esto se debe a que quedan en el nivel primario, e incluso fuera del sistema formal de atención, madres y niños de alto riesgo sin los cuidados necesarios, ya sea por incapacidad de reconocerlos, de referirlos o de ser absorbidos por el siguiente nivel de competencia. Esta situación tiende a corregirse paulatinamente en la Región de las Américas mediante la organización perinatal por niveles de complejidad, la aplicación del enfoque de riesgo, y la gradual incorporación de los partos domiciliarios al sistema institucional.

El Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), con el objetivo de contribuir a las estrategias regionales de salud para todos en el año 2000, esta desarrollando una serie de tecnologías apropiadas para cooperar en el logro de extender la cobertura de la atención perinatal y ha preparado una historia clínica perinatal simplificada (HCPS) de uso sencillo y bajo costo, destinada al nivel primario de atención de baja complejidad. [2-3]

Dicha historia clínica reúne en una sola hoja una serie de datos fáciles de obtener que resuman la información mínima indispensable para un nivel aceptable de atención perinatal. Se elaboró tomando en cuenta aquellos lugares en los que no es posible aplicar la historia clínica perinatal ampliada, propiciada también por este centro, que en la actualidad también se utiliza en muchos países de la Región. La historia clínica perinatal ampliada proporciona un sistema de advertencia.

Entre otras actividades del plan de reducción de la mortalidad materna, perinatal e infantil, el Ministerio de Salud ha realizado varias investigaciones que sirven como diagnóstico sobre el nivel de cumplimiento del plan, tales como Measure, evaluación de necesidades en los servicios de emergencia obstétrica y mejoramiento de la atención obstétrica y perinatal en 17 SILAIS y 21 Hospitales del país.

Los resultados globales revelan que aun se necesita realizar esfuerzos locales para mejorar el desempeño del personal de salud. Las limitaciones estructurales son importantes pero las evidencias reflejan que aun en las condiciones actuales se puede mejorar el control y vigilancia del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido. Se han propuesto varios modelos para el monitoreo y mejorar la calidad de atención en la que la HCPB cumple con los requisitos para dicho fin los que se resumen a continuación:

Monitorizar el cumplimiento de normas y derechos.

- a) Planificar el momento oportuno para un embarazo.
- b) Vivir libre de violencia.
- c) Colpocitología oncológica.
- d) Preparación para el parto.
- e) Al control prenatal de calidad incluyendo exámenes paraclínicos.
- f) Acompañamiento durante el trabajo de parto y parto.
- g) Atención Institucional y por personal calificado.
- h) Acceso a métodos anticonceptivos de calidad.

Prevenir la morbilidad y mortalidad materna-fetal.

- a) Screening Cáncer Cervico-mamario.
- b) Estilos y hábitos de vida.
- c) Factores para monitorizar riesgo vinculado al parto.
- d) Antecedentes ginecobstétricos.
- e) Inmunizaciones.
- f) Enfermedades de repercusiones maternas y fetales.
- g) Condición de egreso materno y neonatal

Disminuir las Infecciones de transmisión vertical.

- a) Exámenes para diagnóstico y tratamiento de ITS/VIH/sida.
- b) Eliminación del síndrome de rubéola congénita.
- c) Reducción de la toxoplasmosis congénita.

Prevenir las alteraciones en la duración del embarazo y del tamaño fetal.

- a) Enfermedades crónicas y condición médica grave.
- b) Factores socio-educacionales.
- c) Antecedentes de macrosomias, bajo peso al nacer.
- d) Estilos de vida.
- e) Medición de la talla, peso materno, altura del fondo uterino, presión arterial.

- f) Patologías confirmadas en el embarazo, parto y puerperio.
- g) Resultado neonatal.

Prevenir y diagnosticar las complicaciones neonatales.

- a) Complicaciones del nacimiento.
- b) Patologías del recién nacido.
- c) Referencia para otros servicios.
- d) Medidas preventivas.

Realizar vigilancia epidemiológica y de la calidad de la atención.

- a) Cobertura y captación prenatal.
- b) Calidad de la atención del parto.
- c) Construcción de indicadores de morbi- mortalidad.
- d) Aspectos sociodemográficos.
- e) Cumplimiento de las normas y calidad de la atención.
- f) Otros indicadores de calidad.

[5-6]

CALIDAD Y SATISFACCION

En el sector sanitario, y por razones diferentes, el clínico había sentido desde tiempo atrás inquietud por el resultado de su trabajo. Inquietud que se traducía en su preocupación por disminuir la variabilidad innecesaria y por su afán de desarrollar protocolos y guías de práctica para reducirla.

El referente fundamental para hablar de calidad asistencial es, sin duda, Donabedian (1966), quien sistematizó la evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria como una triada de "estructura, proceso y resultados", marcando desde ese momento la evolución conceptual y metodológica de las tendencias en calidad en el sector sanitario. De acuerdo con esto, hay tres aproximaciones para evaluar el desempeño de cualquier programa o servicio de atención médica, los que dependen del interés analítico de la estructura del programa, en el proceso de ejecución o en los resultados obtenidos.

La estructura se define a partir de los recursos materiales y de la organización de las unidades médicas, que condicionan las características del proceso de la atención, facilitándolo o dificultándolo.

La evaluación del proceso se refiere a las actividades que se realizan para valorar la ejecución de los programas y la prestación de los servicios e involucra una combinación de aplicaciones técnicas y relaciones humanas que se manifiestan en la interacción cotidiana entre los prestadores del servicio y la población usuaria.

[7]

Un enfoque que ha ganado gran reputación en los últimos años es la denominada Medicina Basada en la Evidencia (MBE), que consiste en la utilización consciente, explícita y juiciosa, de la mejor evidencia científica clínica disponible para tomar decisiones sobre los cuidados de los pacientes individuales. La práctica de la MBE significa la integración de la maestría clínica individual con las mejores evidencias clínicas disponibles, a partir de la investigación sistemática. Es un proceso de mejora continua a través del aprendizaje autodirigido y permanente, en el que el cuidado de los propios pacientes crea la necesidad de información clínicamente importante sobre los diferentes aspectos del proceso asistencial.

La evaluación y monitorización de resultados presentan múltiples dificultades, en especial por la escasa información disponible en la práctica sobre los resultados cuando estos no son óptimos, por la intrínseca dificultad de medir "salud" y por la insuficiente información sobre resultados psico-sociales. Téngase en cuenta que aunque la estandarización del proceso facilita medir resultados se requieren multitud de estudios para establecer comparaciones entre centros del Sistema Nacional de Salud. [10-11]

Desde diferentes perspectivas se ha intentado definir la calidad, recurriendo normalmente para ello al análisis de sus diferentes componentes. Probablemente, la autora más citada sea Palmer (1983), para quien los elementos de la calidad asistencial son:

- **Calidad científico-técnica:** competencia del profesional para utilizar de forma idónea los más avanzados conocimientos y los recursos a su alcance para producir salud y satisfacción en la población atendida. Debe considerarse tanto en su aspecto estricto de habilidad técnica, como en el de la relación interpersonal establecida entre el profesional y el paciente.

- **Accesibilidad:** facilidad con la que los servicios sanitarios pueden ser obtenidos de manera equitativa por la población, en relación con las dificultades organizativas, económicas, culturales, etc.

- **Satisfacción o aceptabilidad:** grado con que la atención prestada satisface las expectativas del usuario.

- **Efectividad:** grado con que la atención sanitaria consigue producir una mejora del nivel de salud del paciente o de la población, en condiciones de aplicación reales.

- **Eficiencia:** grado con el que se logra obtener el más alto nivel de calidad posible con unos recursos determinados. Relaciona los resultados con los costes generados.

Relación entre calidad y satisfacción.

Dado que ambos conceptos están interrelacionados, incluso algunos autores consideran ambos conceptos como sinónimos, que sugiere que los modelos de satisfacción pueden ser denominados de calidad de servicio percibida ya que lo que se estudia es un

servicio y no un bien de consumo; otros autores, destacan que los profesionales centrados en la intervención no tienen que diferenciar entre ambos conceptos.

La mayoría de los autores revisados consideran que la satisfacción implica:

1. La existencia de un objetivo que el consumidor desea alcanzar.
2. La consecución de este objetivo, sólo puede ser juzgada tomando como referencia un estándar de comparación.
3. El proceso de evaluación de la satisfacción implica como mínimo la intervención de dos estímulos: un resultado y una referencia o estándar de comparación.

El concepto está relacionado con un sentimiento de estar saciado, asociado a una baja activación, a una sensación de contento, donde se asume que el producto o servicio posee un rendimiento continuo y satisfactorio.

En muchos casos, la satisfacción supone una alta activación, por lo que se podría hablar de una satisfacción como sorpresa. Esta sorpresa puede ser positiva o negativa.

La calidad de servicio puede definirse como la evaluación actitudinal hacia el servicio, es decir, si dicho servicio cumple con los fines que tiene encomendados, asociándolas a propiedades placenteras para la persona que se puede actualizar en cada transacción, rendimiento percibido, influyendo sobre la satisfacción experimentada por el usuario.

Finalmente, se ha propuesto un modelo actitudinal que incluye una relación directa entre rendimiento percibido y satisfacción. Parece que en determinadas situaciones sobre todo cuando estamos ante nuevos productos o servicios es posible que si el servicio o el bien de consumo es de nuestro agrado nos mostremos satisfecho, independientemente de si se confirma o no las expectativas. [7]

DISEÑO METODOLOGICO

DISEÑO METODOLOGICO

Área de Estudio:

El Centro de Salud “Jinotegüita”: se encuentra ubicado en el Municipio de Wiwilí, Departamento de Jinotega. Limita al Norte: República de Honduras. Sur: Municipio de El Cuá y Santa María de Pantasma. Este: Municipio de San José de Bocay. Oeste: Municipio de Wiwilí Nueva Segovia. En el laboran Médicos: Generales (5), Servicio Social (5), Lic. Enfermería (3), Lic. Salud Pública (1), Enfermeras (4), Auxiliares de Enfermería (16), y Otros Cargos Administrativos (29).

Es un Centro de salud que presenta servicios de encamado para la atención hospitalaria.

Tipo de Estudio:

Descriptivo de evaluación de impacto de programas.

Universo:

Corresponde a 535 expedientes de pacientes que fueron captadas durante el periodo de estudio en la unidad de salud.

Tipo de Muestreo:

Probabilístico aleatorio simple.

Muestra:

Para la recolección de la información se visitó el Centro de Salud en donde se realizó la revisión del 50% del universo (267 expedientes), evaluando 33 por cada mes, extrayéndose de 8 en 8 los expedientes de los que solamente 131 son aptos para formar parte del mismo, por el no cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión.

Fuente de Información:

Secundaria:

A través del expediente clínico de las mujeres embarazadas a las que se les atendió su CPN, parto y puerperio en el Centro de Salud de el Municipio de Wiwilí, durante los meses de Enero a Agosto del 2008.

Métodos y Técnica de Recolección de Datos:

Se realizó un instrumento para la revisión de los expedientes clínicos de las mujeres embarazadas que asistieron al componente del CPN, parto y puerperio.

Previo a la realización del llenado del formulario de recolección de la información se le explicó el objetivo del trabajo al Sub-Director Municipal, quien aceptó la realización del mismo, procediéndose al llenado del 10% de la muestra como prueba piloto, con el fin de determinar si era necesario la realización de ajustes a la instrumento de recolección de la información, no habiendo necesidad de realizar los mismos, por lo que se procedió a recolectar el resto de la información.

Criterios de Inclusión:

La HCPB de las gestantes a las que se les realizó más de 2 CPN, parto y puerperio atendido en la unidad de salud.

Los datos de la atención del Parto se encuentren debidamente registrados en el libro de partos del Centro de Salud Jinotegüita de Wiwilí.

Criterios de Exclusión:

Las HCPB de los expedientes de las mujeres embarazadas que su parto no había ocurrido.

La HCPB de las gestantes a las que se les realizó menos de 2 CPN, su parto y puerperio no fueron atendidos en la unidad de salud.

Procesamiento y Análisis de los Resultados:

Se utilizaron los “Indicadores de Calidad de Procesos de Atención de la Embarazada y del Recién Nacido” MINISTERIO DE SALUD Proyecto de Garantía de Calidad (QAP/USAID), se registró el perfil profesional del personal de salud que llenó la HCPB, recolectándose la información a partir de un formulario con preguntas cerradas; finalmente los datos obtenidos se analizaron a través del programa Excel 2004 en donde se extrajeron porcentajes, media, mediana y moda, y presentándose por medio de gráficos y tablas.

Aspectos Éticos:

La información que se recopiló fue conocida únicamente por el grupo de investigadores. Así como los datos obtenidos de los expedientes clínicos de las pacientes, los que serán presentados por el grupo de expositores de manera generalizada, manteniendo el sigilo al momento de dicha presentación.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	Definición Operacional	Indicadores	Fuente	Valor
Características Sociodemográficas	Conjunto de datos que identifican a una persona perteneciente o relativo al estado demográfico de una sociedad o grupo social.	Edad	Instrumento de Recolección	Años
		Sexo		Masculino Femenino
		Procedencia		Urbano Rural
		Estado Civil		Soltera Casada Union Estable
		Escolaridad		Analfabeto Primaria Incompleta Primaria Completa Secundaria Incompleta Técnico Universitario
Calidad	Es la expectativa que se desarrolla a partir de la evaluación del desempeño laboral en salud con el paciente en cuestión.	Excelente (90-100) Bueno (80-89) Malo (<79)	Instrumento de Recolección	Si No
Perfil	Grado o nivel alcanzado por el personal de salud en su preparación profesional.	Ocupación	Instrumento de Recolección	Auxiliar de Enfermería Enfermero General Lic. En Enfermería Médico en Servicio Social Médico General

Estándar	Indicador	Construcción del Indicador	Definición	Fuente	Periodicidad
Estándares del MINSA					
1.- A toda embarazada que acude a su Control Prenatal (CPN) se le deberá de Llenar la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) y registrar en ella las 12 actividades normadas.	Porcentaje de mujeres embarazadas en las que en su CPN se le llenó su HCPB y se registraron las 12 actividades normadas	Nro. de embarazadas que acudieron a su CPN, se les llenó su HCPB y se registraron las 12 actividades normadas / Nro. De embarazadas a las que se les valoró el llenado de su HCPB x 100.	12 Actividades normadas para registrarse en la HCPB: -Antecedentes Personales y Obstétricos -Medición de Talla. -Examen de Mamas -Semanas de Amenorrea. -Medición del Peso. -Determinación P/A. -Medición de Altura Uterina. -Auscultación de FCF \geq 20 Semanas de Gestación -Mov. Fetales \geq 18 sem. -Vacuna DT. -Solicitud de Exámenes (Grupo y Rh, PAP, VDRL/RPR, EGO, Hb) -Eval. Del Estado Nutricional.	Expedientes Clínicos (HCPB)	Enero - Agosto del 2008
2.- A todo parto vaginal, inmediato al nacimiento del bebe y antes del nacimiento de la placenta, se deberá aplicar ala parturienta 10UI de oxitocina IM en dosis única, a fin de prevenir la hemorragia posparto.	Porcentaje de parturientas a quienes se les aplicó en momento y dosis adecuada, oxitocina profiláctica para reducción de hemorragia posparto.	Nro. De parturientas a quienes se les aplicó oxitocina profiláctica en el momento y dosis adecuada / Nro. De partos revisados en el periodo x100.	Oxitocina profiláctica para reducción de hemorragia posparto en la aplicación de 10UI IM de oxitocina inmediatamente después del nacimiento del bebe, pero antes del nacimiento de la placenta, aun en casos en donde se ha usado oxitocina para inducto-conducción.	Expedientes Clínicos (HCPB)	Enero - Agosto del 2008

Estándar	Indicador	Construcción del Indicador	Definición	Fuente	Periodicidad
3.- A toda mujer en puerperio inmediato se le deberá vigilar: Hora, temperatura corporal, pulso, presión arterial, involución uterina y características de loquios; de la siguiente manera: cada 30 minutos en las primeras 2 horas y luego por turno de enfermería, si no se han detectado signos y síntomas de alarma.	Porcentaje de puérperas inmediatas con vigilancia adecuada	Nro. de puérperas inmediatas con vigiladas adecuadamente / Nro. De puérperas inmediatas revisadas en el periodo x 100.	Se considera que se cumple con este indicador, sí y sólo si se vigilan cada 30 minutos en las primeras 2 horas posparto los 5 parámetros establecidos	Expedientes Clínicos (HCPB)	Enero - Agosto del 2008
4.- A toda mujer que egresa de un evento obstétrico (aborto, parto, cesárea) se le deberá garantizar consejería y método de Planificación Familiar.	Porcentaje de puérperas que recibieron consejería en planificación familiar antes de su egreso.	Nro. de puérperas que recibieron consejería en planificación familiar antes de su egreso/Nro. De puérperas revisadas en el periodo x 100.		Registro de egresos y Expedientes Clínicos (HCPB)	Enero - Agosto del 2008
	Porcentaje de puérperas que egresaron con un método de planificación familiar	Nro. de puérperas que egresaron con un método de planificación familiar / Nro. De puérperas revisadas en el periodo x 100.		Registro de egresos y Expedientes Clínicos (HCPB)	Enero - Agosto del 2008

Estándar	Indicador	Construcción del Indicador	Definición	Fuente	Periodicidad
5.- En todo recién nacido, se deberá examinar y registrar en la HCPB, por lo menos las 12 actividades básicas seleccionadas.	Porcentaje de recién nacidos/as a quienes se examinó y registró en la HCPB las 12 actividades básicas seleccionadas.	Nro. De recién nacidos/as a quienes se les examinó y registró en la HCPB las 12 actividades seleccionadas según la norma/Nro. De recién nacidos revisados en el periodo.	12 actividades: Sexo, Peso al nacer, Talla en cms., Perímetro cefálico en cms, Apgar al minuto y 5 minutos, Reanimación respiratoria, Examen físico, Temperatura corporal, Alojamiento conjunto, Apego precoz, Vit. K (dosis adecuada al peso). <u>Vitamina K</u> RN Sano y mayor de 1.500 grs. Se debe aplicar al nacer 1mg. IM en una sola dosis. RN en riesgo (asfisia, pretérmino, patología neonatal) aplicar Vit. K 1mg. IM o IV con dosis posteriores según estado clínico. En menor de 1.500grs. 0.5mg. IM. <u>Profilaxis de infección ocular</u> es la aplicación en la primera hora del nacimiento en ambos ojos de colirio o ungüento oftálmico antibiótico, como oxitetraciclina	Registro de egresos y Expedientes Clínicos (HCPB)	Enero - Agosto del 2008
6.- Todo RN para poder ser egresado debe de cumplir con los siguientes criterios: Buena tolerancia oral, signos vitales estables (T°, FR, FC) buena coloración, promoción de Lactancia Materna Exclusiva, higiene del RN y BCG aplicada.	Porcentaje de RN egresados cumpliendo con los criterios establecidos.	Nro. De RN egresados cumpliendo con los criterios establecidos/Nro. De egresos de RN revisados en el periodo x 100.	Satisfactorio cuando se cumplen los 6 criterios establecidos: *Buena tolerancia oral *Signos vitales T°, FR, FC *Buena coloración *Promoción de LME *Higiene del RN: baño diario con agua tibia, limpieza 2 a 3 veces al día del cordón umbilical con alcohol puro, limpieza de los genitales. *Aplicación de BCG.	Registro de egresos y Expedientes Clínicos (HCPB)	Enero - Agosto del 2008
Estándares elaborados por el grupo de investigadores					
7.- A toda embarazada debe llenársele correctamente la HCPB en su CPN, Parto y Puerperio.	Porcentaje de embarazadas a las que se les registró y llenaron todos los ítems de la HCPB.	Nro. De HCPB con registro y llenado adecuado/Nro. De HCPB revisadas en el periodo x 100.	Llenado y análisis adecuado de la HCPB.	Registro de egresos y Expedientes Clínicos (HCPB)	Enero - Agosto del 2008
8.- Se deberá favorecer la atención integral y de calidad a toda usuaria en su CPN, Parto y Puerperio	Porcentaje de nacimientos (vaginales) en el C/S atendido por personal que cumplió con el	Nro. De partos vaginales atendidos en la unidad de salud con buen llenado de la HCPB/Nro. De HCPB revisadas x 100.	Parto institucional el cual es atendido por personal clínico en APS.	Registro de egresos y Expedientes Clínicos (HCPB)	Enero - Agosto del 2008

	buen llenado de la HCPB.				
--	--------------------------	--	--	--	--

RESULTADOS Y ANALISIS

Resultados y Análisis

Tabla: 1

Características sociodemográficas de los pacientes que se revisó el llenado de la HCPB, en el primer nivel de atención por parte del personal clínico en el Centro de Salud Jinotegüita del Municipio de Wiwilí, departamento de Jinotega de Enero / Agosto del 2008.

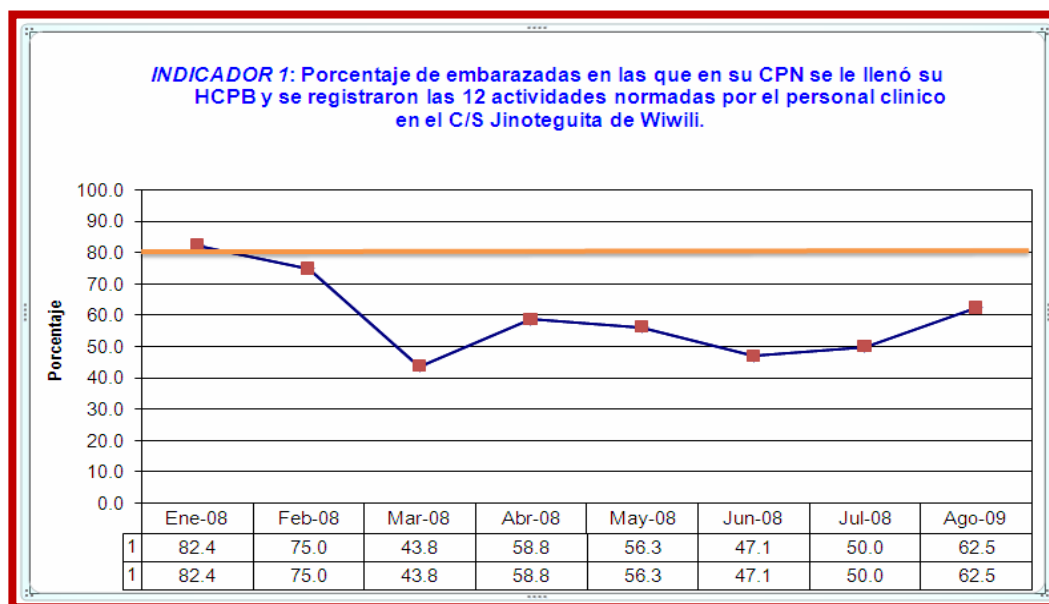
Edad		Escolaridad		Estado Civil		Procedencia	
Variable	Cantidad	Variable	Cantidad	Variable	Cantidad	Variable	Cantidad
15-19	45(34%)	Analfabeto	19(14.5%)	Soltera	23(17.5%)	Urbano	35(27%)
20-34	75(57%)	Primaria Incompleta	70(53.4%)	Casada	41(31.2%)	Rural	96(73%)
35-49	11(9%)	Primaria Completa	19(14.5%)	Unión Estable	67(51.1%)		
		Secundaria Incompleta	23(17.6%)				
Total	131(100%)		131(100%)		131(100%)		131(100%)

Esta tabla refleja que el grupo etáreo que predominó durante el estudio se encuentra entre las edades de 15 a 49 años, lo que se asocia al periodo de mayor fertilidad de la mujer, las edades de 20 a 34 años con 75 expedientes (57%), seguido de las edades entre 15 a 19 años que corresponde a 45 expedientes (34%), siendo poblaciones relativamente jóvenes.

La población en estudio tiene una escolaridad muy baja siendo estas los siguientes analfabetos el 14.5 %, primaria incompleta el 53.4%, primaria completa el 14.5% y secundaria incompleta el 17.6 % de los expedientes revisados en el periodo de estudio. Igualmente el 54 % de la población en estudio tiene un estado civil de unión estable, el 31% casada y el 15 % soltera correspondiente a la última encuesta de ENDESA -2005.

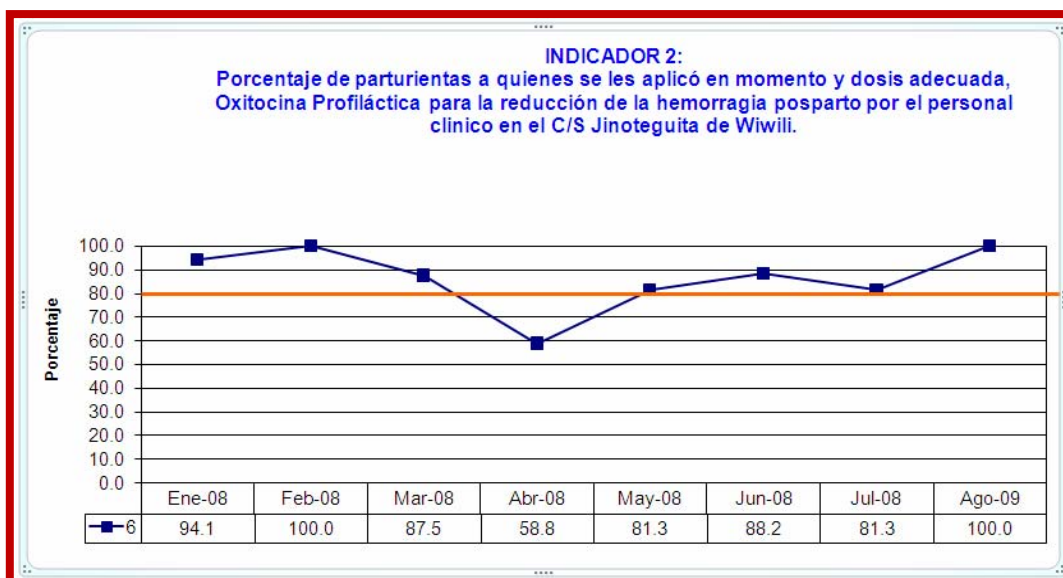
La procedencia de las pacientes a las que se les revisó el llenado de la Historia Clínica Perinatal Básica corresponde al 73 % del área Rural y el 27 % del área urbana, correspondiente a la densidad poblacional y característica del municipio de Wiwilí.

Gráfico: 1



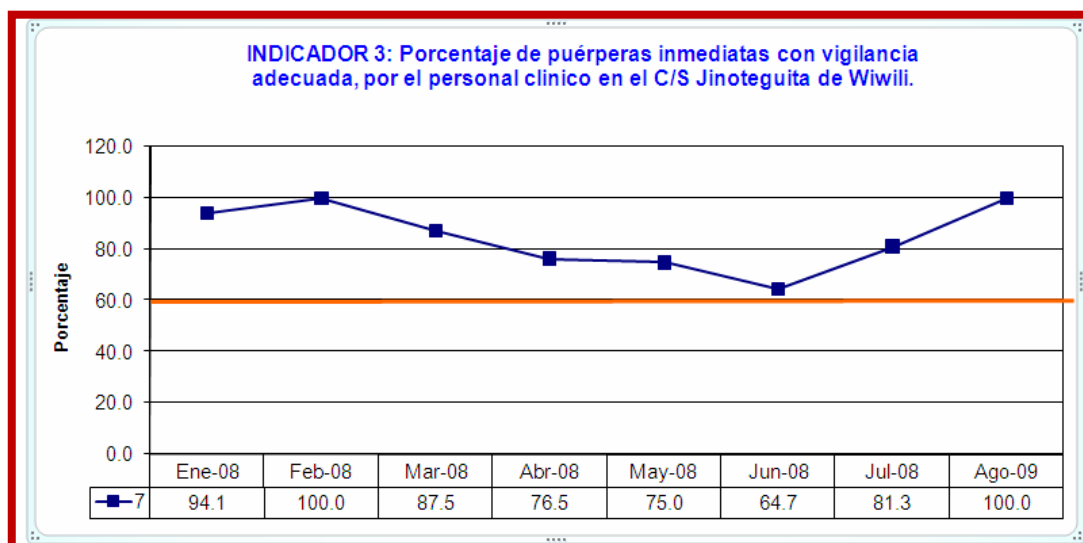
El personal asistencial luego del mes de enero empezó a incumplir con el llenado de los items de la HCPB, de manera que hasta el mes de Agosto no se volvió a cumplir con el indicador # 1, ya que siempre se mantuvieron por debajo del umbral del 80%.

Gráfico: 2



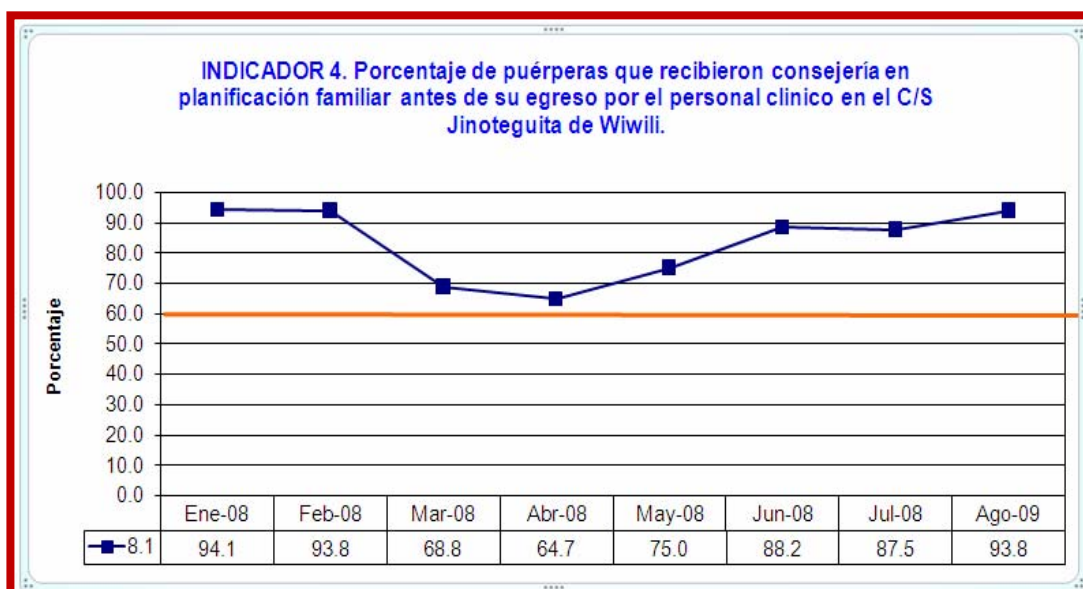
Con relación al indicador # 2 el personal asistencial cumple con la aplicación de Oxitocina profiláctica a como se establece en las Normas y Protocolos de atención, sin embargo durante el mes de abril disminuyó en su cumplimiento.

Gráfico: 3



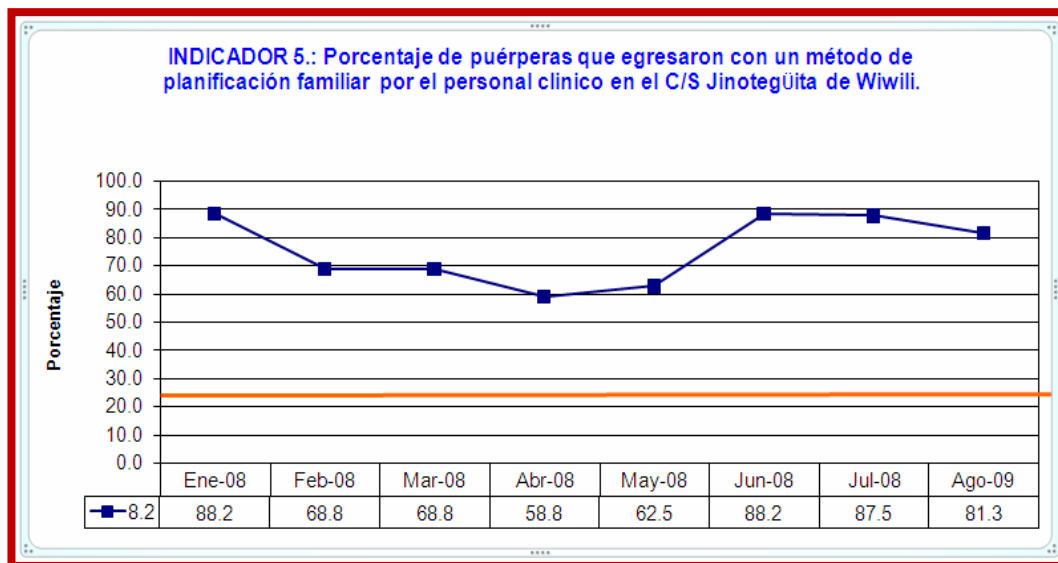
Con respecto al indicador # 3 el personal asistencial esta cumpliendo con la vigilancia estricta del control puerperal durante las 2 primeras horas a como lo establece el Protocolo de COE, sin embargo durante el mes de junio disminuyó su cumplimiento en lo que respecta a los meses anteriores, sin embargo se cumple con el umbral del 60%.

Gráfico: 4



En lo que respecta a la consejería de la Planificación Familiar durante los meses de marzo, abril y mayo hubo disminución en el cumplimiento del indicador con respecto a los demás meses, cumpliendo sin embargo el umbral establecido por el Ministerio de Salud (60%).

Gráfico: 5



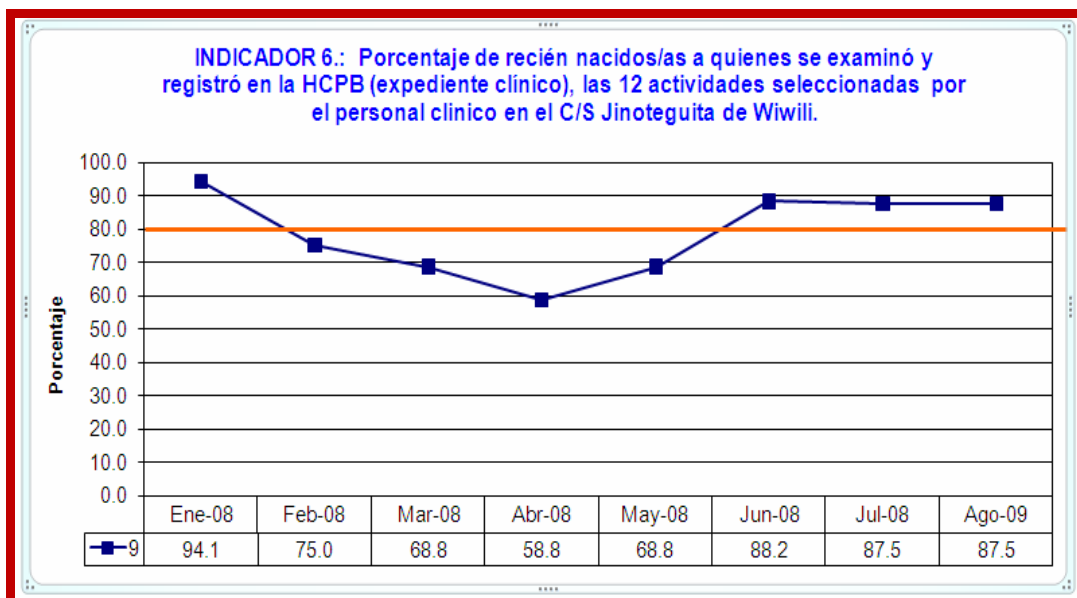
Con relación al indicador # 5 el método de mayor uso por las usuarias fue la Depoprovera, sin embargo hay un cumplimiento del 60 al 90% a pesar que la norma establece que el umbral es del 25%, lo que es muy bueno.

Tabla: 2

Método de elección de las pacientes que se reviso el llenado de la Historia Clínica Perinatal Básica (HCPB) en el primer nivel de Atención por parte del personal clínico en el Centro de Salud “Jinotegüita” del Municipio de Wiwili, Departamento de Jinotega, Enero - Agosto del 2008.

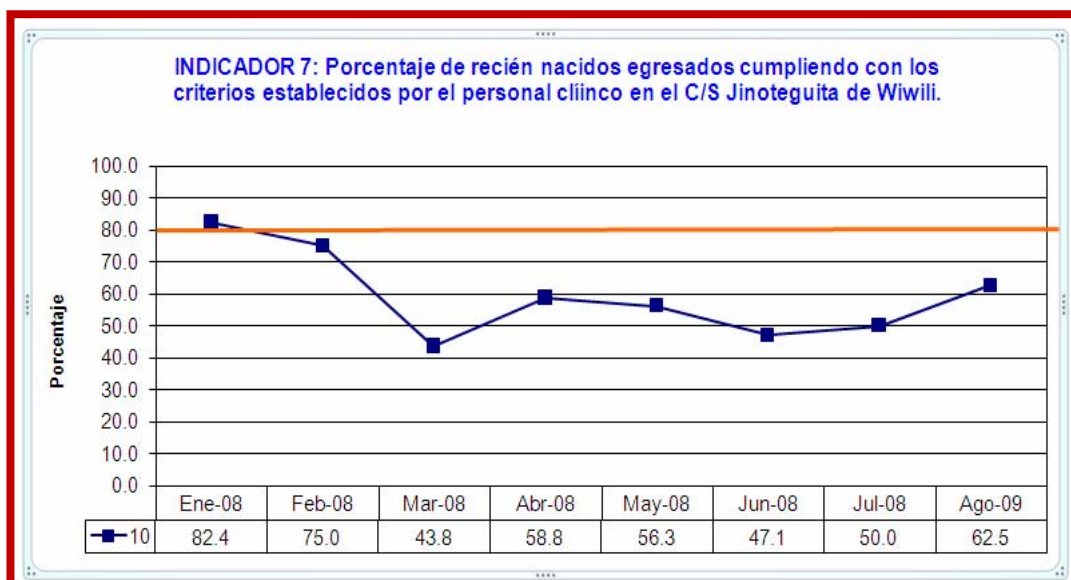
Variable	Depoprovera	MELA	DIU	Ninguno	Total
	75	20	6	30	131
Porcentaje	57%	15%	5%	23%	100%

Gráfico: 6



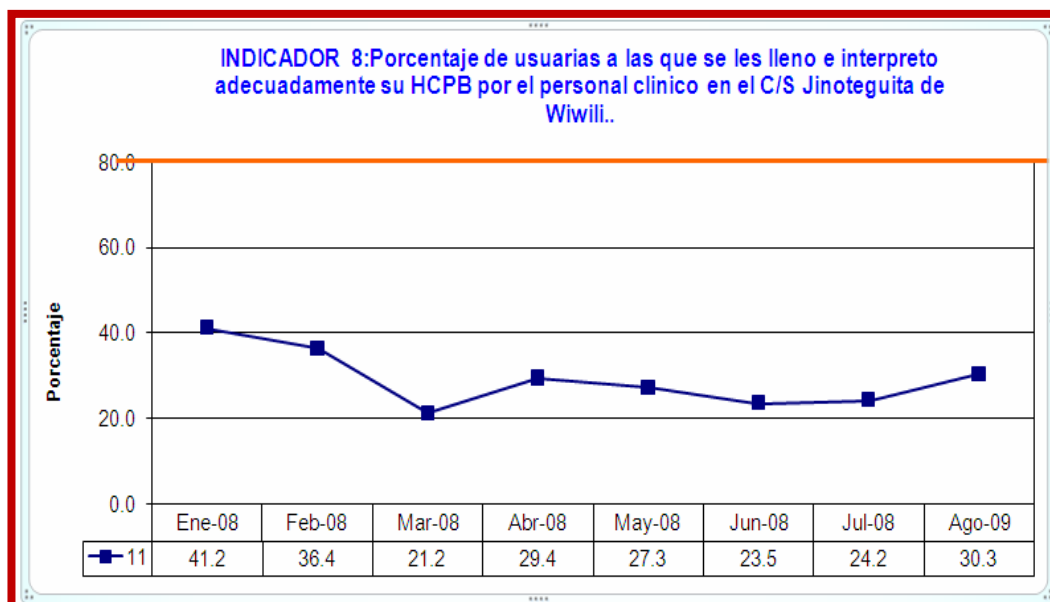
En lo que respecta a la evaluación de los Recien Nacidos se evidencia que del mes de febrero a mayo no se da un registro adecuado de las 12 actividades a como lo establece la Normativa COE.

Gráfico: 7



Del mes de febrero a agosto no hay cumplimiento del indicador # 7, de manera que se dieron altas de Recién Nacidos sin el cumplimiento adecuado de los criterios normados por los protocolos para su egreso.

Gráfico: 8



No se realizó el llenado e interpretación adecuado de todos los ítems de la HCPB durante el periodo de estudio, por el personal clínico.

Tabla: 3

Pérfil ocupacional del personal clínico que llenó la HCPB en Centro de Salud Jinoteguita de Wiwili en el período de enero-agosto 2008.

Médico General	Médico en Servicio Social
65 (49.6%)	66(50.4%)

Las HCPB fueron llenadas por Médicos en su totalidad, ya que son ellos los que brindan la atención del parto, puerperio y altas de los recién nacidos y las puérperas.

DISCUSION DE LOS RESULTADOS

En el presente estudio se evaluó la calidad del control y seguimiento del llenado de la HCPB en el primer nivel de atención por parte del personal clínico, en el Centro de Salud Jinotegüita del Municipio de Wiwilí, en el periodo de enero-agosto del 2008, obteniéndose los siguientes resultados:

Las características sociodemográficas de las pacientes a quienes se les revisó el llenado de la HCPB, refleja que la población en estudio es relativamente joven, con un rango de edad máximo de 49 años y una edad mínima de 15 años, la edad media de las pacientes fue de 32 años, siendo el grupo etáreo de 20 a 34 años más predominante con un 57%, correspondiente a 75 expedientes, de 15 a 19 años con 34% y de 35 a 49 años con un 9%.

La procedencia de las pacientes mayoritariamente eran del área Rural, correspondiente a 96 expedientes (73%), coincidiendo con el estudio realizado en el Municipio de San Sebastián de Yalí, 35 expedientes (27%) procedientes del área urbana.

La población en estudio sabe leer, si tomamos como referencia los niveles de escolaridad que tenían, primaria incompleta el 53.4%, primaria completa el 14.5%, secundaria incompleta el 17.6% y solamente el 14.5% analfabeta, lo que favorece la prevención de las complicaciones en el control del embarazo, parto y puerperio.

Con respecto al estado civil se evidencia que la unión estable, corresponde al 51% de la población, casados el 31% y solteras con un 18%, lo que es paralelo a la última encuesta realizada en el país por ENDESA 2005.

Con respecto a las mujeres en las que se llenó la HCPB y se registraron las 12 actividades normadas en el protocolo, se alcanzó el cumplimiento en el mes de enero por encima del umbral, dado por el MINSA, sin embargo durante los meses de febrero a agosto se mantuvo por debajo del umbral esperado, al compararse con los resultados obtenidos en el estudio realizado en la Empresa Médica Previsional de Occidente. S.A.(AMOCSA) [9], en la que al inicio del estudio no se cumplía con el umbral, pero en los meses posteriores se observaron avances en el llenado de los ítems.

En relación al indicador # 2 el porcentaje de parturientas a quienes se les aplicó en el momento y dosis adecuada de oxitocina profiláctica para la prevención de la hemorragia posparto, se cumplió con el umbral, excepto durante el mes de abril en el que se obtuvo un 60% de cumplimiento y los meses de febrero y agosto con un 100% del cumplimiento del estándar, a diferencia del estudio de AMOCSA [9], en donde se cumplió durante todo el periodo con un 100%.

En la atención puerperal se cumplió con el umbral del 60% normado por el protocolo en la vigilancia adecuada en las 2 primeras horas posparto, pero ninguna con un 100% y siendo el mes de junio el más bajo con un 60%.

Con respecto a la planificación familiar y consejería durante los meses de marzo, abril y mayo hubo descenso en el nivel alcanzado si se compara con los meses de enero, febrero, junio, julio y agosto, pero se cumple con el umbral establecido por el MINSA, cabe señalar que el porcentaje de púerperas que egresaron con un método de planificación familiar, cumplen con el indicador, ya que en los meses del estudio hay un cumplimiento del 60%-90%, aunque la norma establece un umbral del 25%, quedando reflejado también el método de elección de la usuaria, distribuido de la siguiente manera: depoprovera 57%, MELA 15%, DIU 5%, ninguno 23%, siendo más del 50% de la población quienes eligen un método moderno, lo que sirve de prevención para contener la mortalidad materna, por ser uno de los pilares fundamentales de la maternidad segura [5].

El porcentaje de recién nacidos a quienes se examinó y registró en la HCPB y expediente clínico, las 12 actividades normadas por el MINSA, se puede observar que en los meses de enero, junio, julio y agosto hay un cumplimiento con respecto al umbral establecido, a diferencia de los meses de febrero a mayo por debajo del umbral establecido y en el cumplimiento de los parámetros de egreso de los recién nacidos, solamente en el mes de enero se logró el umbral de cumplimiento, quedando los demás meses por debajo del umbral establecido (80%), contrario a los resultados obtenidos por AMOCSA donde se cumplió con el 100% de los indicadores de pediatría.

En el indicador realizado por los investigadores en el que se establece que a toda embarazada debe de llenarse correctamente la HCPB en su CPN, parto y puerperio en todo el periodo de

estudio no se cumplió el umbral establecido por los mismos (80%), ya que si no se cumplían con el buen llenado de los items no se cumple con el indicador mismo.

El perfil ocupacional del personal clínico que llenó la HCPB en el último momento fue por personal médico, distribuido de la siguiente manera: servicio social 50.4% y médico general con un 49.6% de los expedientes revisados durante el estudio.

CONCLUSIONES

Al realizar la evaluación de la calidad del control y seguimiento del llenado de la Historia Clínica Perinatal Básica (HCPB) en el primer nivel de Atención por parte del personal clínico en el Centro de Salud “Jinotegüita” del Municipio de Wiwilí, Departamento de Jinotega, ha quedado claro que la atención del CPN, parto y puerperio constituyen el punto del iceberg para lograr realizar una atención de calidad:

I.- En relación a las características socio demográficas: la población en estudio es joven, de 20-34 años (57%), con baja escolaridad, primaria incompleta (53%). El estado civil es unión estable (54%) y el 73% procede del área rural.

II.- Hay dificultades en el llenado y registro de las actividades normadas, se realiza consejería y promoción de la planificación familiar y se aplicó al 57% la Depoprovera.

Se realiza consejería y promoción de la planificación familiar a toda puérpera con el fin salvaguardar el próximo embarazo, pero más aún el estado de convalecencia de la mujer en su estado puerperal.

La atención del recién nacido tiene serias dificultades tanto en su primera evaluación clínica como en el egreso hospitalario mismo, ya que no se llenan y registran adecuadamente ítems de vital importancia en el proceso de la atención misma.

III.- Con respecto a los indicadores de calidad en la atención integral al binomio materno-perinatal, con lo plasmado anteriormente es evidente que existen serias limitaciones que faciliten el cumplimiento del mismo y por tanto del estándar como tal, si desde el inicio de la atención misma no se realizan las actividades básicas para su buen cumplimiento.

IV.- No se llenan con calidad los ítems de la HCPB, por el personal asistencial de la unidad en estudio, por ende si no hay cumplimiento de estándares e indicadores se esta atendiendo cantidad sin calidad, negándose de tal manera el derecho a la población de recibir una atención y evaluación clínica de calidad en la atención.

RECOMENDACIONES

Como un paso a la mejora en la calidad de atención en salud se hace necesario recomendar lo siguiente:

- Implementar un programa de capacitación que permita la actualización constante del personal de salud en las normas del programa de atención a la mujer y niñez como grupos priorizados.
- Realizar análisis de expedientes y HCPB durante el pase de visita y educación continua, para mejorar en los ítems que hay mayor dificultad en el llenado de la HCPB.
- Fortalecer el equipo de calidad del municipio en el mejoramiento de las capacidades para la conducción de ciclos de mejora continua en la calidad de atención de los usuarios con respecto al llenado e interpretación de los ítems de la HCPB.
- Empoderar al personal clínico de nuevo ingreso (médicos y enfermeras en servicio social) sobre estándares e indicadores de calidad en el proceso de atención de la embarazada y el recién nacido.
- Mantener altos los estándares en los cuales se sobrepaso el umbral normado por el MINSA y mejorar los estándares en los que no se alcanzó el umbral.
- Continuar realizando investigaciones sobre la misma temática en el Municipio para comprobar la mejoría en la calidad de atención y manejo de los Protocolos del Ministerio de Salud.

REFERENCIAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Schwarcz, Ricardo., Gonzalo Díaz Ricardo H. Fescina. OBSTETRICIA. Quinta Edición. Librería, Editorial e Inmobiliaria, Florida 340. Buenos Aires, Argentina. 2003
- 2.- Mateo Andujar, Carmen. Dra. CONTROL PRENATAL Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hosp. Central de las Fuerzas Armadas Santo Domingo, D. N <http://www.slideshare.net/galipote/control-prenatal>.
- 3.- Villasana Carrillo, Nancy Leticia. MIP. CONTROL PRENATAL. Hospital General de México. Instituto Politécnico Nacional. Escuela Superior de Medicina. Mexico. 2004.
- 4.- Ministerio de Salud. NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN PRENATAL, Parto, Puerperio y Recien Nacido/a de Bajo Riesgo. Ministerio de Salud, República de Nicaragua, Primera Edición, Agosto, 2008.
- 5.- Ministerio de Salud. ESTANDARES E INDICADORES DE CALIDAD DE PROCESOS DE ATENCION DE LA EMBARAZADA Y RECIEN NACIDO. MINSA-República de Nicaragua, 2da. Edición. Febrero, 2004.
- 6.- Ministerio de Salud. Normas Y PROTOCOLOS PARA LA ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES OBSTETRICAS. MINSA-Nicaragua. Diciembre, 2006.
- 7.- Mira, José Joaquín, Lorenzo Susana, Rodríguez-Marín, Jesús y Buil, José Antonio. CONCEPTO Y MODELOS DE CALIDAD. HACIA UNA DEFINICIÓN DE CALIDAD ASISTENCIAL. Universidad Miguel Hernández, Fundación Hospital Alcorcón y Consellería de Sanitat. Generalitat Valenciana. España 2005. <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=807>
- 8.- Altamirano Palacios, Ángel Osmani, Dr., Ortega Castro, Luis Alfred, Dr., Rugama Calero, Douglas Felipe, Dr. Tutor: Martínez, Manuel, Lic. EVALUACIÓN DE LA MEJORÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LA MUJER Y LA NIÑEZ, en el Centro de Salud Nelson Rodríguez, San Sebastián de Yalí, Jinotega. 2003.

9.- MÉDICA DE OCCIDENTE S.A. AMOCSA. Indicadores de Calidad de los procesos de Atención de la Embarazada y del Recién nacido. Boletín # 1. León, Nicaragua.2005.

10.- GUIA DE CONTROL PRENATAL Y FACTORES DE RIESGO. Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología. Secretaría de Salud de Bogotá, 2006.

11.- Sánchez Morales, Verónica |Hernández Mendo Antonio. CALIDAD Y SATISFACCIÓN EN LOS SERVICIOS: CONCEPTUALIZACIÓN. Departamento de Psicología Social, Antropología Social, Trabajo Social y Servicios Sociales Facultad de Psicología Universidad de Málaga, Málaga. Revista Digital. Buenos Aires - Año 10 N° 73 Junio de 2004. file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Escritorio/Nueva%20carpeta/Calidad%20y%20satisfacci%C3%B3n%20en%20los%20servicios%20conceptualizaci%C3%B3n.htm

12.-. B. Pineda, E. L. de Alvarado, F. H. De Canales. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION. 2da. Ed. Serie PALTEX para ejecutores de Programas de Salud. Nro. 35, OPS/OMS, 1994.

ANEXOS

INSTRUMENTO

Instrumento de Recolección de Datos

Tema del Estudio:

Evaluación de la calidad del control y seguimiento de llenado de la Historia Clínica Perinatal Básica (HCPB) en el primer nivel de Atención por parte del personal clínico en el Centro de Salud "Jinotegüita" del Municipio de Wiwilí, Departamento de Jinotega, Enero - Agosto del 2008.

Elaborado por:
Br Walter Alexander Gómez Areas.
Br. Ramiro Alberto Guido Ramos

Tutora:
Dra. Teresa Rodríguez

Fuente: Expedientes Clínicos.

Nro.: _____

I.- Datos Sociodemográficos:

Edad: _____

Estado Civil: _____

Escolaridad: _____

Procedencia: Urbano: _____ Rural: _____

II.- Registro de adecuado de las 12 actividades:

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| 1. Antecedentes Personales y Obstétricos: | Si: _____ | No: _____ |
| 2. Medición de Talla: | Si: _____ | No: _____ |
| 3. Examen de Mamas: | Si: _____ | No: _____ |
| 4. Sem. de Amenorrea: | Si: _____ | No: _____ |
| 5. Medición del Peso: | Si: _____ | No: _____ |
| 6. Determinación P/A: | Si: _____ | No: _____ |
| 7. Medición de AU: | Si: _____ | No: _____ |
| 8. FCF ➤ 20 Semanas: | Si: _____ | No: _____ |
| 9. Movimientos Fetales ➤ 18 semanas: | Si: _____ | No: _____ |
| 10. Vacuna TT.: | Si: _____ | No: _____ |
| 11. Exámenes de Laboratorio: | Si: _____ | No: _____ |
| 12. Evaluación del Estado Nutricional: | Si: _____ | No: _____ |

III.- Aplicación de 10 UI IM de Oxitocina inmediatamente al nacimiento del Bebe y antes del alumbramiento de la Placenta:

Si: _____ No: _____

IV.- Vigilancia de toda mujer en su puerperio inmediato se le deberá vigilar: temperatura corporal, pulso, presión arterial, involución uterina y características de loquios; de la siguiente manera: cada 30 minutos en las primeras 2 horas y luego por turno de enfermería, si no se han detectado signos y síntomas de alarma.

- | | | |
|--------------------------------|-----------|-----------|
| 1. Temperatura corporal: | Si: _____ | No: _____ |
| 2. Pulso: | Si: _____ | No: _____ |
| 3. Presión arterial: | Si: _____ | No: _____ |
| 4. Involución uterina: | Si: _____ | No: _____ |
| 5. Características de loquios: | Si: _____ | No: _____ |

V.- A toda mujer que egresa de un evento obstétrico (aborto, parto, cesárea) se le deberá garantizar consejería de Planificación Familiar.

Si: _____ No: _____

VI.- A toda mujer que egresa de un evento obstétrico (aborto, parto, cesárea) se le deberá aplicar un método de Planificación Familiar antes de su egreso.

1. Ninguno: _____
2. Referida: _____
3. Barrera: _____
4. DIU: _____
5. Hormonal¿Cuál?: _____
6. Ligadura Tubárica: _____
7. Natural: _____
8. Otro: _____

VII.- En todo recién nacido, se deberá examinar y registrar en la HCPB, por lo menos las 12 actividades básicas seleccionadas:

- | | | |
|--------------------------------------|-----------|-----------|
| 1.- Sexo: | Si: _____ | No: _____ |
| 2.- Peso al nacer: | Si: _____ | No: _____ |
| 3.- Talla en cms.: | Si: _____ | No: _____ |
| 4.- Perímetro cefálico en cms.: | Si: _____ | No: _____ |
| 5.- Apgar al minuto y 5 minutos: | Si: _____ | No: _____ |
| 6.- Reanimación respiratoria: | Si: _____ | No: _____ |
| 7.- Examen físico: | Si: _____ | No: _____ |
| 8.- Temperatura corporal: | Si: _____ | No: _____ |
| 9.- Alojamiento conjunto: | Si: _____ | No: _____ |
| 10.- Apego precoz: | Si: _____ | No: _____ |
| 11.- Vitamina K: | Si: _____ | No: _____ |
| 12.- Profilaxis de infección ocular: | Si: _____ | No: _____ |

VIII.- Todo RN para poder ser egresado debe de cumplir con los siguientes criterios: Buena tolerancia oral, signos vitales estables (T^o, FR, FC) buena coloración, promoción de Lactancia Materna Exclusiva, higiene del RN y BCG aplicada.

- | | | |
|--|-----------|-----------|
| 1. Buena tolerancia oral: | Si: _____ | No: _____ |
| 2. Signos vitales (T ^o , FR, FC): | Si: _____ | No: _____ |
| 3. Buena coloración: | Si: _____ | No: _____ |
| 4. Promoción de LME: | Si: _____ | No: _____ |
| 5. Higiene del Recién Nacido (Consejería): | Si: _____ | No: _____ |
| 6. Aplicación de BCG: | Si: _____ | No: _____ |

IX.- A toda embarazada debe llenársele correctamente la HCPB en su CPN, Parto y Puerperio.

- | | |
|--|------------------|
| a. Llenado adecuado de los ítems de la HCPB: | Excelente: _____ |
| | Bueno: _____ |
| | Malo: _____ |
| b. Marcado e interpretación adecuado de los exámenes de laboratorio: | Excelente: _____ |
| | Bueno: _____ |
| | Malo: _____ |
| c. Perfil del personal que llenó la HCPB: | _____ |



HCPB

CLAP - OPS/OMS MINSA - NICARAGUA

Parto en: No Sí

N° Identidad:

NOMBRE: Fecha de nacimiento:

DOMICILIO: EDAD: ALIMENTA:

LOCALIDAD: TEL: Estado civil:

ANTECEDENTES

FAMILIARES

PERSONALES

OBSTÉTRICOS

EMBARAZO ACTUAL

PATOLOGÍAS EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

PARTO

TERMINACION

RECIEN NACIDO

EGRESO R.N.

EGRESO MATERNO

Amorillo significa ALERTA

Verde significa BARRERA

Rojo significa BARRERA

Indica que esta información, variable y ocurrencia se encuentran registradas en otras hojas del expediente clínico

Indica que esta información, variable y ocurrencia se encuentran registradas en otras hojas del expediente clínico

Indica que esta información, variable y ocurrencia se encuentran registradas en otras hojas del expediente clínico

Indica que esta información, variable y ocurrencia se encuentran registradas en otras hojas del expediente clínico

EVALUACION MATERNO-FETAL

Incremento del Peso Materno en Kg Percentilos		Semanas	Altura Uterina ** en cms Percentilos	
25	90		10	90
0.4	3.5	13	8.0	12.0
1.2	4.8	14	9.0	14.0
1.3	4.9	15	10.0	15.0
1.8	5.1	16	12.0	17.0
2.4	6.4	17	13.0	18.0
2.6	7.0	18	14.0	19.0
2.9	8.1	19	14.0	20.0
3.2	8.2	20	15.0	21.0
4.1	8.6	21	16.0	22.0
4.4	9.2	22	17.0	23.0
4.7	10.5	23	18.0	23.0
5.1	10.8	24	19.0	24.0
5.6	11.3	25	20.0	25.0
5.9	11.6	26	20.0	26.0
6.0	11.7	27	21.0	27.0
6.2	11.9	28	22.0	27.0
6.9	12.7	29	23.0	28.0
7.3	13.5	30	24.0	29.0
7.6	13.9	31	24.0	30.0
7.9	14.5	32	25.0	30.0
8.1	14.7	33	26.0	31.0
8.2	15.0	34	26.0	32.0
8.2	15.4	35	27.0	33.0
8.2	15.7	36	28.0	33.0
8.2	15.7	37	29.0	34.0
8.2	15.9	38	30.0	34.0
8.2	16.0	39	31.0	35.0
8.2	16.0	40	31.0	35.0

**Las medidas de la AU fueron obtenidos desde el borde superior del pubis hasta el fondo uterino, desplazando la cinta métrica entre los dedos índice y mayor.