

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua  
Facultad de Ciencias Médicas  
UNAN - LEÓN**



Informe final de investigación para optar al título de:  
***Doctor en Medicina y Cirugía***

***Calidad de prestación de los servicios en el  
Subprograma Control Prenatal de las unidades  
de salud del MINSA. Quezalguaque, enero a  
octubre del 2006.***

*AUTORES:*

*Br: Santiago José Villega Rivera.  
Br: Omar Edén Montes Roque.*

*TUTORES:*

*Dr. Jairo García.<sup>1</sup>  
Dr. Juan Almendárez<sup>2</sup>.*

***Diciembre del 2,006***

---

<sup>1</sup> Doctor en Medicina y Cirugía, Gineco-obstetra. Maestro en ginecología de la Facultad de Ciencias Médicas. Profesor titular del departamento de ginecología y obstetricia.

<sup>2</sup> Doctor en Medicina y Cirugía. Maestro en Salud Pública. Coordinador del eje de Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas. Profesor titular del departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública.

## RESUMEN

Con el presente estudio se valora la calidad de prestación de los servicios del sub-programa control prenatal en las unidades del Ministerio de salud del municipio de Quezalguaque a partir de los alcances de los principales indicadores de cobertura que tiene el sub-programa control prenatal, la calidad del llenado de la historia clínica prenatal, la percepción que tienen las usuarias del CPN sobre la atención recibida y la existencia de complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio que pudieron ser evitadas con las acciones propias del control prenatal. Tipo de estudio: evaluación de servicios. Las fuentes de recolección fueron primarias y secundarias, análisis con EPI-INFO 3.3.

Se encontró que el porcentaje global de cobertura es 57.54% del total de embarazos esperados, registros inadecuado de la HCPB. Con respecto a exámenes se encontró que el grupo y Rh sanguíneo fue realizado en el 31.6%, de las mujeres, hemoglobina 33.3%, VDRL 27.5%, PAPs 19.1%, cerviz 24.1%, pelvis 50.8%. Se encontró también que las mujeres se quejaron de pocas recomendaciones (entre el 24.1% y 56.6%); consideraron que la atención brindada fue buena en el 74.1%, el 100% dijo que había amabilidad y privacidad en la consulta. 85% de embarazadas padecieron enfermedad, todas IVU asociada a otras patologías. El 100% fueron partos vaginales, solo en 3 mujeres se presentaron complicaciones durante el parto, 1 con puerperio patológico.

Concluimos que la cobertura es muy baja, la calidad de los registros es inadecuada, la percepción de calidad de las usuarias es buena, existieron 3 complicaciones durante el parto y 1 complicación durante el puerperio.

# DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo:

A Dios, por ser el Supremo Hacedor de todas las cosas, que nos ha dado el don de la vida y la capacidad de la inteligencia.

A nuestros padres que con su esfuerzo nos han logrado llevar hasta este punto, por enseñarnos valores tan preciados como el amor al prójimo, y el espíritu de servir a nuestros semejantes.

# Agradecimientos

Agradecemos en la realización de este trabajo:

A: Dios en primer lugar, por darnos fuerzas cada día y seguir adelante para lograr cada uno de nuestros objetivos.

A: nuestros padres, por su apoyo incondicional, su cariño y comprensión.

A: nuestros tutores: Dr. Jairo García y Dr. Juan Almendarez por apoyarnos con sus conocimientos, sin los cuales hubiese sido difícil terminar este estudio.

Al personal de las clínicas de CPN de las unidades de salud del MINSA del municipio de Quezalguaque por facilitarnos información indispensable para la realización de este estudio. Un especial agradecimiento a la Doctora Sadia Membreño, por permitirnos esta investigación en dichas unidades de salud.

Agradecemos muy especialmente a las pacientes que participaron en nuestro estudio, y esperamos que con esta investigación logremos se les mejore la atención recibida.

# Índice

Introducción-----	1
Antecedentes-----	3
Planteamiento del problema-----	6
Justificación-----	6
Objetivos-----	7
Marco teórico-----	8
Diseño Metodológico-----	31
Resultados-----	35
Discusión-----	51
Conclusiones-----	57
Recomendaciones-----	58
Bibliografía-----	60
Anexos-----	65
Glosario de abreviaturas-----	76

## Introducción

La organización Mundial de la salud y el Fondo de Naciones Unidas para la infancia han adoptado una serie de resoluciones para reducir los indicadores negativos en relación a la morbi-mortalidad materna y perinatal, así como para mejorar la frecuencia de una adecuada atención prenatal, sin embargo estos continúan siendo problemas de una elevada magnitud y trascendencia en la mayor parte de países del tercer mundo, donde está incluido nuestro país. (1,2)

Las preocupantes estadísticas de morbi-mortalidad materna y perinatal en los países en desarrollo reflejan las consecuencias de no brindar un buen cuidado materno y perinatal. Tradicionalmente, en los países en desarrollo se han recomendado programas de control prenatal (CPN) siguiendo los lineamientos de los programas que se usan en los países desarrollados, incorporando sólo adaptaciones menores de acuerdo con las condiciones locales. Muchos de los componentes de estos programas prenatales no han sido sometidos a una rigurosa evaluación científica para determinar su efectividad. A pesar del amplio deseo de mejorar los servicios de cuidados maternos. (1, 2,)

La atención prenatal constituye una de las acciones de mayor impacto y menor nivel de complejidad en la prevención, identificación y control de factores de riesgo obstétrico; conllevando a una disminución en la morbi-mortalidad materno infantil. Sin embargo en nuestro país por razones económicas, geográficas y socioculturales la tasa de mortalidad materna ha mostrado una tendencia a disminuir levemente en los últimos 6 años; para el año 2002 ocuparon el tercer lugar en la región centroamericana siendo de 116 por 100,000 Nacidos vivos. (1, 4)

En Nicaragua la mortalidad materna y neonatal constituye uno de los principales problemas en materia de salud pública, para lo cual requiere fortalecer la calidad de la atención materno-infantil que permita incrementar el acceso y el uso de los servicios maternos básicos de atención prenatal garantizando y utilizando los recursos limitados en forma eficaz. (5)

Consideramos que la calidad es un concepto multidimensional y multifactorial, muchas veces difícil de operacionalizar dependiendo el problema que se quiera abordar. Sin embargo existe consenso en que una atención sanitaria de buena calidad se caracteriza por un alto grado de competencia profesional, eficacia en la utilización de los recursos, riesgo mínimo para los usuarios, satisfacción de los mismos y un efecto favorable en la salud de la comunidad. (3)

En el Ministerio de Salud se han implementado diversos planes orientados al fortalecimiento de la calidad de atención materno-infantil considerando importante aumentar la cobertura y normalizando los procesos técnicos de la atención y promoviendo la calidez. Sin embargo las bajas coberturas y las elevadas tasas de mortalidad materno-neonatal siguen siendo una de los principales problemas en materia de salud reproductiva. (1, 4,5)

Desde el año 1985, a nivel nacional diversos investigadores han venido estudiando la calidad de la atención prenatal brindada por el Ministerio de Salud, con un enfoque predominantemente institucional, centrando el análisis en aspecto de la oferta (el cumplimiento de metas y el monitoreo del llenado de los expedientes clínicos, historias clínicas prenatales, etc. (4, 5, 6,).

Consideramos importante que tomar en cuenta la cobertura la calidad del registro de los datos, la percepción que tienen las usuarias y la frecuencia de complicaciones del embarazo, parto o puerperio por fallas del proceso de detección o educación son también importantes.

Consideramos necesario desarrollar en el municipio de Quezalaguaque un estudio que nos permita identificar los principales elementos de la calidad percibida por las usuarias del control prenatal, así como las principales complicaciones relacionadas al embarazo, parto y puerperio relacionadas con las acciones del control prenatal, establecer los principales indicadores de cobertura que tiene el programa y la organización de las unidades de atención primaria. Esto nos brindaría información en la mejora de la calidad beneficiando de esta manera al binomio madre-hijo. (4,6)

## Antecedentes

En Nicaragua se han realizado muchos estudios sobre CPN, todos enmarcados en factores de riesgo, existen de calidad pero no se encontró ninguno realizado en el municipio de Quezalguaque, León. (7, 8,)

En nuestro país los trabajos de de investigación realizados con la calidad de la atención, evaluaron la productividad y el desempeño relacionado con el cumplimiento de las normas; y entre los mencionados estudios, dos de ellos han versado sobre la opinión del usuario acerca de los servicios prestados por el programa materno infantil. En ambos estudios el usuario califica la calidad de atención como inadecuada; por la inaccesibilidad geográfica, el tiempo de espera, el trato de la atención, las condiciones del local y los medicamentos no disponibles en los programas. (5, 8)

En el año 1995 el MINSA y el Banco Mundial, realizaron un estudio en el país donde se establecieron los patrones de la salud “Demanda de la población hacia los servicios de salud y su determinantes”, dicho estudio reflejó las característica de la demanda y la percepción del usuario en el proceso de atención, generando las siguientes sugerencias: mejorar la atención médico-usuaria, disponer de insumos médicos y disminuir los tiempos de espera. La percepción de no haber sido curado, el ser muy caro y el deficiente trato, fueron las razones mas frecuentemente argumentadas para no regresar a los servicios de salud. (1, 3)

En el año 2000 en Nicaragua el proyecto de garantía de calidad realizó un estudio sobre la calidad de prestación de los servicios del programa de atención integral a la mujer en municipios de la zona norte del país. Dicho estudio reflejó un deficiente nivel de conocimientos sobre las normas de atención prenatal, parto de bajo riesgo y puerperio, igual que un mal llenado de las historias clínicas perinatales base. (7)

Para solucionar la escasez de evidencia, el Programa Especial del Banco Mundial/OMS/UNFPA/UNDP para Investigación, Desarrollo y Capacitación para la investigación en Reproducción Humana (HRP) implementó un estudio clínico aleatorizado multicéntrico que comparó el modelo occidental estándar de control prenatal con un nuevo modelo de la OMS que limita el número de visitas a las clínicas y restringe los exámenes, los procedimientos clínicos y las acciones de seguimiento a aquellos que han demostrado mejorar los resultados maternos y/o perinatales. Los resultados del estudio mostraron que no hubo diferencias significativas entre el modelo nuevo y el estándar en términos de anemia severa posparto, pre-eclampsia, infecciones del tracto urinario o neonato con bajo peso al nacer. De manera similar, no hubo diferencias significativas (clínica y estadística) en los resultados secundarios maternos y/o perinatales, entre los cuales se incluyen eclampsia y muerte materna y neonatal. Además, tanto las mujeres como los prestadores de salud en general se mostraron satisfechos con el nuevo modelo de la OMS (2,9)

Este manual es un componente más del esfuerzo global de la OMS para mejorar la salud materna, y debería utilizarse en conjunto con el resto de los trabajos de la OMS sobre salud materna. Además, describe el componente básico del nuevo modelo de control prenatal de la OMS el que incluye sólo aquellas evaluaciones e intervenciones que se han comprobado como efectivas en investigaciones clínicas aleatorizadas. Provee instrucciones detalladas sobre cómo conducir el plan de cuatro visitas del componente básico del nuevo modelo de control prenatal de la OMS. (2,9)

En otros países de América, es posible encontrar estudios sistemáticos relacionados con la calidad de la atención, cuyas conclusiones sugieren abordar los servicios de salud con calidad en tres componentes: la atención técnica, el manejo de la relación interpersonal y el ambiente en que se lleva a cabo el proceso de atención. La evaluación de cada uno de estos aspectos permite estimar la calidad de atención brindada siempre y cuando se tomen en consideración las características específicas locales en que se presta la atención del usuario. (3)

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. (10)

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). (9, 10)

En nuestra área de estudio las estadísticas reportan diversas enfermedades que afectan el desarrollo normal del embarazo por las cuales muchas mujeres no llegan a terminar su periodo gestacional. En el año 2005 se mostraron enfermedades como: atención a la madre por complicaciones relacionadas con el embarazo fueron 189 casos, Infección de las vías urinarias 121 casos, trabajo de parto y partos complicado por sufrimiento fetal 4 casos, ruptura prematura de las membranas 4 casos, abortos 4 casos, suspensión del embarazo normal 5 casos, parto prematuro 2 casos, anemia en el embarazo 2 casos, suspensión del embarazo de alto riesgo 1 caso, desnutrición 1 caso, hemorragia precoz del embarazo 1 caso. En el primer trimestre del año 2006 se han reportado los siguientes casos: Atención a la madre por complicaciones relacionada con el embarazo 56 casos, infección de vías urinarias 23 casos, amenaza de parto 9 casos, sepsis bacteriana 2 casos, hiperémesis gravídica 3 casos, embarazo de alto riesgo 2 casos, anemia 2 casos, desnutrición 2 casos, hemorragia precoz del embarazo 2 casos, HTG 2 casos, aborto 4 casos, gonorrea en el embarazo 1 caso, parto complicado 1 caso, parto prematuro 1 caso, muerte materna 1 caso. (4,6)

## **Planteamiento del problema**

¿Cual es la calidad de atención de las mujeres embarazadas atendidas en el subprograma control prenatal del municipio de Quezalguaque?

### **Justificación**

El control prenatal constituye una de las acciones de mayor importancia y de menor complejidad en el área de la salud reproductiva para brindar una atención especializada a la mujer embarazada. Nuestro estudio consiste en la calidad de atención, en el cual los resultados obtenidos servirán para que la dirección del municipio tome acciones para mejorar la calidad y al mismo tiempo se incite a realizar nuevas investigaciones, se espera generar un mayor beneficio a las mujeres embarazadas que reciben este servicio. Para brindar un buen servicio se necesita que el personal a cargo del programa este capacitado, que cumpla los objetivos del CPN, que brinden una atención integral a las usuarias, captando así sus factores de riesgo y previendo las complicaciones que puedan presentarse durante el desarrollo del embarazo, que sea personal calificado el que le de seguimiento a los embarazos con riesgo real, disminuyendo así la morbi-mortalidad materna e infantil en nuestra población.

Con el estudio se beneficiará la institución, le brindaremos información acerca de fortalezas y debilidades sobre el manejo del programa, de tal forma que se mejore la atención del servicio que se brinda a las mujeres embarazadas. A los investigadores porque obtendremos experiencia en este tipo de investigación y el manejo del programa. Nuestro estudio además pretende dar respuesta a varias interrogantes como, cual es la percepción y satisfacción de las usuarias que asisten a dicho programa, las HCPB cumplen o llenan los requisitos básicos de estas, en los puestos de salud existen una organización formal y acorde del programa y en que manera influye para promover el buen funcionamiento de este.

## **Objetivos:**

Valorar la calidad de prestación de los servicios del sub-programa control prenatal en las unidades del Ministerio de salud del municipio de Quezalguaque a partir de:

1. Los alcances de los principales indicadores de cobertura que tiene el sub-programa control prenatal.
2. La calidad del llenado de la historia clínica prenatal base por el proveedor de salud.
3. La percepción que tienen las usuarias del CPN sobre la atención recibida en cuanto a los siguientes elementos de calidad: Conformidad de la usuaria con el tiempo de espera, tiempo de consulta, información, educación, medicamentos recibidos y trato del personal de salud.
4. La existencia de complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio que pudieron ser evitadas con las acciones propias del control prenatal.

## 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 morbilidad materna y perinatal. (9)

Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbilidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna. (2, 9)

La OMS, considera que un buen CPN es aquel que se inicia antes del tercer mes de embarazo, con 8 a 12 consulta en total, de las cuales el médico debe de realizar la primera y participar en las siguientes. Según las normas del MINSA, un CPN es eficaz cuando es precoz, periódico, completo, y de amplia cobertura. El mínimo de controles prenatales debe ser de 4; el primero se debe de completar antes de las 12 semanas de gestación, el segundo antes las 20 – 24 semanas de gestación, el tercero entre las 20 – 26 semanas de gestación y el último entre las 38 – 40 semanas de gestación. (2, 10)

Dentro de los principales características del CPN se establece que debe de ser temprano o precoz ya que se debe iniciar durante el primer trimestre para identificar de manera temprana el riesgo obstétrico; periódico o continuo a fin de dar seguimiento a la embarazada y por último completo ya que el control prenatal deberá garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud del binomio madre hijo; incluyendo examen clínico completo durante el embarazo, exámenes de laboratorio, educación sobre signos de peligro del embarazo, realización de citología exfoliativa (PAP) y educación continua sobre higiene personal, puerperio, lactancia materna, planificación familiar y cuidado del recién nacido.(10,11)

El objetivo del control prenatal es mejorar la salud de la madre y el niño previniendo o detectando problemas del embarazo y promoviendo actividades saludables. Estas son entonces las actividades que todas las mujeres deben recibir. (12, 13)

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, esfigmomanómetro, balanza con cartabón, cintas de medir flexibles, estetoscopio de Pinard, guantes de examen ginecológico, espéculos vaginales, sistema de registro clínico (carnét Prenatal) y equipo humano de salud. (1, 2,9)

### **Historia Clínica Perinatal Base.**

Las estrategias regionales de salud para todos en el año 2000, trazadas por los gobiernos de los países miembros de la OMS/OPS, plantean que los esfuerzos del sector salud deberán estar orientados tanto al aumento de la cobertura como también a garantizar la calidad de las prestaciones que brinda. Esta calidad de la atención se sustenta en la organización de los servicios, la que a su vez, necesita como columna vertebral un sistema de información adecuada. Este sistema cuenta con una historia clínica perinatal base, la cual cumple con la finalidad reuniendo en una sola hoja una serie de datos fáciles de obtener. (12)

Esta historia permite conocer las características de la población prestataria, evaluar los resultados de la atención brindada e identificar los problemas prioritarios. Dicha historia persigue el cumplimiento de los siguientes objetivos:

1. Facilita al personal de salud aplicar sus normas de atención para la embarazada y el recién nacido.
2. Conocer las características de la población atendida.
3. Constituir un registro legal para la embarazada y la institución.

En la estructura de dicha ficha se cuenta con espacio en color amarillo que indica que la embarazada presenta factores de riesgo prenatal. Lo que permite tomar decisiones sobre quien debe de dar seguimiento al control prenatal, donde se debe referir a la paciente para su atención del parto, decidir la vía del mismo y la viabilidad del producto. (10)

Los componentes de la HCPB son: Datos generales, antecedentes familiares, personales y obstétricos, embarazo actual, parto, aborto, recién nacido y puerperio.

### **Estándares de calidad del control prenatal.**

El ministerio de salud dentro de su política ha definido como norma una serie de estándares e indicadores para evaluar la calidad de la atención prenatal en el primer nivel de atención, basados en los propuestos por el centro latinoamericano de perinatología (CLAP), siendo en el primer nivel de atención la HCPB la herramienta principal para este fin. (8)

Toda embarazada que acude a su CPN se le debería llenar la HCPB y registrar en ella las 12 actividades normales:

1. Antecedentes personales y obstétricos.
2. Medición de talla.
3. Examen de mamas.
4. Semanas de amenorrea.
5. Medición del peso.
6. Determinación de la presión arterial (PA)
7. Medición de la altura de fondo uterino.(AFU)
8. Auscultación de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) después de las 18 semanas de gestación.
9. Movimientos fetales después de las 18 semanas de gestación.
10. Aplicación de vacuna antitetánica.
11. Exámenes de laboratorio (grupo y Rh, Papanicolau, Test de Sifillis, Examen general de Orina y Hemoglobina).
12. Evaluación del estado nutricional.(14)

### **Calidad:**

En diversos libros, cursos y hasta en discursos políticos se habla, muchas veces, de calidad en la atención al cliente (cortesía, amabilidad, sonrisas, etc.), algo que algunos llaman calidez. En algunas encuestas con los clientes se ha detectado que la calidad en el servicio va más allá de la simple cortesía o amabilidad de los empleados que nos atienden. (3, 15)

### **¿Qué es entonces la calidad en el servicio?**

Satisfacer, de conformidad con los requerimientos de cada cliente, las distintas necesidades que tienen y por la que se nos contrato. La calidad se logra a través de todo el proceso de compra, operación y evaluación de los servicios que entregamos. El grado de satisfacción que experimenta el cliente por todas las acciones en las que consiste el mantenimiento en sus diferentes niveles y alcance. (15)

### **Que se debe de entender por calidad de atención en salud.**

Debido a que la calidad es multidimensional, es difícil alcanzar un consenso acerca de lo que exactamente es calidad de la atención en salud. Diferentes autores atribuyen distintos niveles de importancia a las dimensiones de calidad, dependiendo de sus intereses y metas. Por consiguiente una atención sanitaria de buena calidad se caracteriza por un alto grado de competencia profesional, la eficacia en la utilización de los recursos, el riesgo mínimo de las usuarias, la satisfacción de las usuarias y un beneficio favorable en la salud. (16)

### **Componentes de la Calidad asistencial.**

Según Donabedian, son tres los componentes de la calidad asistencial a tener en cuenta. El componente técnico, el cual es la aplicación de la ciencia y la tecnología en el manejo de un problema de una persona, de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos. Por otra parte, el componente interpersonal, el cual esta basado en el postulado de que la relación entre personas debe de seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacciones de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las

expectativas y aspiraciones de cada persona individual. Aspectos de confort, ultimo componente los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporciona una atención más agradable. (16)

### **Evaluación de la calidad.**

En la evaluación de la calidad de atención hay tres elementos:

#### 1. Estructura.

Se refiere a las características relativamente estable de quienes suministran atención, de los medios o herramientas y recursos con que cuentan, y el marco físico y organizativo dentro del cual trabajan e incluyen los recursos humanos, físico y financieros que necesitan para suministrar atención médica y comprende el número, distribución, capacidades y experiencias del personal profesional y también del equipo de los servicios de salud y otras instalaciones. (16)

Para Starfiel incluye como elemento de la estructura al personal (número, tipo, preparación y motivación) instalaciones físicas (número, tipo, acreditación, y estándares) sistema y riesgo de información; financiero; gerencia y administración. (16)

Donabedian propone que la relación entre la estructura y la calidad de la atención es de máxima importancia para planear, diseñar y llevar a la práctica sistemas cuyas metas es brindar servicios personales de salud, por lo que según Donabedian una buena estructura incrementa la probabilidad de un buen proceso, incrementa la probabilidad de un buen resultado. (16)

#### 2. Proceso.

Se define el proceso como un conjunto de actividades que ocurren entre profesionales de la salud y usuarios. Es una cadena compleja de hechos en que cada uno de ellos es un fin o terminación del anterior y una condición necesaria para el que sigue. (16)

El proceso de la calidad de la atención es un elemento con carácter secuencial y consiste en acciones que interrelacionan a los prestadores de servicios de salud y los usuarios. Es el componente que permite la evaluación

de variables tales como: disponibilidad de los servicios, optimización de los recursos, capacitación técnica y humana. (16)

### 3. Resultados:

Los resultados de los servicios de atención se definen como los cambios en el estado de salud que pueden atribuirse a la atención recibida incluyendo la satisfacción de la usuaria. (16)

A partir de los resultados provenientes de las diferentes acciones que ponen en comunicación directa a los establecimientos de salud y los usuarias, es posible conocer los aspectos importantes de la atención reflejados en los indicadores de calidad evaluados por medio del estado de opinión de las usuarias y la capacidad e incapacidad resolutoria de los servicios; así como también la morbi-mortalidad concerniente al estudio específico de alguna patología o servicio de salud en especial, de una población. (16)

#### **Expectativas del significado de calidad para la usuaria:**

Las usuarias que acuden a las unidades médicas esperan contar con servicios médicos accesibles, tanto en función de distancia y transportación, como de los trámites que se requieren para poder disponer de ellos; atención con cortesía y en forma oportuna. Un ambiente agradable en cuanto a iluminación, temperatura, ventilación, privacidad, comodidad, funcionalidad, orden y aseo. (16)

También esperan contar con información suficiente por parte del personal administrativo, médico, enfermería, y de apoyo; recursos necesarios para satisfacer los requerimientos de atención en cuanto a equipo, instrumental y material, insumos suficientes, disponibles, adecuados, funcionando correctamente y en buen estado de conservación; personal médico paramédico y administrativo suficiente en cantidad y capacidad técnica y profesional, para el tipo y nivel de atención que se otorga: realización óptima del proceso de atención en cuanto a valoración integral, determinación de un programa de estudio y tratamientos congruentes con el problema de salud de que se trate, establecimiento oportuno del diagnóstico y proposición de un

pronóstico probable; así como con resultados satisfactorios de la atención en cuanto a solución del problema que motivó el ingreso, en cuanto a diagnóstico, tratamiento; egreso oportuno y ausencia de complicaciones como consecuencia de la atención. (16)

## **¿Qué se debe realizar en el control prenatal?**

### **1. Calcular 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. (17)

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 y proceder en consecuencia. 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). (17,18).

### **2. Evaluar 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. (18)

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 fines de solicitar a su empleador una readecuación laboral o suspender su actividad.

Se practicará un examen físico general y segmentario con fines de diagnosticar patologías sintomáticas y derivar a especialistas. El examen físico incluye un examen ginecológico en el cual se hace una inspección perineal (descartar hemorroides, plicomas, parásitos externos anales y pubianos, bulbo vaginitis, cóndilomas, etc) y bulbo vaginal (tomar Papanicolaou). (18)

Posteriormente, en cada control prenatal, se hará la evaluación nutricional según índice peso/talla, control de presión arterial, albuminuria, hematocrito y examen físico según síntomas maternos. (18,).

### **3. Evaluar condición fetal**

Los elementos clínicos que permiten evaluar la condición fetal son:

- latidos cardiacos 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. (18,19).

### **4. Educación materna**

Este objetivo es fundamental para el éxito del control prenatal y de las futuras gestaciones. 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. (20)

- **Orientar acerca de 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 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. La embarazada debe estar capacitada para reconocer flujo genital hemático tanto en primera mitad (ectópico, enfermedad trofoblasto, aborto), como en segunda mitad del embarazo (placenta previa, desprendimiento placenta normoinsera), y reconocer flujo genital blanco (rotura prematura de membrana, leucorrea, escape urinario).(20)

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 40 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 39 y 41 semanas .Debe estar informada que los movimientos fetales serán reconocidas 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 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. (20)

- Nutrición materna.
- Lactancia y cuidados neonatales.
- Derechos legales.
- Orientación sexual.
- Planificación familiar.
- Preparación para el parto.
- Exámenes de laboratorio. (21)

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

- Grupo sanguíneo.
- Urocultivo.
- VDRL.
- HIV.
- Hematocrito.
- Glicemia.
- Albuminuria.
- Papanicolaou.
- Ecografía. (22)

### **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. (23)

Característicamente, los controles prenatales se efectúan cada cuatro semanas en el primer y segundo trimestre de la gestación. En el tercer trimestre (desde las 28 semanas), los controles son progresivamente más frecuentes hasta ser cada siete días desde las 36 semanas hasta el término de la gestación.

El motivo de esta secuencia se debe a que desde las 28 semanas en adelante es posible detectar patologías de alta relevancia con feto viable (retardo del crecimiento fetal, diabetes gestacional, SHG, APP, macrosomía fetal, malformaciones congénitas, etc. (23)

En el Servicio de Obstetricia de la Pontificia Universidad Católica, la secuencia establecida es mensualmente hasta las 28 semanas de amenorrea, cada tres semanas hasta las 34 semanas de amenorrea, cada dos semanas hasta las 36 semanas de amenorrea, y posteriormente, cada siete días hasta las 41 semanas de amenorrea. (23)

Los programas de control prenatal como se practican actualmente se han desarrollado sin evidencia científica sobre cuántos controles son en realidad necesarios o útiles. Estos controles prenatales pueden ser proporcionados tanto por médicos generales o especialistas (Gineco -obstetra). (23)

### **Madres Rh negativo.**

La administración de inmunoglobulina anti-D a las madres Rh negativas no inmunizadas, entre las 28 y las 34 semanas de gestación (en su primer embarazo) reduce el riesgo de formar anticuerpos después del nacimiento.

Durante el embarazo, los glóbulos rojos de la circulación fetal se mezclan con la circulación materna. Si la madre es Rh negativo, su organismo no tolerará la presencia de células Rh positivas. Su sistema inmunológico trata a las células Rh fetales positivas como si fuesen una proteína o sustancia extraña y crea anticuerpos contra las células sanguíneas fetales. (24)

### **Suplemento con ácido fólico.**

La suplementación con multivitaminas y/o con folato antes del embarazo y durante los dos primeros meses del mismo protege al recién nacido de severas incapacidades mentales y físicas.

El ácido fólico puede prevenir hasta un 70 por ciento de algunos defectos de nacimiento graves. Pero para que sea efectivo, las mujeres necesitan consumir el ácido fólico un mes antes de quedar embarazadas y durante esas primeras semanas en que el bebé se está desarrollando. (20, 24)

### **Suplemento de yodo.**

La suplementación materna con yodo en áreas con bajos niveles del mismo ayuda a reducir la incidencia de mortalidad infantil, anomalías físicas y deterioro intelectual.

El déficit de yodo es causa de retardo mental en el mundo y aunque existen países que han solucionado esta condición aún existen regiones donde la prevalencia de cretinismo endémico alcanza un 3-15%. La suplementación con

yodo puede realizarse ya sea yodando (con yoduro de potasio) la sal, té, pan, o suplementando con yodo oral o inyectable. (21, 24)

### **Fumar en el embarazo**

El hábito de fumar es uno de los factores potencialmente prevenibles asociado con el bajo peso al nacer (recién nacido menor de 2500gr), el nacimiento de pretérmino (prematuro), y la muerte perinatal. (24, 20)

### **Ingesta de alcohol**

El exceso de alcohol puede provocar un aborto (pérdida del bebe) así como también malformaciones al feto. No hay un límite de ingesta de alcohol para el cuál no se observe daño. Es decir, aún las mujeres que consumen pequeñas cantidades de bebidas alcohólicas pueden tener peores resultados que aquéllas que no consumen. (23, 24)

### **Complicaciones del embarazo y el parto.**

#### **Anemia**

La anemia es una condición común durante el embarazo. Significa que la cantidad y/o tamaño de los glóbulos rojos de la mujer es inferior a los valores normales. Los glóbulos rojos transportan el oxígeno al organismo y al bebé. (25)

La causa más común de anemia durante el embarazo es la deficiencia de hierro. El hierro ayuda a producir glóbulos rojos. La cantidad de hierro recomendada que usted necesita se duplica durante el embarazo y pasa de aproximadamente 18 miligramos a 27 miligramos por día. La mayoría de las mujeres embarazadas ingiere esta cantidad mediante una combinación de alimentos ricos en hierro y unas vitaminas prenatales. (25)

#### **Embarazo si tiene Diabetes.**

El embarazo es considerado un riesgo para las 1,85 millones de mujeres en edad fértil diabéticas que hay en los Estados Unidos. Pero, las mujeres diabéticas tienen casi las mismas probabilidades que las mujeres no diabéticas de tener un bebé sano, siempre y cuando sus niveles de azúcar en la sangre se mantengan normales antes y durante el embarazo. (25)

Las mujeres diabéticas que no han controlado su enfermedad debidamente durante las primeras semanas del embarazo tienen de dos a cuatro veces más probabilidades que las mujeres no diabéticas de tener un hijo con un defecto de nacimiento grave, tal como un defecto cardíaco o un defecto del tubo neural. También tienen un riesgo mayor de aborto espontáneo y nacimiento sin vida, así como de tener un bebé demasiado grande (4,5 kg/10 libras o más). (25)

### **Diabetes Inducida por el Embarazo.**

Aproximadamente del 3 al 5 por ciento de las mujeres embarazadas desarrolla diabetes por primera vez durante el embarazo. Este tipo de diabetes, llamada diabetes de gestación, se produce cuando las hormonas del embarazo interfieren con la capacidad del organismo de usar la insulina, la hormona que convierte el azúcar de la sangre en energía, lo cual produce altos niveles de azúcar en la sangre. Usted corre un riesgo mayor si tiene más de 30 años, es obesa y tiene antecedentes familiares o personales de diabetes o si ya ha tenido un bebé que pesaba más de 4 kg (9 libras) al nacer o nació sin vida.(25)

Si las mujeres con diabetes de gestación no se tratan, el feto recibirá demasiada azúcar en la sangre y es posible que crezca demasiado. Los bebés demasiado grandes corren el riesgo de sufrir lesiones durante el parto vaginal, razón por la que suele ser necesario practicarle a la madre una cesárea. (25)

### **La hipertensión leve a moderada durante el embarazo. (HTG).**

Durante un embarazo normal se presentan cambios considerables en la presión arterial. Dentro de las primeras semanas, la presión cae como resultado principalmente de una relajación general de los músculos de los vasos sanguíneos. Desde aproximadamente la mitad del embarazo, la presión arterial vuelve a subir lentamente hasta que al llegar al término se acerca al nivel que tenía antes del embarazo. Sin embargo, existe una gran cantidad de factores que afectan la presión arterial en el embarazo, incluyendo la hora del día, la actividad física, la postura y la ansiedad. (26, 27)

La presión elevada en forma aislada influye ligeramente en el resultado del embarazo, pero los aumentos de presión se pueden asociar con otras

complicaciones, entre ellas la preeclampsia, que es la más común. Este trastorno multisistémico se presenta comúnmente con un incremento de la presión arterial y con proteinuria (presencia de proteínas en la orina) en el 2-8% de los embarazos. La revisión encontró que las drogas antihipertensivas reducen la presión arterial elevada. (26, 27)

Aunque el resultado de la mayoría de estos embarazos es bueno, las mujeres con preeclampsia tienen un riesgo mayor de desarrollar problemas graves. Una vez que la presión arterial sube de cierto nivel, generalmente se considera 170 mmHg para presión sistólica (máxima) o 110 mmHg para diastólica (mínima), los riesgos a los que está expuesta la madre son entre otros la insuficiencia renal, la insuficiencia hepática, la hemorragia cerebro vascular (accidente vascular), y anomalías en el sistema de coagulación. (26, 27)

### **La Preeclampsia, Eclampsia y el Síndrome HELLP.**

La preeclampsia (también conocida como toxemia) afecta a aproximadamente al 5 por ciento de las mujeres embarazadas, la mayoría de ellas madres primerizas. No se conocen cuáles son las causas de los signos y síntomas que presenta: alta presión arterial y proteína en la orina, a veces acompañado de hinchazón (edema) en la cara y las manos, y aumento súbito de peso (1/2 kilo/1 libra o más al día). Otros signos evidentes incluyen visión borrosa, dolores de cabeza intensos, mareos y dolor de estómago. (28, 29)

Si no se la trata, puede causar problemas severos. Dado que la alta presión arterial constriñe los vasos sanguíneos del útero que suministran oxígeno y nutrientes al bebé, es posible que el crecimiento del bebé sufra un retraso. La preeclampsia también aumenta el riesgo de desprendimiento de la placenta de la pared uterina antes del parto. Un desprendimiento severo puede provocar una hemorragia intensa y entrar en estado de shock, que pueden poner en peligro la vida de la mamá y del bebé. (28, 29)

### **Eclampsia y Síndrome HELLP.**

Eclampsia es cuando una mujer embarazada con pre eclampsia tiene un episodio o más de convulsiones. La pre-eclampsia conocida también como toxemia, es una condición que lleva a la existencia de cifras elevadas de presión arterial y al hallazgo de proteínas en la orina. La eclampsia es una seria amenaza para la vida del binomio madre-feto.

Otra complicación que puede surgir si no se trata la preeclampsia es una condición poco común y muy peligrosa llamada eclampsia, que puede llevar a convulsiones y coma. Además, aproximadamente el 10 por ciento de las mujeres con preeclampsia grave desarrolla un trastorno llamado síndrome HELLP. (HELLP son las siglas en inglés de hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y bajo recuento de plaquetas). Los síntomas del síndrome HELLP incluyen náuseas y vómitos, dolores de cabeza y dolor en la zona abdominal superior derecha. Las mujeres también pueden desarrollar el síndrome HELLP sin preeclampsia entre 2 y 7 días antes del parto. (28, 29)

### **¿Quiénes corren riesgo de desarrollar preeclampsia?**

Las mujeres que tengan alguno de los siguientes factores de riesgo pueden tener más probabilidades de desarrollar preeclampsia:

- Primer embarazo
- Mucho tiempo transcurrido entre embarazos (un estudio realizado recientemente comprobó que las mujeres que dejaban pasar 10 años entre embarazos tenían las mismas probabilidades de desarrollar preeclampsia que las madres primerizas. Por lo general, las madres primerizas tienen al menos el doble de probabilidades de desarrollar preeclampsia que las madres que esperan su segundo bebé o un bebé posterior)
- Antecedentes personales de alta presión arterial crónica, enfermedad renal, diabetes o lupus eritematoso sistémico (una enfermedad autoinmunitaria)
- Embarazo múltiple (mellizos, trillizos o más bebés)

- Menos de 20 años de edad o más de 35
- Exceso de peso

Antecedentes personales de haber desarrollado preeclampsia antes de las 32 semanas de gestación. (25)

### **La Depresión Durante el Embarazo.**

De cada 10 mujeres embarazadas, una o dos tienen síntomas principales de depresión. Las mujeres que han sufrido depresión anteriormente corren un riesgo mayor de desarrollarla durante el embarazo. (25)

### **¿Cuáles son los síntomas de la depresión?**

La mujer con depresión puede sentirse triste o decaída y tiene otros síntomas que duran dos semanas o más tiempo. Los otros síntomas incluyen cinco o más de los siguientes:

- Dificultad al dormir
- Falta de interés
- Sentimientos de culpabilidad
- Pérdida de energía
- Dificultad al concentrarse
- Cambios en el apetito
- Cansancio o movimientos lentos
- Ideas o pensamientos sobre el suicidio. (25)

### **Aborto Espontáneo.**

Un aborto espontáneo es la pérdida de un bebé antes de la semana número 20 del embarazo. Por lo general, estas pérdidas pasan inadvertidas ya que tienen lugar antes de que la mujer se de cuenta de que está embarazada. Cerca del 15% de los embarazos reconocidos y hasta un 50% de todos los embarazos termina con un aborto espontáneo. (25)

La mayoría de los abortos espontáneos tienen lugar durante el primer trimestre (12 semanas) del embarazo. No se conocen bien las causas de algunos abortos espontáneos. La mayoría de las pérdidas que tienen lugar durante el primer trimestre se produce debido a anomalías cromosómicas en el bebé. Las infecciones, los problemas hormonales y otros problemas de salud en la madre, también pueden producir un aborto espontáneo. (25)

### **Embarazo Ectópico.**

El embarazo ectópico es un embarazo que se implanta fuera del útero, por lo general en una de las trompas de Falopio, y comienza a crecer allí. Es poco frecuente que los embarazos ectópicos se desarrollen normalmente y que gesten a un bebé. Si no se trata, puede causar sangrado interno y ser peligroso para la madre. (25)

### **Embarazo Molar**

En un embarazo molar, la placenta crece de forma anormal durante los primeros meses y se convierte en una masa de quistes (llamada mole hidatidiforme). El bebé (embrión) no se forma en absoluto o se forma mal y no puede sobrevivir. Un embarazo molar es un peligro para la mujer embarazada, porque puede resultar en una hemorragia. (25)

Un ultrasonido puede diagnosticar un embarazo molar. Luego a la mujer se le hace cirugía para remover el tejido molar del útero. En algunos casos, el tejido molar puede convertirse en coriocarcinoma, una forma rara de cáncer. Afortunadamente, este cáncer tiene un alto índice de curación. (25)

### **Bacteriuria asintomática en el embarazo. (IVU)**

La bacteriuria asintomática es definida como la colonización persistente de bacterias en el tracto urinario en ausencia de síntomas específicos, ocurriendo en el 5 -10 % del total de embarazos. Puede contribuir al nacimiento de pretérmino (aquel que ocurre antes de las 37 semanas), al bajo peso al nacer y a la infección renal (pielonefritis) en la madre. No tratada, la infección puede

causar daño renal. La revisión de investigaciones clínicas aleatorizadas encontró que los antibióticos son efectivos. (30, 31)

### **El Parto Prematuro.**

El parto prematuro es el parto que tiene lugar antes de las 37 semanas de gestación. (La mayoría de los embarazos dura de 38 a 42 semanas, y la fecha del parto normal es 40 semanas después del primer día de su último período menstrual. (31)

### **Fumar en el embarazo**

El hábito de fumar es uno de los factores potencialmente prevenibles asociado con el bajo peso al nacer (recién nacido menor de 2500gr), el nacimiento de pretérmino (prematuro), y la muerte perinatal. (24, 20)

El parto prematuro puede ocurrirle a cualquier mujer. Sólo aproximadamente la mitad de las mujeres que tienen un parto prematuro pertenece a un grupo de riesgo conocido. Cerca del 12 por ciento de los nacimientos en los Estados Unidos (1 de cada 8) son prematuros. Los bebés prematuros tienen un riesgo mayor de necesitar hospitalización, tener problemas de salud a largo plazo y morir, comparado con los bebés nacidos a término. (25,)

### **Señales del parto prematuro.**

Recuerde que el parto prematuro es todo parto que tiene lugar entre las semanas 20 y 37 de embarazo. Estas son las señales:

- Contracciones uterinas cada 10 minutos o más a menudo (no tienen que ser dolorosas)
- Fluido con sangre o transparente, rosado o marrón, que gotea de su vagina
- Presión pélvica: la sensación de que su bebé está empujando hacia abajo
- Dolor leve en la zona baja de la espalda

- Cólicos como los de la menstruación (que pueden ser intermitentes)
- Calambres abdominales (con o sin diarrea). (25,)

### **Rotura prematura de las membranas (bolsa de aguas)**

La rotura prematura de membranas es un problema importante debido a que expone tanto a la madre como al niño al riesgo de infección, parto pretérmino, y a las complicaciones de la prematuridad. (32, 33)

La rotura prematura de membranas aumenta la morbimortalidad materna y perinatal a expensas de la infección. Eleva también la morbimortalidad perinatal a expensas de la inmadurez del recién nacido, ya que la rotura determina en la mayoría de los casos una anticipación del momento del parto con el consiguiente nacimiento de un niño que no ha completado su maduración, lo cual se traduce clínicamente por el llamado Síndrome de Dificultad Respiratoria (distress respiratorio), por un incremento en la incidencia de presentaciones podálicas (de nalga), y hemorragia intraventricular. (32, 33)

### **El Parto por Cesárea por Razones Médicas.**

La cesárea es el nacimiento del bebé mediante una incisión quirúrgica (corte) en el abdomen (panza) y útero (matriz). Es distinto del parto vaginal, en el que el bebé sale por la vagina de la madre. (34, 35)

El parto normal o vaginal es la forma natural en que los bebés nacen. Sin embargo, hay ocasiones en que no es posible tener un parto vaginal. Es posible que la cesárea sea una opción más segura que el parto vaginal si usted o su bebé tiene ciertos problemas antes o durante el trabajo de parto. (34, 35)

La cesárea es una operación mayor y sólo debe someterse a este procedimiento si su salud o la de su bebé está en peligro. Es posible una cesárea con motivo de los siguientes problemas del embarazo:

- Ya tuvo una cesárea u otras operaciones en el útero.
- El bebé es demasiado grande para que pase sin riesgos por la vagina.

- El bebé está de nalgas, con los pies primero o en posición transversal (hombros primero). La mejor posición para el bebé es la cabeza primero.
- Usted tiene problemas con la placenta (el órgano que nutre al bebé en la matriz). Los problemas de placenta pueden causar sangrado peligroso durante el parto vaginal.
- El trabajo de parto es demasiado lento o se detiene.
- Tiene un prolapso en el cordón umbilical (el cordón umbilical cae hacia la vagina donde corre el riesgo de quedar aplastado o aprisionado durante el parto vaginal).
- Usted tiene una infección como el VIH o herpes genital. Algunas infecciones pueden contagiarse al bebé durante el parto vaginal.
- Va a tener mellizos, trillizos o más bebés.
- El bebé sufre problemas durante el trabajo de parto que indican que está bajo estrés, como cuando le disminuye el ritmo cardíaco.
- Usted tiene una condición seria de salud que requiere tratamiento intensivo o de emergencia (como la diabetes o la alta presión arterial).  
(34, 35)

#### Otros riesgos para el bebé

- Anestesia: Algunos bebés se ven afectados por los medicamentos que se le administran a la madre para la anestesia durante la cirugía. Estos medicamentos adormecen a la mujer Y pueden ocasionar somnolencia o inactividad en el bebé.
- Problemas respiratorios: Aunque nazcan a término, los bebé que nacen por una cesárea tienen más probabilidades de tener dificultades para respirar que los bebés que nacen por la vagina. (34, 35)

#### Los riesgos para la madre.

Algunas mujeres pueden sufrir una o más de las siguientes complicaciones después de una cesárea:

- Infección en la incisión, el útero u otros órganos pélvicos cercanos
- Sangrado abundante que puede dar lugar a una transfusión de sangre
- Lesiones en la vejiga o intestinos
- Coágulos en las piernas, órganos pélvicos o pulmones
- Reacciones a los medicamentos o a la anestesia. (34, 35)

Una mujer que ha tenido un parto por cesárea y desea quedar embarazada de nuevo corre un riesgo mayor de:

- Placenta previa.
- Placenta accreta.

Ambas condiciones pueden causar sangrado grave durante el parto y alumbramiento, poniendo en peligro la salud de la madre y el bebé. El riesgo aumenta con el número de embarazos. (34, 35)

### **Problemas placentarios.**

#### **1. Desprendimiento de la Placenta.**

El desprendimiento de la placenta (también denominado abruptio placentae) es una condición grave en la que la placenta se separa de la pared del útero antes del parto. Si esto ocurre, el bebé puede dejar de recibir el oxígeno y los nutrientes necesarios y la madre puede sufrir una hemorragia que puede poner en peligro su vida. (34, 35)

#### **2. Placenta Accreta, Placenta Increta, Placenta Percreta. (34, 35)**

#### **3. Placenta Previa. (25)**

### **Oligohidramnios.**

Esta condición afecta a aproximadamente el 8 por ciento de los embarazos.

La causa conocida más importante del oligohidramnios en la primera etapa del embarazo son los defectos de nacimiento en el bebé (que con frecuencia afectan a los riñones u otras partes del tracto urinario) y la ruptura de las membranas.

- Durante la primera mitad del embarazo, el oligohidramnios está asociado con defectos de nacimiento en los pulmones y extremidades y aumenta el riesgo de aborto espontáneo, nacimiento prematuro y nacimiento sin vida.
- Cuando el oligohidramnios se produce durante la segunda mitad del embarazo, se asocia con el crecimiento insuficiente del feto.
- Cerca del parto, puede aumentar el riesgo de complicaciones durante el trabajo de parto y el alumbramiento.(25)

### **Polihidramnios**

Aproximadamente el 2 por ciento de las mujeres embarazadas tiene demasiado líquido amniótico (polihidramnios).

La principal causa del polihidramnios es un defecto congénito del sistema nervioso central, el tracto gastrointestinal, la vejiga y los riñones. El polihidramnio puede aumentar el riesgo de complicaciones durante el embarazo, incluida la ruptura prematura de las membranas, nacimiento prematuro, accidentes del cordón umbilical, desprendimiento de la placenta, poco crecimiento del bebé y nacimiento sin vida. (25)

### **Nacimiento sin vida.**

Un nacimiento sin vida es la muerte de un bebé en el útero después de la semana número 20 de embarazo. Los nacimientos sin vida se producen en aproximadamente 1 de cada 200 embarazos y son una experiencia trágica y desgarradora. En muchos casos la pérdida es totalmente inesperada, ya que de repente llega a su fin un embarazo que parecía estar desarrollándose sin problemas. Aproximadamente el 85 por ciento de estas muertes se produce antes de que comience el parto. (25)

### **El estudio pretende dar respuesta de las siguientes interrogantes:**

1. ¿Cuales son los principales indicadores de cobertura del subprograma Control prenatal?

2. ¿Cual es la percepción de calidad de las usuarias del control prenatal?
3. ¿Cual es la calidad de llenado de las historias clínicas perinatales base de las usuarias que asisten al control prenatal?
4. ¿De que manera la organización del centro de salud Quezalguaque contribuye a promover la calidad de la atención prenatal?
5. ¿Cuales son las principales complicaciones relacionadas al embarazo, parto y puerperio y que pudieran ser evitadas con las acciones del control prenatal?

## Diseño Metodológico

**Tipo de estudio:** En nuestro caso utilizamos el término de evaluación de servicios.

**Periodo del estudio:** El presente estudio corresponde al año 2006.

**Área de estudio:** El presente estudio se realizó en las 3 unidades de salud del Municipio de Quezalaguaque Departamento de León (centro de salud Quezalaguaque, puesto de salud las mercedes y puesto de salud cristo rey). Ubicado a 117 kms de la capital de Managua, y a 16 kms de la ciudad de León en la zona occidental del país. Tiene una población de 11, 407 habitantes y una extensión territorial de 80 Kms<sup>2</sup> para una densidad de población de 143 habitantes/Kms<sup>2</sup>. Su tasa de crecimiento anual es del 2.79%. Cuenta con 3 Unidades de Salud.

**Procedimientos:** Para cumplir con los objetivos que nos hemos propuesto se realizaron los siguientes procedimientos:

- 1- Se realizó una revisión de los registros documentales de los principales indicadores demográficos, información sobre salud sexual y reproductiva en el municipio, metas, coberturas reales disponibles en el municipio y el SILAIS.
- 2- Se revisaron 120 historias clínicas perinatal base de igual número de usuarias para valorar la calidad del registro de los datos.
- 3- Se aplicaron 120 entrevistas a mujeres que salen de su consulta en CPN para valorar su percepción sobre la calidad de la atención y la satisfacción con la atención recibida.
- 4- Se revisaron los registros de los partos atendidos en la cabecera municipal en el último año identificando la frecuencia morbilidad materna e infantil

durante el final del embarazo y trabajo de parto que pudieron ser prevenidas o manejadas precozmente.

Los datos fueron recolectados a través de un equipo conformado por 2 encuestadores externos a la unidad de salud, con buenas relaciones interpersonales; capacitados previamente en los aspectos técnicos y propósitos de la investigación con el fin de unificar criterios en cuanto a la recolección de los datos.

**Instrumento de recolección de datos:** Para responder a los objetivos planteados se realizaron tres instrumentos:

1. Para responder al objetivo 1: “Establecer los principales indicadores de cobertura que tiene el sub-programa control prenatal”. Se realizó una investigación de tipo documental buscando la información en las diferentes instituciones y unidades.
2. Para responder al objetivo 2: “Determinar el adecuado llenado de las historias clínicas perinatales base por proveedor de salud” se diseñó un formato de verificación del correcto llenado de la historia clínica perinatal base.
3. Para responder a este objetivo 3: “Conocer la percepción que tienen las usuarias del CPN sobre la atención recibida”, se elaboró una encuesta en la cual se abordaron aspectos como datos generales, accesibilidad a las unidades de salud y el punto de vista personal de cada una de las encuestadas sobre la calidad de atención recibida.
4. Para responder al objetivo 4: “Identificar las principales complicaciones relacionadas al embarazo, parto y puerperio relacionadas con las acciones del control prenatal” se revisaron los registros del Centro de salud del municipio los datos sobre complicaciones durante el final del embarazo y durante el parto..

**Fuente de recolección de datos:**

La fuente de recolección de información: Fue primaria, a través del llenado directo de cuestionarios y formatos con los usuarios. Secundaria cuando se realizo la revisión de los expedientes, de los indicadores y metas para el año 2006.

**Procesamiento y análisis de la información:**

Para procesar la información recolectada en los formularios se precodificaron las preguntas cerradas, y se analizaron mediante un método computarizado, EPI-INFO 3.3.2. Se realizaron frecuencia simple de sus variables. Los datos Son presentados a través de tablas.

**Control de sesgos:** Se capacitaron a los encuestadores para disminuir el sesgo de información y se utilizaron observación no participante para disminuir el sesgo de observación.

**Aspectos éticos:** Se solicitó autorización a la dirección del centro de salud previo a la realización de este estudio.

Se respeto la voluntad de cada individuo de participar o no en nuestro estudio.

Las entrevistas fueron de tipo personalizado y confidencial, siendo de uso exclusivo de este trabajo de investigación.

**Variables del estudio:**

La variable principal de este estudio son calidad del control prenatal y, por tratarse de una variable muy compleja, fue operacionalizada a partir de una serie de subvariables de acuerdo al modelo integrador de calidad de atención médica de Donavedian.

<b>Variables</b>	<b>Concepto</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala</b>
Cobertura	Hace referencia a la capacidad que tiene la institución por captar a la totalidad de mujeres embarazadas que requieren los Controles Prenatales	Población atendida en el programa/ Estimación de embarazadas en el municipio durante un año*100	Aceptable Baja
Calidad de registro de datos	Es la capacidad que tiene la institución de tener registrada la información que requiere para evaluar el seguimiento de cada caso	Expediente clínico	Adecuado Inadecuado
Percepción del usuario	Es el punto de vista que se hacen las usuarias de la calidad de atención según sus expectativas y requerimientos del programa	Cuestionario de preguntas	Buena Regular Mala
Eficacia de las actividades del programa	Es el efecto que tienen las acciones para la detección precoz y abordajes adecuados, la educación para reducir las demoras	Mujeres con complicaciones prevenibles/total de partos atendidos*100	Hubo complicaciones No hubo complicaciones.

## Resultados

Se realizaron encuestas a las pacientes y se formuló un instrumento donde se verificó el correcto llenado de la HCPB, además se investigó acerca de los partos ocurridos este año y hasta este momento, se tomaron datos de las metas propuesta por el MINSA para el municipio de Quezalaguaque. Presentaremos los datos obtenidos en orden igual a como llevan en los instrumentos de investigación, permitiéndonos algunas variaciones en el orden con el objeto de relacionar puntos importantes en el análisis.

Tabla1. Metas de CPN por unidades de salud del municipio de Quezalaguaque 2006.							
	Embarazos Esperados	Metas acuerdo.	Embarazos atendidos en CPN	Partos esperados	Partos ocurridos	% de partos ocurridos n=286	% de cobertura completa n= 318
<b>TOTAL</b>	<b>318</b>	<b>208</b>	<b>183</b>	<b>286</b>	<b>193</b>	<b>67.48%</b>	<b>57.54%</b>

Fuente: registro del programa CPN.

Estos datos fueron tomados de los archivo del MINSA y del C/S Quezalaguaque el cual corresponde a las metas propuesta para el año 2006 a cumplir, estos resultados muestran que hasta este el mes de Octubre la cobertura a nivel de todo el municipio por parte del MINSA es de 57.54%, los partos esperados fueron de 286, ocurriendo hasta el momento 193 (67.48%) partos de los cuales hay que mencionar que solo 17 partos (8.8% de partos ocurridos y 5.94% de partos esperados para el municipio) fueron atendidos en el centro de salud de Quezalaguaque y ninguno en las otras unidades de salud de ese municipio.

Tabla2. Edad de las pacientes que acudieron a CPN por unidades de salud del MINSA en el Municipio de Quezalguaque.

Grupos de edad	Cristo rey		Mercedes		Quezalguaque		Total	
	No.	% n=26	No.	% n=45	No.	% n=49	No.	% n=120
14 a 19 años	12	46.1%	18	40%	10	20.4%	<b>40</b>	<b>33.3%</b>
20 a 25 años	10	38.5%	14	31.1%	22	44.9%	<b>46</b>	<b>38.3%</b>
26 a 32 años	4	15.4%	9	20%	12	24.5%	<b>25</b>	<b>20.8%</b>
33 a 36 años	0	0.0%	4	8.9%	5	10.2%	<b>9</b>	<b>7.6%</b>
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100.0%</b>	<b>45</b>	<b>100.0%</b>	<b>49</b>	<b>100.0%</b>	<b>120</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: encuesta

Se encontró que en lo referente a la edad de las pacientes, las medias de edad eran de 20.6 años para Cristo Rey, 22.7 años para Las Mercedes y 24.3 años para Quezalguaque, con una moda de 18 años para Cristo Rey y Las Mercedes, teniendo Quezalguaque una moda de 23 años. Podemos observar que 71.6% son pacientes menores de 25 años siendo importante destacar que el 33.3% son mujeres menores de 20 años. Además observamos pacientes en porcentaje bajo relativamente (7.6%) que están entre las edades de 33 a 36 años y embarazadas.

Tabla3. Escolaridad de las pacientes que acudieron al CPN por unidades de salud del MINSA en el municipio de Quezalguaque.

	Cristo rey		Mercedes		Quezalguaque		Total	
	No.	% n=26	No.	% n=45	No.	% n=49	No.	% n=120
Analfabeta	1	3.8%	0	0.0%	2	4.1%	<b>3</b>	<b>2.5%</b>
Primaria incompleta	10	38.5%	18	40.0%	20	40.8%	<b>48</b>	<b>40%</b>
Primaria completa	8	30.8%	16	35.6%	13	26.6%	<b>37</b>	<b>30.9%</b>
Secundaria incompleta	4	15.4%	11	24.4%	12	24.5%	<b>27</b>	<b>22.5%</b>
Secundaria completa	0	0.0%	0	0.0%	1	2.0%	<b>1</b>	<b>0.8%</b>
Universidad	3	11.5%	0	0.0%	1	2.0%	<b>4</b>	<b>3.3%</b>
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100.0%</b>	<b>45</b>	<b>100.0%</b>	<b>49</b>	<b>100.0%</b>	<b>120</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Encuesta

En los datos encontrados en lo referente a la escolaridad de las pacientes se observa que el 42.5 % no habían terminado la primaria o incluso no habían iniciado estudios primarios, 30.9% habían terminado la primaria pero no habían comenzado la secundaria, el 22.5% aun no terminaban la secundaria y solo el 4.1% ya habían terminado la secundaria o tenía estudios universitarios lo que demuestra que el nivel de educación académica es bastante bajo, lo que podría ser un factor influyente al momento de conseguir algún trabajo, lo que nos lleva a suponer que también el nivel económico es bastante bajo.

Tabla4. Estado civil de las pacientes que acudieron al CPN por unidades de salud del MINSA en el municipio de Quezalguaque.

Estado civil	Cristo rey		Mercedes		Quezalguaque		Total	
	No.	% n=26	No.	% n=45	No.	% n=49	No.	% n=120
Soltera	4	15.4%	0	0.0%	6	12.2%	10	8.3%
Casada	6	23.1%	18	40.0%	15	30.6%	39	32.5%
Unión libre	16	61.5%	27	60.0%	28	57.2%	71	59.2%
Viuda	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100.0%</b>	<b>45</b>	<b>100.0%</b>	<b>49</b>	<b>100.0%</b>	<b>120</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Encuesta.

Los datos de esta variable son del 59.2% para pacientes en unión libre, 32.5% casadas y 8.3% pacientes solteras. Es importante este dato ya que demuestra que las pacientes tienen el apoyo de su pareja factor importante en el desarrollo de un buen embarazo.

Tabla5. Tiempo que tardó la embarazada en llegar a la unidad de salud, estratificado por puestos y centros de salud MINSA.

Tiempo	Cristo rey		Mercedes		Quezalguaque		Total	
	No.	% n=26	No.	% n=45	No.	% n=49	No.	% n=120
De 0 a 15 minutos	14	53.8%	11	24.5%	9	18.4%	34	28.3%
De 16 a 30 minutos	4	15.4%	28	62.2%	31	63.2%	63	52.5%
De 31 a 60 minutos	4	15.4%	6	13.3%	9	18.4%	19	15.8%
Más de 1 hora	4	15.4%	0	0.0%	0	0.0%	4	3.4%
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100.0%</b>	<b>45</b>	<b>100.0%</b>	<b>49</b>	<b>100.0%</b>	<b>120</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta.

Los resultados obtenidos en esta pregunta demuestran que la mayoría de las pacientes (80.8%) tiene la unida de salud a menos de 30 minutos, el 15.8% dura mas de 30 minutos pero menos de una hora, y solo el 3.4 está a más de una hora de la unidad, este es un factor importante dado que la mayoría de las ausencias a las consultas de CPN se dan por la lejanía y poca accesibilidad a los puestos y centros de salud, Está buena accesibilidad contribuye a que se mejore la cobertura de dicho programa.

Tabla6. Medio de transporte utilizado para llegar a la unidad de salud, estratificados por puestos y centro de salud MINSA.

Transporte	Cristo rey		Mercedes		Quezalguaque		Total	
	No.	% n=26	No.	% n=45	No.	% n=49	No.	% n=120
Caminando	26	100.0%	31	68.9%	35	71.4%	<b>92</b>	<b>76.7%</b>
A caballo	0	0.0%	1	2.2%	0	0.0%	<b>1</b>	<b>0.8%</b>
Bus	0	0.0%	13	28.9%	2	4.1%	<b>15</b>	<b>12.5%</b>
Taxi	0	0.0%	0	0.0%	12	24.5%	<b>12</b>	<b>10%</b>
Vehiculo particular	0	0%	0	0%	0	0%	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100.0%</b>	<b>45</b>	<b>100.0%</b>	<b>49</b>	<b>100.0%</b>		<b>100.0%</b>

Fuente: Encuesta.

Esta tabla se puede relacionar con la anterior y confirmar que la accesibilidad de las unidades de salud en el Municipio de Quezalguaque son adecuadas, contribuyendo a que la embarazada pueda acudir sin recorrer largas distancias ni incurrir en gastos económicos como seria altos costos de transporte, se puede observar que el 76.7% puede llegar a la unidad de salud caminando, y solo el 22.5% tiene que utilizar bus o taxi para su desplazamiento, esto hace que la paciente pueda acudir a su consulta en la fecha convenida, lo que contribuye a un mejor seguimiento del CPN.

Tabla7. Tiempo que duró la consulta prenatal recibida en las diferentes unidades de atención MINSA del municipio de Quezalguaque.

Tiempo de consulta	Cristo rey		Mercedes		Quezalguaque		Total	
	No.	% n=26	No.	% n=45	No.	% n=49	No.	% n=120
< de 10 min.	0	0.0%	0	0.0%	1	2.0%	<b>1</b>	<b>0.8%</b>
De 10 a 15 min	0	0.0%	20	44.4%	17	34.7%	<b>37</b>	<b>30.8%</b>
> de 15 min	26	100.0%	25	55.6%	31	63.3%	<b>82</b>	<b>68.4%</b>
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100.0%</b>	<b>45</b>	<b>100.0%</b>	<b>49</b>	<b>100.0%</b>	<b>120</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Encuesta.

En lo referente a la percepción de las embarazadas en cuanto a la atención recibida se obtuvo que el 68.4% dijeron que su consulta duró más de 15 minutos, el 30.8% de 10 a 15 minutos y solo el 0.8% dijo menos de 10 minutos. Hay que destacar que en el puesto de salud Cristo Rey es donde el 100% (26 pacientes) refirió que su consulta duró más de 15 minutos.

Tabla 8. Actividades realizadas durante la consulta prenatal, en las diferentes unidades de salud MINSA, en el Municipio de Quezalguaque.

Actividades realizadas	Cristo rey		Mercedes		Quezalguaque		Total	
	No.	% n=26	No.	% n=45	No.	% n=49	No.	% n=120
Explicaron procedimientos	15	57.7%	9	20.0%	38	77.6%	<b>62</b>	<b>51.6%</b>
Pesaron	26	100.0%	45	100.0%	48	98.0%	<b>119</b>	<b>99.1%</b>
Tomaron PA	26	100.0%	44	97.8%	44	89.7%	<b>114</b>	<b>95%</b>
Escucharon corazón del bebé.	26	100.0%	43	95.6%	48	98.0%	<b>117</b>	<b>97.5%</b>
Midieron abdomen	26	100.0%	44	97.8%	48	98.0%	<b>118</b>	<b>98.3%</b>
Mandaron exámenes de laboratorio	26	100.0%	44	97.8%	48	98.0%	<b>118</b>	<b>98.3%</b>
Prescribieron medicamentos	26	100.0%	44	97.8%	48	98.0%	<b>118</b>	<b>98.3%</b>
Informaron sobre embarazo	17	65.4%	26	57.8%	45	91.8%	<b>88</b>	<b>73.3%</b>

Fuente: Encuesta

De lo encontrado en esta tabla hay que destacar lo siguiente: solo el 51.6% de las pacientes en el Municipio, refirieron que se les explicaban los procedimientos a realizarse durante la consulta, y solo al 73.3% se le informó si su embarazo era de bajo o alto riesgo. En las demás actividades se observa que no se realizan completamente en todas las consultas pues como demuestra la tabla actividades importantes como la toma de PA y escuchar el corazón del bebé se realizan en 95% y 97.5% respectivamente, así como la medición de altura uterina que se realiza en un 98.3%.

Tabla9. Recomendaciones que se les dieron a las embarazadas que acudieron a CPN a las diferentes unidades de salud MINSA en el Municipio de Quezalguaque.

Recomendaciones	Cristo rey		Mercedes		Quezalguaque		Total	
	No.	% N=26	No.	% N=45	No.	% N=49	No.	% N=120
Alimentación	25	96.2%	8	17.8%	15	30.6%	<b>48</b>	<b>40%</b>
Tipo de ropa	24	92.3%	8	17.8%	20	40.8%	<b>52</b>	<b>43.3%</b>
Higiene personal	24	92.3%	2	4.4%	25	51.0%	<b>51</b>	<b>42.5%</b>
Lactancia materna exclusiva	25	96.2%	8	17.8%	35	71.4%	<b>68</b>	<b>56.6%</b>
Planificación familiar	21	80.8%	0	0.0%	30	61.2%	<b>51</b>	<b>42.5%</b>
Importancia del CPN.	13	50.0%	1	2.2%	33	67.3%	<b>47</b>	<b>39.1%</b>
No levantar objetos pesados	19	73.1%	0	0.0%	31	63.3%	<b>50</b>	<b>41.6%</b>
Dormir sobre su costado izquierdo	11	42.3%	0	0.0%	18	36.7%	<b>29</b>	<b>24.1%</b>

Fuente: Encuesta.

Siguiendo con la percepción de calidad recibida, preguntamos si se les habían dado recomendaciones y cuales, obteniendo los siguientes resultados: en el puesto de salud Las Mercedes se observan porcentajes muy bajos de pacientes que refirieron haber recibido recomendaciones, en planificación familiar, no levantar objetos pesados y dormir sobre su costado izquierdo los porcentajes son de 0%, en importancia del CPN e higiene personal los porcentajes son de 1% y 2% respectivamente, las recomendaciones alimentación, tipo de ropa y lactancia materna alcanzan solo el 8%. En la unidad de Cristo Rey se observan porcentajes relativamente bajos en dormir sobre costado izquierdo y la importancia el CPN con 42.3% y 50% respectivamente, no levantar objetos pesados 73.1%, planificación familiar 80.8%, la alimentación el tipo de ropa, la higiene personal, y la higiene personal oscilaron entre el 92.3% y el 96.3%. En Quezalguaque los porcentajes mas bajos son en alimentación (30.6%) y dormir sobre su costado izquierdo (36.7%). A nivel general el municipio se observa con serias deficiencias en lo referente a las recomendaciones que tendrían que decirles a las embarazadas, principalmente en aquellas de suma importancia tales como la planificación familiar y la importancia del CPN donde el porcentaje total es de 42.5% y 39.1%, lactancia materna exclusiva con 56.6%; ya que esta información son de suma importancia para las embarazadas porque las prepara y las orienta,

principalmente a aquellas madres que son primigestas. Las demás recomendaciones a nivel general no han alcanzado ni el 50%.

Tabla10. Signos de alarma que se les explicaron a las embarazadas que acudieron a CPN a las diferentes unidades de salud MINSA en el Municipio de Quezalguaque.

Signo de alarma	Cristo rey		Mercedes		Quezalguaque		Total	
	No.	% n=26	No.	% n=45	No.	% n=49	No.	% n=120
Fiebre	26	100.0%	36	80.0%	48	98.0%	<b>110</b>	<b>91.6%</b>
Sangrado genital	26	100.0%	41	91.1%	48	98.0%	<b>115</b>	<b>95.8%</b>
Dolor en vientre	26	100.0%	41	91.1%	48	98.0%	<b>115</b>	<b>95.8%</b>
Dolor de cabeza intenso	25	96.2%	42	93.3%	46	93.9%	<b>113</b>	<b>94.1%</b>
Convulsión y/o ataque	23	88.5%	31	68.9%	37	75.5%	<b>91</b>	<b>75.8%</b>
Se rompió la fuente	18	69.2%	28	62.2%	41	83.7%	<b>87</b>	<b>72.5%</b>
Vómitos frecuentes	13	50.0%	21	46.7%	36	73.5%	<b>70</b>	<b>58.3%</b>
Disminución de mov. Fetales.	12	46.2%	12	46.2%	12	46.2%	<b>36</b>	<b>30%</b>

Fuente: Encuesta.

En lo referente a los signos de peligros que se les orientaron a las embarazadas, se observa que a nivel general en todo el Municipio se orientó poco en la disminución de los movimientos fetales (30%) y sobre los vómitos frecuentes (58.3%), porcentajes moderados en convulsiones (75.8%) y cuando se rompía la fuente (72.5%), los demás signos de peligro estudiados alcanzaron porcentajes mayores del 90%.

Tabla11. Como consideran la higiene de la clínica de CPN, las pacientes asistentes a este programa en las diferentes unidades del MINSA del Municipio de Quezalguaque.

	Cristo rey		Mercedes		Quezalguaque		Total	
	No.	% n=26	No.	% n=45	No.	% n=49	No.	% n=120
Muy limpia	0	0.0%	0	0.0%	3	6.1%	<b>3</b>	<b>2.5</b>
Limpia	8	30.8%	18	40.0%	40	81.6%	<b>66</b>	<b>55%</b>
Regular	18	69.2%	27	60.0%	6	12.2%	<b>51</b>	<b>42.5%</b>
Sucia	0	0%	0	0%	0	0%	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100%</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>	<b>49</b>	<b>100%</b>	<b>120</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta.

Referente a la higiene de las clínicas las pacientes opinaron que era limpia en un 55%, y regularmente limpia en 42.5%, en Cristo Rey se observa que las

pacientes dijeron que se observa regularmente limpia en un 69.2% del total de su porcentaje, esto debido posiblemente dado porque no existe personal de limpieza en esta unidad.

Tabla12. Como consideran la atención brindada por el personal de salud, las embarazadas que acuden a CPN en las diferentes unidades del MINSA del Municipio de Quezalguaque.

	Cristo rey		Mercedes		Quezalguaque		Total	
	No.	% n=26	No.	% n=45	No.	% n=49	No.	% n=120
Excelente	0	0.0%	0	0.0%	2	4.1%	<b>2</b>	<b>1.6%</b>
Muy bueno	1	3.8%	7	15.6%	16	32.7%	<b>24</b>	<b>20%</b>
Bueno	21	80.8%	38	84.4%	30	61.2%	<b>89</b>	<b>74.2%</b>
Regular	4	15.4%	0	0.0%	1	2.0%	<b>5</b>	<b>4.2%</b>
malo	0	0%	0	0%	0	0%	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100%</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>	<b>49</b>	<b>100%</b>	<b>120</b>	<b>100%</b>

Fuente: encuesta.

Con respecto a la atención brindada las pacientes opinaron que es buena en un 74.2%, y muy buena en 20%, esto a nivel general del municipio, siendo en Quezalguaque donde las pacientes consideran que es un poco mejor la atención llegando en su porcentaje estratificado a un 32.7%.

Tabla13. Tiempo transcurrido desde que llegó a la unidad de salud hasta que recibió los medicamentos en farmacia las embarazadas que acudieron a CPN en las diferentes unidades del MINSA del Municipio de Quezalguaque.

	Cristo rey		Mercedes		Quezalguaque		Total	
	No.	% n=26	No.	% n=45	No.	% n=49	No.	% n=120
< de 30 min.	1	3.8%	0	0.0%	0	0.0%	<b>1</b>	<b>0.8%</b>
De 30 min a 1 hora.	0	0.0%	14	31.1%	16	32.7%	<b>30</b>	<b>25%</b>
De 1 a 2 horas.	22	84.6%	27	60.0%	33	67.3%	<b>82</b>	<b>68.4%</b>
> de 2 horas.	3	11.5%	4	8.9%	0	0.0%	<b>7</b>	<b>5.8%</b>

Fuente: Encuesta.

A nivel general el tiempo transcurrido para que las embarazadas salieran de la unidad de salud con sus medicamentos fue de 1 a 2 horas un 68.4% y de 30 minutos a 1 hora con 25%. En otras preguntas tales como si la paciente sintió privacidad y hubo amabilidad por parte del personal de salud las pacientes en un 100% dijeron que sí. Relacionando estas respuestas podemos decir que las pacientes sienten que se les está atendiendo de forma buena, pero muchas

veces no es la adecuada pues muchas sugerían que la atención fuese mejor, más rápida, y desearían existiese más personal para atenderlas

Se encuestó también en cuanto si existían servicios higiénicos accesibles y si se sintió cómoda y se pudo sentar en la sala de espera, a lo que las embarazadas respondieron afirmativamente en un 100%. En cuanto a la pregunta de si recibían todo el medicamento prescrito, también contestaron afirmativamente en un 100%. Aunque algunas sugerían que les gustaría que en farmacia existieran medicamentos que están fuera de la lista básica del MINSA ya que se les hace difícil la adquisición de estos medicamentos por su alto costo.

Tabla14. Correcto llenado de los datos generales de las pacientes que asistieron a CPN en las diferentes unidades de salud MINSA, del municipio de Quezalguaque.

Datos generales	Cristo rey		Mercedes		Quezalguaque		Total	
	No.	% n=26	No.	% n=45	No.	% n=49	No.	% n=120
Edad	25	96.2%	44	97.8%	49	100.0%	118	98.3%
Alfabeto	23	88.5%	44	97.8%	47	95.9%	114	95%
Estudios	23	88.5%	40	88.9%	40	88.9%	103	85.8%
Estado civil	22	84.6%	44	97.8%	48	98.0%	114	95%

Fuente: expedientes.

En la evaluación del llenado de las historia clínicas perinatales base encontramos que en el acápite de datos generales en todo el municipio se encontró un porcentaje por arriba del 90% el cual se observa un buen llenado de estas casillas el cual es de importancia porque se conoce a la embarazada.

Tabla15. Correcto llenado de los antecedentes familiares y personales de las pacientes que asistieron a CPN en las diferentes unidades de salud MINSA, del municipio de Quezalguaque.

Antecedentes	Cristo rey		Mercedes		Quezalguaque		Total	
	No.	% n=26	No.	% n=45	No.	% n=49	No.	% n=120
Familiares	24	92.3%	43	95.6%	46	93.9%	113	94.2%
Personales	23	88.5%	42	93.3%	39	79.6%	104	86.6%

Fuente: Expedientes.

En la evaluación del acápite de antecedentes personales se observa que el porcentaje mas bajo se encuentra en el C/S Quezalguaque para un porciento

de 79%, en los puestos de salud de Cristo Rey y las Mercedes se observan valores por arriba del 90%, a nivel de todo el municipio en los antecedentes familiares tiene un porcentaje del 94.2% y en los antecedentes personales el porcentaje es de 86.6%, el cual es de importancia este resultado por que es uno de los mas importante para tomar decisiones, ya que aquí se conoce las patologías que a tenido y tiene la embarazada y que pueden alterar el embarazo.

Tabla16. Correcto llenado de los antecedentes obstétricos de las pacientes que asistieron a CPN en las diferentes unidades de salud MINSA, del municipio de Quezalguaque.

	Cristo rey		Mercedes		Quezalguaque		Total	
	No.	% n=26	No.	% n=45	No.	% n=49	No.	% n=120
Gestas	25	96.2%	41	91.1%	48	98.0%	<b>114</b>	<b>95%</b>
Partos	24	92.3%	41	91.1%	48	98.0%	<b>113</b>	<b>94.2%</b>
Aborto	25	96.2%	44	97.8%	49	100.0%	<b>118</b>	<b>98.3%</b>
Vaginales	25	96.2%	42	93.3%	48	98.0%	<b>115</b>	<b>95.8%</b>
Cesáreas	24	92.3%	42	93.3%	49	100.0%	<b>115</b>	<b>95.8%</b>
Nacidos vivos	24	92.3%	42	93.3%	49	100.0%	<b>115</b>	<b>95.8%</b>
Nacidos muertos	24	92.3%	39	86.7%	48	98.0%	<b>111</b>	<b>92.5%</b>
Viven	25	96.2%	44	97.8%	49	100.0%	<b>118</b>	<b>98.3%</b>
Muerto en la primera semana	19	73.1%	33	73.3%	48	98.0%	<b>100</b>	<b>83.3%</b>
Muerto después de la primera semana	18	69.2%	32	71.1%	48	98.0%	<b>98</b>	<b>81.6%</b>
Fin del embarazo anterior	15	60.0%	17	37.8%	42	87.5%	<b>74</b>	<b>61.6%</b>
RN con mayor peso	10	40.0%	16	35.6%	41	85.4%	<b>67</b>	<b>55.8%</b>

Fuente: expedientes.

En la valoración de los antecedentes obstétricos se observa que en el P/S las Mercedes se encuentran porcentajes muy bajos en los acápites de fin del embarazo anterior (37.8) y RN con mayor peso (35.6%) y con porcentaje un poco mas en los acápites de Muertos después de la primera semana (71.1%), y muerto en la primera semana (73.3%). Seguido por el P/S Cristo Rey con porcentaje bajos en los acápites de RN con mayor peso (40.0%) y fin del embarazo anterior (60.0%). En el C/S Quezalguaque los acápites un poco bajos son RN con mayor peso (85.4%) y fin del embarazo anterior (87.5%) llama la atención que a nivel de municipio las tres unidades de salud están con

porcentajes bajos en los mismos cuatro acápite pero mas en dos de ellos que en su total de por ciento son RN con mayor peso (55.8%) y fin del embarazo anterior (61.6%), en los otro dos esta un poco mas alto que es muerto después de la primera semana (81.6%) y muerto en la primera semana (83.3%), y en los acápite de gestas, partos, para, aborto, vaginales, cesáreas, nacidos vivos, nacido muertos, viven, están en porcentajes altos por arriba del 92% esto refleja que no se esta investigando a todas las embarazadas en sus embarazos anteriores el cual es de importancia para tomar decisiones y medidas en el embarazo actual.

Tabla 17. Correcto llenado de los datos del embarazo actual de las pacientes que asistieron a CPN en las diferentes unidades de salud MINSa, del municipio de Quezalguaque.

	Cristo rey		Mercedes		Quezalguaque		Total	
	No.	% n=26	No.	% n=45	No.	% n=49	No.	% n=120
Peso anterior	23	88.5%	44	97.8%	49	100%	116	96.6%
Talla	23	88.5%	44	97.8%	44	89.8%	111	92.5%
FUM	24	92.3%	44	97.8%	48	98.0%	116	96.6%
FPP	24	92.3%	44	97.8%	48	98.0%	115	95.8%
Dudas	15	57.7%	44	100.0%	47	95.9%	106	88.8%
Vacuna antitetánica	17	65.4%	32	71.1%	43	87.8%	92	76.6%
Grupo y Rh	6	23.1%	4	8.9%	28	57.1%	38	31.6%
Hemoglobina	1	3.8%	8	17.8%	31	63.3%	40	33.3%
VDRL	1	3.8%	5	11.1%	27	55.1%	33	27.5%
Nº de cigarrillos	2	7.7%	12	26.7%	41	83.7%	55	45.8%
Examen clínico	15	57.7%	45	100.0%	45	100.0%	105	87.5%
Examen de mamas	15	57.7%	45	100.0%	48	98.0%	108	90%
Examen odontológico	11	42.3%	22	48.9%	40	81.6%	73	60.8%
Examen de pelvis	6	23.1%	29	64.4%	26	53.1%	61	50.8%
Paps	1	3.8%	4	8.9%	18	36.7%	23	19.1%
Cerviz	1	3.8%	4	8.9%	24	49.0%	29	24.1%
Colposcopia	1	3.8%	7	15.6%	23	46.9%	31	25.8%
Fecha de consulta	25	96.2%	44	97.8%	46	93.9%	115	95.8%
Semanas de amenorrea	25	96.2%	43	95.6%	47	97.9%	115	95.8%
Peso	25	96.2%	45	100.0%	45	91.8%	115	95.8%
Tensión arterial	25	96.2%	25	96.2%	48	98.0%	98	81.6%
AU/presentación	25	96.2%	40	88.9%	47	95.9%	112	93.3%
FCF	25	96.2%	39	86.7%	44	89.8%	108	90%
Mov. fetales	25	96.2%	40	88.9%	46	93.9%	111	92.5%

Fuente: Expedientes.

Al realizar la valoración a la sección de embarazo actual encontramos porcentajes muy bajos el cual barrían por unidad de salud el cual Cristo Rey es el mas bajo con porcentaje de VDRL(3.8%), hemoglobina(3.8%), Paps (3.8%), cerviz (3.8%), colposcopía (3.8%), Grupo y Rh (23.1%), duda(57.7%), vacuna antitetánica (65.4%), numero de cigarrillo(7.7%), Examen clínico (57.7%), examen de mamas (57.7%), examen odontológico (42.3%), examen de pelvis (23.1), y en los de mas acápite esta por arriba del 88%. En las mercedes los acápite muy bajos son VDRL(11.1%), Hemoglobina (17.8%), Paps (8.9%), cerviz (8.9%), colposcopía (15.6%), Grupo Y Rh (8.9%), vacuna antitetánica (71.1%), numero de cigarrillo (26.7%), examen de pelvis (64.4%), y odontológico (48.9%), los de mas acápite están por encima del 86%. Lo que es el C/S Quezalaguaque son poco los acápite que están muy bajos el cual son VDRL (55.1%), Hemoglobina (63.3%), Grupo y Rh (57.1%), Paps (36.7%), cerviz (49.0%), colposcopía (46.9%), examen de pelvis (53.1), en los de mas acápite están por arriba del 81%. A nivel del municipio el impacto de los resultados muy bajos se encuentran en los mismos acápite que las unidades con un porcentaje de Paps (19.1%), cerviz (24.1%), colposcopía (25.8%), VDRL (27.5%), Hemoglobina (33.3%), Grupo y Rh (31.6%), No. de cigarrillo(), vacuna antitetánica (76.6%), examen de pelvis (50.8), es relevante que todo el municipio esta cometiendo el mismo error en el llenado de la HCPB, el cual estos datos son de importancia para tomar decisiones al momento que la embarazada presente una complicaciones en cualquier etapa del embarazo, los de mas acápite están por arriba del 90%.

## Verificación de partos ocurridos en el Municipio de Quezalguaque.

En este apartado analizamos todos los partos ocurridos en el municipio y aún los que no fueron, pero que las embarazadas al llegar a su control de puerperio llevaron la documentación de sus partos.

En estas tablas observamos que la frecuencia con que las

mujeres padecieron de IVU fue de 85% total de todas las pacientes, aunque el 36.8% la IVU fue la única patología de las embarazadas muchas veces iba asociada a otra patología, tal es el caso de IVU y candidiasis con un 25%.

En la tabla 19 se observa que 85% de las embarazadas tuvo IVU asociada a otras patologías, entre las que se destacan las candidiasis con 25% y la anemia con un 10%. Solamente el 15% de las pacientes no padeció de ninguna enfermedad.

Tabla18. Frecuencia de enfermedades durante el embarazo en las pacientes que parieron en el periodo de Enero a Octubre 2006.

Enfermedades	No.	PORCENTAJE n=20
IVU	17	85%
ANEMIA	2	10%
DESNUTRICIÓN	1	5%
APP	2	10%
CANDIDIASIS	5	25%
CERVICITIS	1	5%
HIPOTENSIÓN	1	5%
LEUCORREA	1	5%
NINGUNA	3	15%

Fuente: Expediente.

Tabla19. Frecuencia de pacientes que parieron y presentaron enfermedades durante su embarazo.

Enfermedades en el embarazo	No.	Porcentaje n=20
IVU	7	35%
IVU, ANEMIA	1	5%
IVU, ANEMIA, desnutrición.	1	5%
IVU, APP	1	5%
IVU, Candidiasis	4	20%
IVU, cervicitis, candidiasis.	1	5%
IVU, EDA	1	5%
IVU, leucorrea, APP, Hipotensión	1	5%
ninguna	3	15%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Expediente

Tabla20. Condición materna de las pacientes al momento de llegar a la unidad de salud en el momento del parto.

Condición	No.	% n=20
Trabajo de parto	18	90%
Sin trabajo de parto	2	10%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Expediente

Condición	No.	% n=20
Membranas integras	16	80%
Membranas rotas	4	20%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Expediente

Condición	No.	% n=20
A termino	19	95%
Posttermino	1	5%
Pretermino	0	0%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Expediente.

En las tablas anteriores observamos la condición de las pacientes que ya tuvieron su parto y llegaron a la unidad de salud, donde se observa que el 90% ya estaba en trabajo de parto y de las 2 pacientes (10%) que llegaron sin trabajo de parto hay que señalar que 1 fue por embarazo posttermino (5%) y otra llegó porque se le habían roto las membranas (ruptura prematura de las membranas), y aunque existieron 4 casos(20%) de membranas rotas las otras 3 fueron en trabajo de parto y con poco tiempo trascurrió desde su ruptura hasta el momento del parto.

En esta tabla se observa que el 80% de los partos fue por mujeres con clasificación del embarazo de bajo riesgo y el 20% de alto riesgo, destacándose que entre las mujeres de alto riesgo se les dio seguimiento con más de 6 CPN, y además las mujeres acudieron a su control del puerperio.

Tabla21. Clasificación del embarazo de las pacientes al momento de la atención del parto.		
Clasificación	No.	Porcentaje n=20
Bajo riesgo obstétrico	16	80%
Alto riesgo obstétrico	4	20%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Expediente.

Todos los partos fueron por vía vaginal, bebés nacidos vivos y no presentaron ningún tipo de complicación posterior al nacimiento.

La tabla anterior refleja que 85% de los partos fueron atendidos en el centro de salud y los 3 casos (15%) atendidos en el Hospital fue: 1 trasladado por Dips variables, 1 por atención de embarazo posttermino, 1 por atención de parto aunque no tenia complicaciones se decidió que el parto fuese en el hospital.

	No.	Porcentaje n=20
Centro de salud	17	85%
Puesto de salud	0	0%
Hospital	3	15%
Domiciliar	0	0%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Fuente: Expediente.

Hubo un parto atendido en el centro de salud, pero luego del nacimiento se trasladó al bebé con Diagnostico de meconio abundante y riesgo de sepsis. Hay que señalar que esta embarazada llegó en periodo expulsivo a la unidad de salud, siendo habitante del casco urbano y siendo una multigesta.

Como anteriormente habíamos mencionado se tuvieron 3 complicaciones (15%), en todas, la causa atribuida fue el tiempo de toma de decisión del familiar de la paciente, pues refieren que tardaron en tomar la decisión de acudir al centro de salud.

	No.	Porcentaje n=20
Enfermedad crónica	0	0%
Enfermedad por el embarazo	0	0%
Tiempo de toma de decisión familiar	3	15%
Tiempo de traslado a la unidad de salud	0	0%
Tiempo de toma de decisión del personal de salud	0	0%
Tiempo de traslado de la unidad de salud al hospital	0	0%
Sin complicación	17	85%
otros	0	0%

Fuente: Expediente.

	No.	Porcentaje n=20
--	-----	--------------------

El 95% de los puerperios fue normal, existiendo solo un puerperio patológico (5%) el cual

Normal	19	95%
Patológico	1	5%
Total	20	100%

Fuente: expediente.

se debió a infección en la episiorrafia, volvemos a recalcar que muchas de estas complicaciones se podrían evitar con una buena orientación cuando la mujer acude a su CPN, algo que como hemos visto en esta investigación no se realiza adecuadamente.

## Discusión

El presente estudio estuvo basado en la revisión de la meta del programa de CPN de las unidades del MINSA del municipio de Quezalaguaque el cual a nivel municipal los embarazos esperados son 318 para el 2006. Se a cumplido en el nonestre 183 CPN, para un porcentaje bajo del 57.54% para cumplir el total falta el ultimo trimestre del año, según el MINSA se está cumpliendo solo con el 50% de lo programado. Para esto la dirección del C/S esta trabajando con coberturas integrales, visita y seguimiento a las embarazadas que reporta la comunidad y brigadistas de salud, se brindan capacitaciones a las embarazadas y a la comunidad con el propósito de no tener muertes maternas, a si mismo captar a las embarazadas temprano durante el primer trimestre y otras actividades como darles seguimientos a las embarazadas de alto riesgo el cual es valorada por especialista (ginecólogo).

Se observó en este estudio que del total de partos esperados (286 partos), solamente se atendieron en el centro de salud 17 partos, el resto en el hospital, en un aspecto es bueno dado el hecho que el parto se realiza en una institución de salud de mayor resolución, pero a las pacientes, les gustaría ser atendidas en primera instancia en el centro de salud y si es posible parir en ese lugar pues a veces no tiene recursos para trasladarse al hospital de León.

Se utilizo el modelo integrador de calidad de la atención medica de Avedis Donavedian; haciendo hincapié en el proceso de la atención prenatal. Por lo que tomamos en cuenta los siguientes componentes: interpersonal y aspectos de confort.(16)

Al analizar el patrón sociodemográfico de la población estudiada, se destaca que fueron adolescentes embarazadas menores de 19 años el 33.3% este porcentaje es importante por que representa una población consideradas Alto Riesgo Obstétrico.(12) y de 20 a 25 años de 38.3%, que es mayor que el promedio nacional de 30% (12,14); con baja escolaridad, ama de casa con el mayor porcentaje y con pareja estable el 52.2%. Este patrón es coincidente con resultados encontrados en otros países de Latinoamérica y con el escenario socioeconómico actual de Nicaragua, donde la población vive en condiciones de pobreza y baja educación, factores determinantes en el campo de salud

pública. Este resultado no difiere de los estudios realizado por Amaya E. El municipio de Morrito departamento de Río San Juan y en el municipio de Muy Muy departamento de Matagalpa por Gomes Mario (37,39).

De forma general las usuarias en su mayoría se sintieron cómodas en sala de espera, probablemente debido a que las personas en sala de espera ceden espacio a las mujeres gestantes como forma social de solidaridad. Estos resultados coinciden con el estudio realizado por Martínez Manuel en la RAAN, y en el departamento de RSJ por Calderón Patricia. (40,38)

Según el manual operativo de la atención, publicado por el ministerio de salud establece el flujo para la atención de la siguiente manera:

Admisión y clasificación: Todas las unidades de salud deben realizar el proceso de admisión en el cual se identifica el usuario según el tipo de demanda espontánea o citada. Los resultados de esta investigación no difieren lo normado por este manual. (12). Aun cuando esta claramente definido que se debe de dar prioridad a caso de urgencia en menores de 1 año y embarazadas. El área de clasificación no cumple con lo que se establece en el manual ya que en dos unidades de salud no priorizan a la embarazada. Debido a que la atención por morbilidad de niños y adultos compite con esta prioridad por lo que la usuaria del CPN tarda un tiempo aproximado mayor a 1 hora desde que llega al centro de salud hasta que recibe sus medicamentos en farmacia. Este resultado es similar al encontrado en el análisis del sector salud MINSA-OPS 2000 que reportó una hora y quince minuto, también al estudio realizado por Amaya, en el municipio de morrito RSJ. (41, 39)

Las usuarias del CPN no están siendo recomendadas en más del 60% de los casos en aspectos educativos sobre: Dormir sobre su lado izquierdo, importancia del CPN, no levantar objetos pesados, planificación familiar, entre otros. Dichos hallazgo a grosso modo no difieren de los encontrados por el proyecto de garantía de calidad, un estudio realizado en el C/S Adolfo Larga espada en el municipio de Río San Juan (42); y según el Manual Operativo del MINSA la sala de espera debe aprovecharse para la educación sanitaria el cual

no asen uso de esta (12). Además a un porcentaje del mas del 40% no se les explica sobre los signos de peligro durante el embarazo. Este coincide con el estudio realizado por Gomes Mario sobre satisfacción de usuaria y por Calderón Patricia sobre calidad de atención del control prenatal. (37,40)

En la garantía de calidad de la OPS, existen 10 derecho de los pacientes entre ellos privacidad y confiabilidad que permiten a los pacientes ser examinados en instalaciones diseñadas para asegurar el aislamiento visual y auditivo.(12,1,) En este estudio no se observó directamente la interacción de proveedor de salud – usuaria. Pero las usuarias reflejaron que el trato fue amable y la consulta se dio en un ambiente de privacidad. Estos resultados no difieren de los encontrados en el estudio sobre calidad de prestación de los servicios del subprograma CPN en el municipio de Río San Juan (42).

Está indicado que las unidades que cuentan con servicios de laboratorio clínico deben de realizar los exámenes a las embarazadas como parte complementaria de la atención integral. Este estudio al igual que el efectuado por el proyecto de Garantía de Calidad y de calidad de prestación de los servicios del subprograma CPN se comprobó que no a todas las embarazadas se les esta realizando exámenes de rutina como VDRL, Hb, PAP Y otros, debido a limitación de recursos humanos y en dos de las unidades de salud no existen laboratorios clínicos y las embarazadas tienen que costearlos, lo cual son muy caros y no se los realizan. Como consecuencias disminuye la precisión en la identificación de riesgo para la mujer y su producto. Estos resultados son similares a los encontrados por Amaya en el municipio de morrito y Calderón Patricia en el municipio del Almendro RSJ. (39,40)

Al evaluar el tiempo de duración de la consulta prenatal recibida por las usuarias, se corroboró que la mayoría refiere mas de 15 minutos de consulta, situación acorde con la norma de productividad del ministerio de salud que esta establecido entre 10 a 15minutos. Dicho resultados no difiere de estudios similares realizados en el municipio de Río San Juan por Arguello D. (42)

En las actividades del proceso de atención que debe realizar el personal de salud que atiende el control prenatal se encontró buena aseveración a la realización del examen físico con un porcentaje de por arriba del 82% a las embarazadas asistentes, pero dentro las actividades que dentro de los estándares e indicadores de calidad del Ministerio de Salud están normados cumplir al 100% de las embarazadas. Un porcentaje mayor del 92% de las usuarias, consideró la atención brindada por el personal de salud buena. Estos resultados son parecidos a los encontrados en un estudio realizado por Arguello D. En el C/S de San Carlos, Río San Juan. (42)

La estructura de la HCPB cuenta con espacios que indican que la embarazada presenta factores de riesgo prenatal. Lo que permite tomar decisiones sobre quien debe de dar seguimiento al control prenatal, donde se debe referir a la paciente para su atención del parto y decidir la vía del parto del mismo. Al evaluar la calidad del llenado de las historias clínicas perinatal base, tomando como referencia lo establecido en el sistema informático perinatal observamos que existe mala calidad en los registros en el llenado de los acápite de muerto en la primera semana, muerto después de la primera semana, Fin del embarazo anterior, RN con mayor peso, Vacuna antitetánica, Examen odontológico, Examen de pelvis, Cerviz, Colposcopia, Nº de cigarrillos, en un 60%. Por ende el marco de calidad se ve limitado por la inadecuada información a las usuarias insuficiente manejo de las normas esenciales e incorrecto llenado de las HCPB. Pero existe un 100% en el trato del personal, confort y entrega de medicamento. Estos resultados coinciden con estudio realizado por Arguello D. En el C/S de San Carlos Río San Juan y por Mario Gomes en el departamento de Matagalpa.(37,42)

En nuestro estudio se valoró los partos que habían ocurrido en el C/S quezalaguaque cabecera municipal el cual se revisaron 20 casos que ocurrieron de enero a octubre del 2006, en las enfermedades que presentaron durante el embarazo todas tuvieron de 2 a 3 patologías, las IVU fueron las más frecuentes en 17 embarazadas el cual la bibliografía dice que es la colonización persistente de bacterias en el tracto urinario en ausencia de síntomas específicos, ocurriendo en el 5 -10 % del total de embarazos. Puede contribuir al nacimiento

de pretérmino (aquel que ocurre antes de las 37 semanas), al bajo peso al nacer y a la infección renal (pielonefritis) en la madre. No tratada. (9,10,25,26)

En segundo esta la candidiasis con 5, casos. (9, 10, 25, 30)

En tercer lugar esta la anemia con 2 casos, el cual dice la bibliografía que La causa más común de anemia durante el embarazo es la deficiencia de hierro.

Es poco probable que la anemia, a menos que sea grave, sea nociva para el bebé, aunque la deficiencia de hierro se ha vinculado con un mayor riesgo de nacimiento prematuro y bajo peso al nacer. La anemia también puede hacer que se sienta más cansada que lo habitual durante el embarazo. (9,10,25,33)

También hubieron 2 casos de APP según la bibliografía aproximadamente la mitad de las mujeres que tienen un parto prematuro pertenece a un grupo de riesgo conocido. Cerca del 12 por ciento de los nacimientos en los Estados Unidos (1 de cada 8) son prematuros. Los bebés prematuros tienen un riesgo mayor de necesitar hospitalización, tener problemas de salud a largo plazo y morir, comparado con los bebés nacidos a término.(9,10,25,34,35)

Afortunadamente estas enfermedades son de rápida resolución y aunque pueden causar algún tipo de complicación en periodo temprano del embarazo pueden resolverse si la mujer acude a tiempo a la unidad de salud como es el caso de los 2 casos de APP ocurridos en donde posiblemente la causa de los síntomas pudo ser la existencia de IVU, las mujeres acudieron a tiempo al puesto de salud y el problema fue resuelto sin mayores complicaciones.

La anemia y la desnutrición no tuvieron gran porcentaje solo el 10% de las pacientes lo padeció, sin embargo llama la atención pues como hemos visto en tablas anteriores, las recomendaciones en cuanto a la alimentación es deficiente y podrían haber ocurrido complicaciones.

La hipotensión solo ocurrió en 1 caso, donde no se encontró causa aparente que la provocara, se asociaba a IVU, leucorrea y APP, lo interesante del caso es que para el final del embarazo cuando la paciente comenzó a presentar el trabajo de parto, también comenzaron las complicaciones, pues el feto presentó Dips variables y tuvo que ser referido al Hospital HEODRA para el manejo de un posible sufrimiento fetal agudo. Desafortunadamente no

podemos saber la causa de la Hipotensión, ni de los Dips variables, pero por la oportuna detección de estos signos el parto ocurrió sin mayores complicaciones ni para el bebé, ni para la madre.

La condición que llegaron al c/s los 20 casos fueron en trabajo de parto 18, sin trabajo de parto 2, membranas rotas 4, membranas integra 16, a término 19 y postérmino 1. De estos el 80% era de bajo riesgo y el 20% de alto riesgo. El 100% fue por vía vaginal.

De los 20 casos ocurrieron el 85% en el C/S de Quezalguaque y el 15% Hospitalario. Fueron 3 casos los que se trasladaron el cual la causa que la llevo a la complicación fue el tiempo de toma de decisión de los familiares. De los 20 partos 18 tuvieron un puerperio normal y 2 patológicos.

## Conclusiones

- 1) La cobertura alcanzada por las unidades de salud es inaceptable, según los embarazos esperados, establecida para el nonestre, donde se a cumplido apenas con el 57.54% del total de embarazos esperados.
- 2) La calidad de los registros es inadecuado, puesto que se observó muchas deficiencias en el llenado de las HCPB, principalmente en cuanto a registrar los exámenes de laboratorio y el examen físico realizado a las pacientes.
- 3) La percepción de calidad de las usuarias del CPN es bueno, sobresaliendo el buen trato por parte del personal de salud, amabilidad, tiempo de consulta y medicamentos entregados.
- 4) Existieron 3 complicaciones durante el parto, aunque la causa fue la tardanza en acudir a la unidad de salud, se habrían podido prevenir con la educación sobre signos de un probable parto. Hubo 1 complicación durante el puerperio que fue infección en episiorrafia, también prevenible con buena educación sobre higiene personal.

## Recomendaciones

Con el fin de mejorar la calidad de la atención a las embarazadas se sugiere lo siguiente:

- 1) En cuanto a mejorar cobertura:
  - a) A la población:
    - i) Acudir al centro o puesto de salud más cercano si hay sospecha de embarazo.
    - ii) Hacer conciencia a todas las mujeres en especial a las adolescentes sobre la importancia de acudir al Control Prenatal, haciendo campañas informativas en los medios locales ya sea radio, medios visuales o dando charlas sobre el tema.
  - b) A la institución:
    - i) Trabajar en conjunto MINSA con líderes comunales y brigadistas con el objetivo de actualizar datos de mujeres en edades fértiles y embarazadas en las comunidades por lo menos cada 6 meses.
    - ii) Implementar un calendario donde se programen consultas integrales en las comunidades con el objetivo de captar tempranamente a las embarazadas, se les pueda dar seguimiento adecuado.
- 2) Para mejorar calidad de los registros:
  - a) Se exponga a todo el personal de salud del municipio Quezalaguaque las deficiencias encontradas en base a los resultados de este estudio y sensibilizarlos con respecto a la magnitud del problema.
  - b) Realizar procesos de capacitación integral, monitoreo y supervisión para medir los avances en las deficiencias encontradas del personal que brinda atención prenatal.
  - c) Organizar una visita al mes por parte de laboratorio clínico a las 2 unidades que no cuentan con este servicio, con el propósito de realizar exámenes básicos (EGO y BHC) a las embarazadas.

- d) Realizar periódicamente revisión de los expedientes clínicos de las embarazadas, haciendo énfasis en el llenado de las HCPB.
- 3) Para mejorar la percepción de calidad de las usuarias:
- a) Incrementar la educación en las recomendaciones brindadas a las embarazadas y realizarla en todas las realizaciones de su CPN y como elemento eje en la prevención de eventuales complicaciones durante el embarazo.
  - b) Informar a la embarazada acerca de los procedimientos a realizar en su control e informar sobre la clasificación del embarazo, a fin de que la embarazada comprenda la importancia de acudir a su control.
  - c) Que la dirección de todas las unidades de salud del municipio de Quezalguaque prioricen la atención de la mujer embarazada a fin de disminuir el tiempo de estadía de la misma en la unidad de salud.
  - d) Tratar de crear una farmacia comunal donde se puedan obtener los medicamentos fuera de la lista básica del MINSA, a precios accesibles.
- 4) Para disminuir complicaciones durante el embarazo, el parto y puerperio:
- a) Realizar los ajustes necesarios a las estrategias actuales, tomando en cuenta las recomendaciones antes mencionadas y continuar con estrategias que actualmente están dando resultado en la prevención de complicaciones.
  - b) Cumplir con el mínimo de controles prenatales establecidos, según clasificación de riesgo del embarazo.
  - c) Que permanezca en todas las unidades de salud personal disponible de turno para la atención de las embarazadas.
  - d) Organizar club de embarazadas donde se le capacite en aspectos tales como fisiología del embarazo, patologías del embarazo, higiene personal, alimentación, cuidados durante el embarazo, etc. Este tipo de organización además permitiría que exista cooperación y apoyo entre las mismas las cuales podrían realizar actividades con el propósito de recaudar fondos.

## Bibliografía

- 1) OPS/ OMS. Mortalidad Materna en las América. Boletín epidemiológico. Vol. 14. 1996. pag 4<sup>a</sup>8.
- 2) Centro Cochrane Iberoamericano. Patrones de control prenatal de rutina para embarazo de bajo riesgo. (En línea) 2001 mayo. [4 de mayo del 2006-08-10] Publica en la biblioteca Cochrane plus. Número 2,2005. Oxford, Update Software Ltd. (ISSN 1745-9990). Derechos reservados. Disponible en:  
[www.who.int/reproductivehealth/publications/rhr\\_01\\_30\\_sp/RHR\\_01\\_30\\_contents.sp.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rhr_01_30_sp/RHR_01_30_contents.sp.html) - 10k.
- 3) Vouri, H. V. El control de calidad en los servicios sanitarios. Conceptos y metodologías. Editorial MASSON. Barcelona, España 1989 Pág. 34a60
- 4) MINSA Estimación de población división de planificación de desarrollo plan2006, departamento de estadística, (MINSA 2006) Pág. 1<sup>a</sup>6
- 5) Medrano M, Josefina. Calidad percibida de los servicios de salud en atención primaria. Maestría en planificación y gestión de servicios de salud. Universidad nacional autónoma de Bolivia, Rene Moreno. 1996
- 6) Dr. Sadia Membreño Indicadores especiales de población para la programación y planificación en salud publica SILAIS-LEON 2006 Pág.22
- 7) Herrera V. Herrera CH. Calidad y cobertura del centro prenatal. Ciudad de Matagalpa. Matagalpa 1995. Trabajo de tesis. UNAN León. 1995 Pág. 2<sup>a</sup>8
- 8) Portillo C. Evaluación de la calidad del programa de control prenatal. (Área 5 Región II). León. 1988. Trabajo de tesis. UNAN León. 1988. Pág.4<sup>a</sup>8
- 9) Schwarzts ET AL. Atención prenatal y del parto de bajo riesgo. Pobl. Científico. CLAP # 1321.01. dap No 1321.Obstetricia. 1999. Pág. 11<sup>a</sup>28.
- 10)Schwarctz et al. Historia clínica perinatal simplificada. CLAP – OMS/OPS. Publicación científica CLAP. DAP # 973, Obstetricia. Año 1988. pag. 15<sup>a</sup>30.
- 11)SILAIS Managua, Perdida de oportinidades en la atención de mujeres en edad fértil, distrito V Managua, 1995. Tesis para Lic. En Enfermería, estudiante UPOLI. 1995.

- 12) Ministerio de Salud de Nicaragua. Plan nacional de reducción de la mortalidad Materna, perinatal e infantil, Editorial IMPASA, Managua, agosto 2004.
- 13) Dirección de sistema de información, MINSA Managua, Nicaragua, encuesta de satisfacción de usuarios en el servicio de emergencia y consulta externa en hospital de Managua septiembre 1994.
- 14) Pablo Montalbetti. Gerencia salud, Gestión en salud. (en línea) año 15 12 2002. (mayo 10 2006) Marketing Salud. Universidad de Perú de ciencias. art.396. (Código Internacional de Ética Médica. Adoptado por la III Asamblea General de la Asociación Médica Mundial. Londres, Inglaterra, Octubre 1949) Gerencia salud, Marketing Salud. Perú. Disponible en: [www.gerenciasalud.com](http://www.gerenciasalud.com).  
[www.gerenciasalud.com/art396.htm](http://www.gerenciasalud.com/art396.htm)
- 15) Lumley J, Watson L, Watson M, Bower C. Periconceptual supplementation with folate and/or multivitamins for preventing neural tube defects.(en línea) (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 3, 2001. (junio 6 2006) Oxford: update Software. Disponible en: <http://www.m.nihgov/medlineplus/spanish/ency/article/002223.htm>.
- 16) Donavedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. En: exploration of quality assesment and monitoring, Vol 1. Año 1989. pub, cient. # 534, 1991. pag. 382 a 3o4.
- 17) Crowther CA. Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunisation. (en línea) (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 2, 2001. (junio 6 2006) Oxford: Update Software. Disponible en: <http://www.m.nihgov/medlineplus/spanish/ency/article/002223.htm>.
- 18) Faúndez A: Control Prenatal. . (en línea) En: Obstetricia. Pérez Sánchez, A., Donoso Siña, E. Eds. Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. Capítulo 12 - Segunda Edición, página 156-167, 1992. (junio 6 2006) Disponible en: <http://www.m.nihgov/medlineplus/spanish/ency/article/002223.htm>.
- 19) Lumley J, Oliver S, Waters E. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. (en línea) (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, issue 3, 2002. (junio 6 2006) Oxford: Update software. Disponible en: <http://www.m.nihgov/medlineplus/spanish/ency/article/002223.htm>.
- 20) Neilson JP, Alfirevic Z. Doppler ultrasound for fetal assessment in high risk pregnancies. (en línea) (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 3, 2001. (junio 6 2006) Oxford: Update Software. Disponible en: <http://www.m.nihgov/medlineplus/spanish/ency/article/002223.htm>.

- 21) Mahomed K, Gülmezoglu AM. Maternal iodine supplements in areas of deficiency. (en línea) (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 1, 2001. (junio 6 2006) Oxford: Update Software. Disponible en: <http://www.m.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002223.htm>.
- 22) Mahomed K. Iron supplementation in pregnancy. (en línea) (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 1, 2001. (junio 6 2006) Oxford: Update Software. Disponible en: <http://www.m.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002223.htm>.
- 23) Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. (en línea) (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 4, 2001. (junio 6 2006) Oxford: Update Software. Disponible en: <http://www.m.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002223.htm>.
- 24) Chalmers I, Enkin MW, Keirse MJNC (eds.). *Effective care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford: (en línea) Oxford University Press 1989, (junio 6 2006) pp. 820-826. Disponible en: <http://www.m.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002223.htm>.
- 25) Complicaciones del embarazo, prevenir los defectos de nacimiento y la mortalidad infantil. (en línea) © 2006 (agosto 12 del 2006) March of Dimes Birth Defects Foundation. Todos los derechos reservados. March of Dimes es una organización sin fines de lucro, exenta de los impuestos federales bajo la Sección 501(c) (3) del Internal Revenue Code de los EE.UU. Disponible en: <http://www.nacersano.org/centro/9234.asp>
- 26) Ketanserina, y Duley L, Henderson-Smart DJ. Drugs for rapid treatment of very high blood pressure during pregnancy. (en línea) (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2002. (agosto 14 del 2006) Oxford: Update Software. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Avda. Italia 285 (5982) 487 29 29. Disponible en: [postmaster@clap.ops-oms.org](mailto:postmaster@clap.ops-oms.org)
- 27) Abalos E, Duley L, Steyn DW, Henderson-Smart DJ. Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy. (en línea) (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. (agosto 14 del 2006) Oxford: Update Software. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Avda. Italia 285 (5982) 487 29 29. Disponible en: [postmaster@clap.ops-oms.org](mailto:postmaster@clap.ops-oms.org)
- 28) Duley L, Henderson-Smart D. Magnesium sulphate versus diazepam for eclampsia (en línea) (Cochrane Review). In The Cochrane Library, Issue 1, 2002. (agosto 14 del 2006) Oxford: Update Software. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Avda. Italia 285 (5982) 487 29 29. Disponible en: [postmaster@clap.ops-oms.org](mailto:postmaster@clap.ops-oms.org)

- 29) Duley L, Gulmezoglu AM Magnesium sulphate versus lytic cocktail for eclampsia (en línea) (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2002. (agosto 14 del 2006)Oxford: Update Software. Centro Latinoamericano de Perinatalogía y Desarrollo Humano. Avda. Italia 285 (5982) 487 29 29. Disponible en: [postmaster@clap.ops-oms.org](mailto:postmaster@clap.ops-oms.org)
- 30) Smaill F Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy (en línea) (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2003. (agosto 14 del 2006) Oxford: Update Software. Centro Latinoamericano de Perinatalogía y Desarrollo Humano. Avda. Italia 285 (5982) 487 29 29. Disponible en: [postmaster@clap.ops-oms.org](mailto:postmaster@clap.ops-oms.org)
- 31) Enkin M, Keirse M, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnet E, and Hofmeyr J(2000). (agosto 14 del 2006) Infection in pregnancy. (en línea) A guide to effective care in pregnancy and childbirth, 19:154- 167. Centro Latinoamericano de Perinatalogía y Desarrollo Humano. Avda. Italia 285 (5982) 487 29 29. Disponible en: [postmaster@clap.ops-oms.org](mailto:postmaster@clap.ops-oms.org)
- 32) Kenyon S, Boulvain M, Neilson J. Antibiotics for preterm premature rupture of membranes (en línea) (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. (agosto 14 del 2006)Oxford: Update Software. Centro Latinoamericano de Perinatalogía y Desarrollo Humano. Avda. Italia 285 (5982) 487 29 29. Disponible en: [postmaster@clap.ops-oms.org](mailto:postmaster@clap.ops-oms.org)
- 33) Crowley P. Prophylactic corticosteroids for preterm birth (en línea) (Cochrane Review) In: The Cochrane Library, Issue 1, 2002. (agosto 14 del 2006)Oxford: Update Software. Centro Latinoamericano de Perinatalogía y Desarrollo Humano. Avda. Italia 285 (5982) 487 29 29. Disponible en: [postmaster@clap.ops-oms.org](mailto:postmaster@clap.ops-oms.org)
- 34) Hofmeyr GJ, Kulier R... External cephalic version at term. ( en línea) (Cochrane Review) In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. (agosto 14 del 2006) Oxford: Update Software. Centro Latinoamericano de Perinatalogía y Desarrollo Humano. Avda. Italia 285 (5982) 487 29 29. Disponible en: [postmaster@clap.ops-oms.org](mailto:postmaster@clap.ops-oms.org)
- 35) Crowley P. Interventions for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term (en línea) (Cochrane Review) .In: The Cochrane Library, Issue 3, 2002. (agosto 14 del 2006) Oxford: Update Software. Centro Latinoamericano de Perinatalogía y Desarrollo Humano. Avda. Italia 285 (5982) 487 29 29. Disponible en: [postmaster@clap.ops-oms.org](mailto:postmaster@clap.ops-oms.org)
- 36) Fuente: Mapa Turístico de Nicaragua. - Geografía Dinámica de Nicaragua. Mapas INETER, Estadísticas del último censo poblacional realizado por el INEC. Año 2005.

- 37) Gomes Mario, Grado de satisfacción que tienen las usuarias del programa "Control Prenatal" en relación a la atención brindada en el centro de salud "San Benito de Palermo" Muy Muy Matagalpa Octubre a Diciembre del 2005. (Tesis para optar al título de Doctor en medicina y cirugía ) León: UNAN- León; 2006.
- 38) Martínez Manuel B. Calidad de atención del subprograma de control prenatal en el centro de salud Juan Manuel Morales. Octubre del 2005. ( Tesis para optar al título de Doctor en medicina y cirugía ) León: UNAN- León; 2006.
- 39) Amaya Eduardo. Conocimiento de la satisfacción de la población que recibe atención en los centro de salud Morrito y Walter Acevedo los días 15 y 22 de marzo del año2004. ( Tesis para optar al título de Doctor en medicina y cirugía ) León: UNAN- León; 2004.
- 40) Calderón, Patricia. Calidad de atención del control prenatal en el centro de salud el almendro. RSJ. Enero-Junio 2003. ( Tesis para optar al título de Doctor en medicina y cirugía ) León: UNAN- León; 2003.
- 41) Instituto Mexicano de seguridad social, calidad de atención en salud, tendencia, Encuesta de derecho habientes en consulta externa y a trabajadores, marzo 1990, OPS, CD. Resumen técnico.
- 42) Argüello D. Calidad de prestación de los servicios en el centro de salud Adolfo Largaespada. En el municipio de Río San Juan, año 2004. ( Tesis para optar al título de Doctor en medicina y cirugía ) León: UNAN- León; 2004.

# ANEXOS

## Instrumento # 1.

El objetivo de esta entrevista es saber acerca de la percepción que tiene usted como paciente acerca de la atención recibida por parte del personal que atiende el subprograma CPN en este municipio y específicamente en la unidad salud del MINSA que usted visita.

Puesto o centro de salud \_\_\_\_\_

Fecha (dd /mm /aa) \_\_\_\_\_ Encuestador (a) \_\_\_\_\_

Dirección:

---

### I. DATOS GENERALES:

1. Edad: \_\_\_\_\_

#### 2. ESCOLARIDAD

- a. analfabeta
- b. Primaria Incompleta
- c. Primaria Completa
- d. Secundaria Incompleta
- e. Secundaria Completa
- f. Técnico
- g. Universidad

3. OCUPACION: \_\_\_\_\_

#### 4. ESTADO CIVIL:

- a. Soltera
- b. Casada
- c. Unión libre
- d. Viuda

## II. ACCESIBILIDAD A LA UNIDAD DE SALUD:

5. ¿Cuanto tiempo tardo en llegar al centro de salud? \_\_\_\_\_

- a. De 0 a 15 minutos
- b. De 16 a 30 minutos
- c. De 31 a 60 minutos
- d. Más de 1 hora

6. Que medio de transporte uso para llegar al centro de salud.

- a. Caminando
- b. A caballo
- c. En bus
- d. En taxi
- e. En vehículo particular

## III. PERCEPCION DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN RECIBIDA:

7. Cuanto tiempo duro su consulta prenatal recibida?

- a. Menos de 10 minutos
- b. Entre 10 a 15 minutos
- c. Más de 15 minutos.

8. Durante el proceso de la consulta, el personal de salud que le atendió realizo las siguientes actividades.

Le explicaron los procedimientos a realizarse y por que.	SI--- NO---
La pesaron.	SI--- NO---
Le tomaron la presión arterial.	SI--- NO---
Le escucharon el corazón del niño.	SI--- NO---
Le midieron el abdomen.	SI--- NO---
Le mandaron exámenes de sangre y orina.	SI--- NO---
Le prescribieron medicamentos.	SI--- NO---
Le informaron sobre si su embarazo era de bajo riesgo o alto riesgos obstétrico.	SI---NO---

**9. Durante la consulta le dieron algunas recomendaciones, cuales...**

Tipo de alimentación.	SI--- NO---
Usar ropa holgada.	SI--- NO---
Higiene personal diario.	SI--- NO---
Lactancia Materna Exclusiva.	SI--- NO---
Planificación Familiar.	SI--- NO---
Importancia de asistir al CPN.	SI--- NO---
No levantar objetos pesados.	SI--- NO---
Dormir sobre su costado izquierdo.	SI--- NO---

**10. Durante la consulta le explicaron los signos de peligro por los cuales usted debe acudir rápidamente a la unidad de salud mas cercana, cuales...**

Fiebre.	SI--- NO---
Sangrado por sus partes intimas.	SI--- NO---
Dolor en el vientre.	SI--- NO---
Dolor de cabeza intenso.	SI--- NO---
Convulsión y/o ataque.	SI--- NO---
Se le rompio la fuente.	SI--- NO---
Vómitos frecuentes.	SI--- NO---
Disminución de movimientos fetales.	SI--- NO---

**11. Sintió privacidad durante la consulta.**

a. SI.

b. NO.

Si su respuesta fue no, por favor díganos, por que.

-

---

---

---

---

**12.** Durante la consulta, usted sintió que la persona que atendió su CPN fue amable.

---

---

---

---

**13.** Como considera la higiene de la clínica de CPN.

- a. Muy limpia.
- b. Limpia.
- c. Regular.
- d. Sucia.

**14.** Como considera la atención brindada por el personal de salud que la atendió en su CPN.

- a. Excelente.
- b. Muy bueno.
- c. Bueno.
- d. Regular.
- e. Malo.

**15.** Cuanto tiempo transcurrió desde que llegó a la unidad de salud hasta que recibió el medicamento farmacia.

- a. Menos de 30 minutos.
- b. De 30 minutos a 1 hora.
- c. De 1 a 2 horas.
- d. Más de 2 horas.

**16.** Se pudo sentar en la sala de espera.

- a. SI.
- b. NO.

Si su respuesta fue no, por favor díganos por que.

---

---

**17.** En la sala de espera, existía un servicio higiénico accesible.

- a. SI.
- b. NO.

**18.** Se sintió cómoda en la sala de espera.

- a. SI.
- b. NO.

Si su respuesta fue no, por favor díganos por que.

---

---

---

---

**19.** Recibió en farmacia el medicamento prescrito.

- a. SI.
- b. NO.

Si su respuesta fue no, por favor díganos por que.

---

---

---

---

**20.** Y por ultimo, que sugeriría para mejorar la atención prenatal en el centro de salud.

---

---

---

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION

## Instrumento # 2

Este instrumento está dividido en 2 partes: la primera para verificar el correcto llenado de la HCPB, en donde se señalan los diferentes parámetros a seguir en el llenado. La segunda parte es para verificar datos de complicaciones en los partos ocurridos desde Enero hasta Octubre 2006, y que están consignados en el expediente clínico.

P/s: \_\_\_\_\_

### 1. Datos generales.

Edad	a. Correcto.	b. Incorrecto.
Alfabeto.	a. Correcto.	B. Incorrecto.
Estúdios.	a. Correcto.	b. Incorrecto.
Estado civil.	a. Correcto.	b. Incorrecto.

### 2. Antecedentes.

Antecedentes patológicos familiares.	a. Correcto.	b. Incorrecto.
Antecedentes patológicos personales.	a. Correcto.	b. Incorrecto.

### 3. Antecedentes obstétricos.

Gesta.	a. Correcto.	b. Incorrecto.
Partos.	a. Correcto.	b. Incorrecto.
Aborto.	a. Correcto.	b. Incorrecto.
Vaginales.	a. Correcto.	b. Incorrecto.
Cesáreas.	a. Correcto.	b. Incorrecto.
Nacidos vivos.	a. Correcto.	b. Incorrecto.
Nacidos muertos.	a. Correcto.	b. Incorrecto.
Viven.	a. Correcto.	b. Incorrecto.
Muerto primera semana.	a. Correcto.	b. Incorrecto.
Muerto después de la primera semana.	a. correcto.	b. incorrecto.
Fin de embarazo anterior.	a. correcto.	b. incorrecto.
Recién nacido con mayor peso.	a. correcto.	b. incorrecto.

<b>3. embarazo actual.</b>		
Peso anterior.	a. correcto.	b. Incorrecto.
Talla.	a. Correcto.	b. Incorrecto.
Fecha de última menstruación.	a. Correcto.	b. Incorrecto.
Fecha probable de parto.	a. Correcto.	b. Incorrecto.
Dudas.	a. Correcto.	b. incorrecto.
Vacuna antitetánica.	a. Correcto.	b. Incorrecto.
Grupo sanguíneo y Rh.	a. Correcto.	b. incorrecto.
Hemoglobina.	a. Correcto.	b. incorrecto.
VDRL.	a. Correcto.	b. incorrecto.
Números de cigarrillos.	a. Correcto.	b. incorrecto.
Examen clínico.	a. Correcto.	b. incorrecto.
Examen de mamas.	a. Correcto.	b. incorrecto.
Examen odontológico.	a. Correcto.	b. incorrecto.
Examen de pelvis.	a. Correcto.	b. incorrecto.
PAP.	a. Correcto.	b. Incorrecto.
Cerviz.	a. Correcto.	b. Incorrecto.
Colposcopía.	a. Correcto.	b. Incorrecto.
Fecha de consulta.	a. Correcto.	b. Incorrecto.
Semanas de amenorreas.	a. Correcto.	b. Incorrecto.
Peso.	a. Correcto.	b. Incorrecto.
Tensión arterial.	a. Correcto.	b. Incorrecto.
Altura uterina / presentación.	a. Correcto.	b. Incorrecto.
Frecuencia cardiaca fetal.	a. Correcto.	b. Incorrecto.
Movimientos fetales.	a. Correcto.	b. Incorrecto.

Instrumento # 3.

Formato de verificación de partos ocurrido en el municipio de quezalguaque.

P/S: \_\_\_\_\_

1. ¿Que enfermedades presento durante el embarazo?

-----

2. ¿En que condición llego la embarazada a la unidad de salud?

1. Trabajo de parto.
2. Sin trabajo de parto.
3. Membranas rota.
4. Membranas integras.
5. Atermino.
6. Postermino.
7. Pretérmino.
8. Otros.

2. ¿Clasificación del embarazo?

- a. Bajo riesgo obstétrico.
- b. Alto riesgo obstétrico.

3. ¿Como termino el embarazo?

1. Parto Vaginal.
2. Parto cesárea.
3. Aborto.
4. Otros.

3. ¿Cual fue la causa o diagnostico de traslado?

---

4. ¿Dónde ocurrió el parto?

1. Centro de salud.
2. Puesto de salud.
3. Hospital.
4. Domiciliar.

5. ¿Que factores la llevaron a la causa de la complicación?

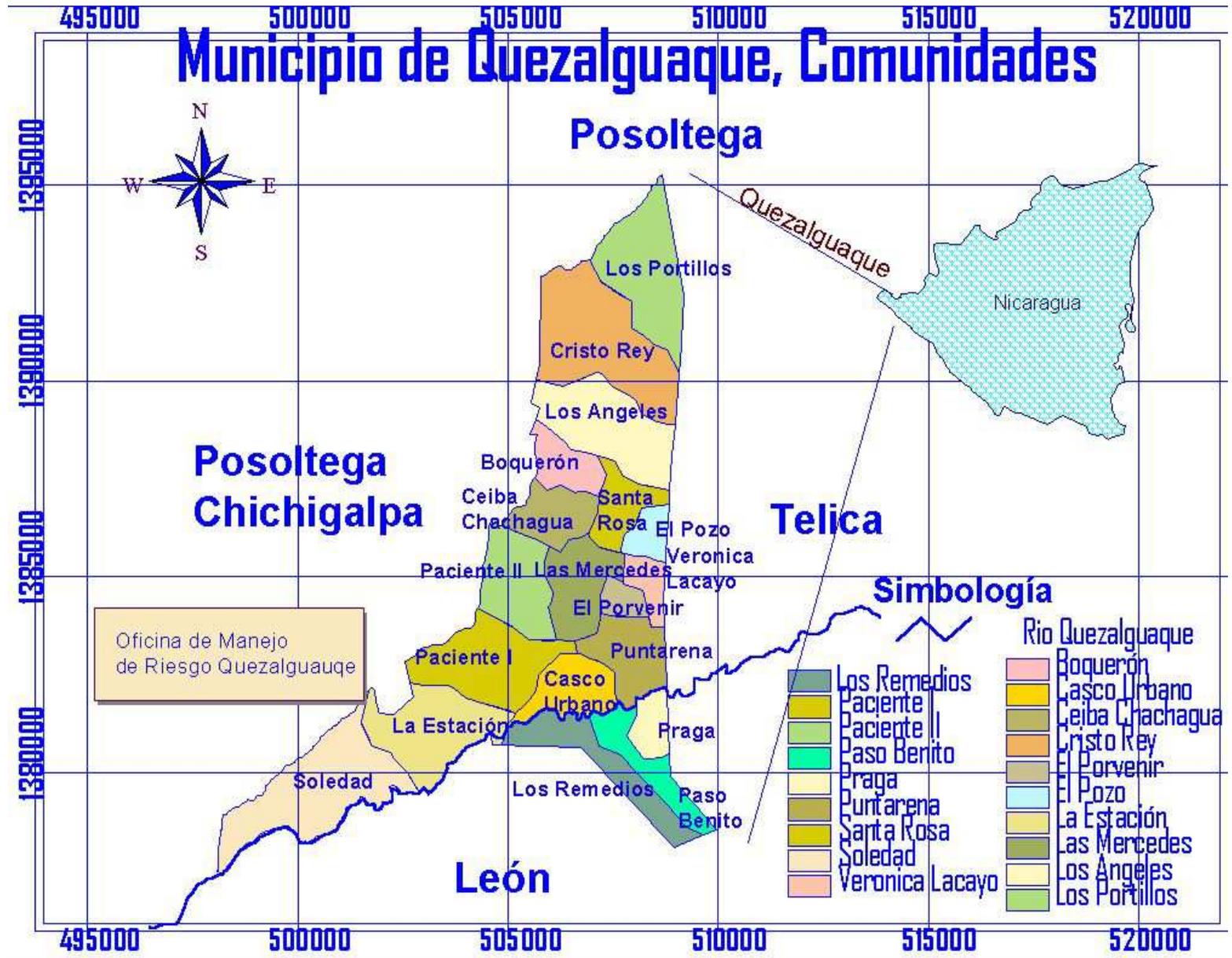
1. Enfermedad crónica
2. Enfermedad por el embarazo.
3. Tiempo de toma de decisión familiar.
4. Tiempo de traslado a la unidad de salud.
5. Tiempo de toma de decisión del personal de salud.
6. Tiempo de traslado de la unidad de salud al hospital.
7. No tuvo complicaciones.
8. Otros.

6. ¿Como fue el puerperio?

1. Normal
2. Patológico

7. ¿Si fue patológico escriba el diagnostico?

---



Fuente: Mapa Turístico de Nicaragua. - Geografía Dinámica de Nicaragua. Mapas INETER, Estadísticas del último censo poblacional realizado por el INEC. 2005

## **Glosario de abreviaturas:**

AFU:	Altura de fondo uterino.
CLAP:	Centro latino americano de perinatologia.
CPN:	Control peri natal.
EGO:	Examen general de orina.
FCF:	Frecuencia cardiaca fetal.
Hb:	Hemoglobina.
HCPB:	Historia clínica peri natal base.
LME:	Lactancia materna exclusiva.
MF:	Movimiento fetal.
MINSA:	Ministerio de salud.
OMS:	Organización mundial de salud.
OPS:	Organización panamericana de la salud.
PA:	Presión arterial.
PAP:	Papanicolau.
PF:	Planificación familiar.

Rh:	Factor resius.
RN:	Recién nacido.
SILAIS:	Sistema local de atención integral en salud
VDRL:	Venereal Research Disease Laboratory.