

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN – LEON
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA MEDICINA**



Tesis para optar el titulo de Dr. en Medicina y Cirugía

TITULO:

**Calidad del Programa Atención Integral a la Mujer Niñez y Adolescencia, en
el Puesto de Salud Santa Cruz, Estelí, 2007.**

Autora:

Bra. Tania Aracelly Portocarrero Rojas

Tutor:

**Dr. Arnoldo Toruño Toruño
Departamento de Salud Pública**

León, Julio del 2007.

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado cariñosamente a:

Mis queridos Padres:

Gerardo A. Portocarrero.

Lidia María Rojas Chévez

Mis apreciados Abuelitos:

Daysis C. Portocarrero Valencia

Pascual I. Rojas Chévez.

Petrona R. De Rojas.

A mi hermanita:

Jessica L. Portocarrero Rojas.

AGRADECIMIENTO

Primero a Dios:

Por haberme dado paciencia y fortaleza para culminar un peldaño mas en mi vida.

Segundo:

A mi tutor por su tiempo y paciencia:

Dr. Arnorldo Toruño Toruño.

Tercero:

A mis queridos Tíos en especial:

María de los Angeles Rojas Chévez.

Mario J. Rojas Chévez.

Pedro J. Rojas Chévez.

Por haberme brindado su apoyo incondicional a lo largo del estudio.

Cuarto:

A todas aquellas personas y amigos que me brindaron su apoyo incondicional al proporcionarme los datos necesarios para la realización del estudio.

RESUMEN

Con el interés en contribuir a mejorar la calidad del Programa de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia en la comunidad de Santa Cruz, en Estelí, se realizó un estudio para evaluar la misma, lo cual es acorde con el compromiso del MINSA por el mejoramiento continuo de la misma.

Consistió en una evaluación de servicios de salud, usando diferentes métodos y técnicas: encuesta a mujeres en edad fértil, con un tamaño de muestra de 242 mujeres y 155 niños menores de 5 años, para medir cobertura del programa; entrevistas a profundidad a las dos enfermeras del puesto; entrevistas de salida a 30 mujeres, para establecer su grado de satisfacción con la atención recibida; observación, para examinar la infraestructura y recursos materiales disponibles, y revisión documental, para analizar el cumplimiento de las normas del programa y las estadísticas de mortalidad materna e infantil.

Se encontró que se dispone de una infraestructura relativamente moderna, pero que se va quedando pequeña. Falta algún instrumental básico. Tanto el personal como la población consideran que debiera disponerse de más recursos humanos. Hay una insuficiente incorporación al trabajo de los brigadistas de salud. Las coberturas observadas son bastante buenas. Había un buen cumplimiento de los estándares de calidad en los diferentes componentes del programa, incluyendo las relativas a las emergencias obstétricas. La mayoría de las usuarias valoraron bien la atención recibida, y estaban conformes con el tiempo de espera y con la limpieza del puesto. Las bajas tasas de mortalidad infantil observadas en parte se consideran expresión de un subregistro de las mismas. Hubo una muerte materna.

Palabras claves: evaluación, calidad, programa de atención integral a la mujer, niñez y adolescencia, Estelí.

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
OBJETIVOS	4
MARCO TEORICO	5
MATERIAL Y METODO	41
RESULTADOS	47
DISCUSION	60
CONCLUSIONES	64
REOMENDACIONES	65
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	66
ANEXOS	69

INTRODUCCIÓN

La Política Nacional de Salud (2004 – 2015) establece como estrategia la implementación del sistema de aseguramiento de la calidad de los servicios de salud. El desarrollo de la cultura de calidad en las instituciones de salud es una prioridad para el Ministerio de Salud como parte de la Modernización del sector salud y del Fortalecimiento institucional. ⁽⁸⁾

Desde el año 2000, se vienen desarrollando intervenciones orientadas a mejorar la calidad en las áreas del Ministerio de Salud como una actividad continua para poder enfrentar la escasez de recursos y provocar cambios en los estilos gerenciales y las actitudes del personal de salud. ⁽⁸⁾

El proceso de la implementación del modelo “Cultura de Calidad” se inició en las unidades del primer nivel de atención. En cuatro años, más de 70 unidades de los distintos SILAIS del país han implementado el proceso con resultados tangibles.

Los logros en el primer nivel de atención y del imperativo de mejorar los servicios en las sedes de los SILAIS, surge la necesidad de llevar el proceso al nivel administrativo. De manera que el proceso de Cultura de Calidad sea desarrollado en las unidades asistenciales y en las sedes administrativas. ⁽⁸⁾

En el marco de las grandes transformaciones en 1994, se profundiza la reorganización del Ministerio de Salud y se realiza una revisión de los mecanismos y procedimientos dándose inicio a un nuevo modelo de atención con el fin de alcanzar progresivamente la integralidad en la prestación de los servicios a la mujer y la niñez. ⁽⁶⁾

En 1995 se creó el manual Operativo de Atención Integral Mujer y niñez para orientar el proceso de reorganización de los servicios y restablecer las normas científicas técnicas para la prestación de una atención Integral a la mujer y niñez.



En este contexto se transforma la visión Materno–Infantil y la atención se extiende más allá del binomio madre – niño. Como parte del nuevo modelo se incorpora el enfoque de género en la atención a la mujer y a la adolescencia y se promueve la autoestima y autocuidado. También se incorpora la violencia intrafamiliar como un problema de salud pública⁽⁶⁾

En 1998 el Ministerio de Salud dicta la resolución 19–98 que aprueba la creación del Programa Atención Integral a la Adolescencia, donde reconoce que los adolescentes son personas con sus propias necesidades y derechos, y que, por tanto, merecen oportunidades para lograr su desarrollo pleno.⁽¹²⁾

Desde el año 2001 se han venido implementando el proceso de Gerencia de Calidad en las unidades de salud del primer nivel. Los SILAIS han acompañado a las unidades de salud en este proceso, sin embargo han expresado la necesidad de desarrollar este mismo proceso de mejoramiento de la Calidad en la propia sede del SILAIS.⁽⁸⁾

Tomando en cuenta que no existe en este municipio antecedente alguno que valore la calidad del programa Atención Integral a la Mujer Niñez y Adolescencia de acuerdo con las metas propuestas por el Ministerio de Salud decidí abordar este tema para conocer la situación actual de dicho programa en la unidad de salud en estudio, que es donde realizo mi servicio social, así como las acciones emprendidas por las autoridades de salud con el fin de identificar aspectos que deben ser modificados para garantizar una calidad adecuada del programa, acorde con el compromiso del MINSA.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la calidad del Programa Atención Integral a la Mujer Niñez y Adolescencia en el Puesto de salud Santa Cruz, en el Departamento de Estelí, y qué factores afectan esta calidad?



OBJETIVOS

General:

Evaluar la calidad del programa Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia en el puesto de salud de Santa Cruz, en Estelí.

Específicos:

- 1.- Valorar los recursos con que cuenta el programa.
- 2.- Conocer el grado de cumplimiento de los estándares de calidad del programa.
- 3.- Evaluar la cobertura del programa AIMNA.
- 4.- Determinar el grado de satisfacción que tienen las usuarias externas en relación al programa.
- 5.- Analizar la mortalidad materna e infantil en la comunidad de Santa Cruz.



MARCO TEORICO

El concepto de calidad es un término que se origina de la gerencia empresarial donde los productos son tangibles, es decir que se pueden medir o tocar.

En el caso de las instituciones de salud su producto son servicios, que tienen la característica de ser intangibles.

En las instituciones se pueden identificar dos tipos de calidad:

Es la aplicación de la ciencia y tecnología médica de forma que maximice los beneficios para la salud sin aumentar de forma proporcional los riesgos. Es la atención mediante la cual se espera poder proporcionar al usuario externo el máximo y más completo bienestar, logrando un equilibrio más favorable de riesgo y beneficio.⁽⁸⁾

Es la satisfacción razonable de las necesidades de los usuarios externos después de utilizar los servicios de la institución.

Entonces, calidad es el cumplimiento de las normas técnicas y la satisfacción de las necesidades sentidas de los usuarios. Relaciona la entrega amable y respetuosa de los servicios con un contenido técnico óptimo.

Calidad de las instituciones de salud es la satisfacción razonable de las necesidades de los usuarios con soluciones técnicamente óptimas.⁽⁸⁾

Se monitorea y evalúa la calidad elaborando estándares e indicadores para evaluar los cambios originados en: Cantidad, calidad y adquisición de recursos, ejecución de las acciones y calidad de lo logrado.



Calidad de Atención:

Las evaluaciones se usan para revisar y mejorar la calidad de los planes de atención médica, los médicos, hospitales y otros.

Para promover la calidad de atención, en 1991, la Federación Internacional de Planificación (IPPF), desarrolló la carta de derecho del cliente la cual define la calidad de atención desde la perspectiva del cliente, incluyendo los derechos a la información, el acceso a servicios y la opinión. Esta carta fue mas tarde completada por la carta de necesidades de proveedores de servicios, la cual afirma que para satisfacer los derechos del cliente, los proveedores de servicios necesitan capacitaciones, información, infraestructura y suministros adecuados, liderazgo, apoyo, respeto, motivación, retro alimentación, sobre su trabajo y oportunidades para expresión propia.⁽⁴⁾

Absolutista: es aquella que implica menos condiciones. No obstante, esta condicionada por la naturaleza del problema de salud que debe manejarse y por el estado de la ciencia, la tecnología y el arte de la medicina y sus disciplinas afines.

Individualizada: el juicio sobre la calidad toma en cuenta los deseos y expectativas, valoraciones y medios del paciente, podemos hablar de una definición individualizada, pero las cantidades pueden ser diferentes.

Social de calidad: los factores que producen la definición son las mismas que las que se emplean para obtener la definición individualizada, pero las cantidades pueden ser diferentes.⁽⁴⁾

Valoración de la calidad y Evaluación de programas

La evaluación de programas y la valoración de la calidad se relacionan en sustancia solo cuando el programa provee servicios personales de salud en cuyo caso es importante considerar si el programa tiene a la vez otras funciones.



Si el programa proporciona también educación profesional e investigaciones sobre salud, o servicios de salud ambiental, es obvio que la valoración, de la calidad concierne tan solo a unas de estas funciones y que la evaluación del programa debe abarcar un campo mucho mas amplio.

La valoración de la calidad, bajo circunstancias, mide el éxito del programa sólo en una de sus funciones la prestación de servicios personales de salud.

Los programas son llevados a cabo por organizaciones y la valoración de la ejecución organizacional que debe tomar en cuenta actividades relacionadas con la supervivencia y crecimiento de clientes y empleados, mantenimiento de la capacitación y el apoyo de la comunidad, cultivo de relaciones con distintas agencias y otras adaptaciones al ambiente de la organización. La evaluación del programa debe tomar también en cuenta el desempeño de las sub unidades de la organización y de su personal cuya función es alimentar, sostener y facilitar y potenciar las actividades y del personal que proporciona cuidado directo de salud a los clientes.⁽²⁾

Diferencias entre evaluación y valoración de la calidad

La evaluación del programa parece ser más extenso y más completa que la valoración de la calidad. Esto no sería cierto, sin embargo tratándose de un programa que solo proporciona una pequeña parte de lo que generalmente se incluye en los servicios personales de salud.

Similitudes: obviamente la valoración de la calidad es parte de la evaluación de programas algunas veces su parte más importante las consideraciones que entran en la valoración de la calidad al nivel de la interacción paciente médico se vuelven muy semejantes a las que se toman en cuenta a nivel del programa si se confiere al médico la responsabilidad del manejo óptimo de toda su carga de casos de una



población específica. Es más cuando la valoración de la calidad a nivel individual revela deficiencias en el desempeño, la investigación de los motivos de estas deficiencias a menudo nos llevará de un sector a otro de la organización implicando muchos elementos de la evaluación de programas. ⁽²⁾

Accesibilidad, Continuidad y Coordinación

Accesibilidad: se puede decir que la atención es accesible cuando es fácil de iniciarse y mantenerse, por supuesto, la accesibilidad depende de las propiedades de los proveedores ya sean instituciones o individuos, que lo hacen más o menos fácil de alcanzar y de usar. Pero también depende de la habilidad de los clientes potenciales para vencer los obstáculos financieros, espaciales, sociales y psicológicos que se interponen entre ellas y la recepción de la atención. Por lo tanto la accesibilidad implica una adaptación entre los proveedores y los clientes que facilitan su unión y esto a su vez influye sobre la calidad de la atención.

La accesibilidad y la calidad están estrechamente relacionadas, pero esto no quiere decir que sean la misma cosa. La accesibilidad de la atención es como la facilidad con la que se inicia y se mantiene y la calidad del cuidado como la capacidad esperada de lograr el más alto beneficio neto posible de acuerdo con las valoraciones de los individuos y la sociedad.

Coordinación: puede verse como el proceso mediante el cual los elementos y relaciones de la atención médica, durante cualquier secuencia de atención se acoplan entre sí dentro de un propósito general.

Continuidad: significa falta de interrupción de la atención necesaria y mantenimiento de la relación entre las secuencias sucesivas de la atención médica. Un rango fundamental de la continuidad es la preservación de la información acerca de los hallazgos, las evaluaciones y las decisiones pasadas y el empleo de estos datos



para el manejo presente de una manera que indique estabilidad de los objetivos y métodos del tratamiento o su evolución ordenada y razonable.

La coordinación implica el compartir dicha información entre un número de proveedores para lograr un esquema coherente de tratamiento.

Se considera que la continuidad y la coordinación son mejores si la responsabilidad esta centralizada, como tanto sea posible, en las manos de un profesional.

La accesibilidad, la continuidad y la coordinación son atributos de la atención que influyen sobre la calidad pero permanecen separadas de ellas.⁽²⁾

Los pacientes y la definición de la calidad

Los pacientes también contribuyen a la definición de la calidad, como lo muestra el modelo unificado al determinar el valor que debe darse a los beneficios y riesgos esperados para la salud.

Los pacientes individual y colectivamente son los definidores primarios de lo que significa la calidad, tomando en cuenta todas estas consideraciones, la satisfacción del paciente a menudo se ve como un componente importante de la calidad de atención.

En un sentido, la satisfacción o insatisfacción del paciente corresponde a la curación de una herida o la compostura que es una consecuencia más bien que un atributo, de la atención. Como tal, la satisfacción puede considerarse como un elemento de la salud psicológica, lo que hace que el logro de la máxima satisfacción alcanzable sea un objetivo de la atención.

La satisfacción del paciente además del es de fundamental importancia como una medida de la calidad de la atención, porque proporciona información sobre el éxito



del proveedor en alcanzar los valores y expectativas del paciente en la medición de la satisfacción es por lo tanto, un instrumento valioso para la investigación, administración y planeación. La valoración informal de la satisfacción tiene un papel aún mas importante en el curso de cada interacción médico paciente ya que el profesional puede usarla continuamente para monitorear y guiar dicha interacción, y al final hacer juicio que tan acertada ha sido. ^(2,11)

Enfoques básicos para la evaluación

Estructura, proceso y resultado

En épocas más modernas ilustrados por el progreso científico y social, Lee Jones han sintetizado esta tradición en las siguientes definiciones ahora clásicas:

- 1.- La buena atención médica se limita a la práctica de una medicina racional basada en las ciencias médicas.
- 2.- La buena atención médica enfatiza la prevención.
- 3.- La buena atención médica requiere la cooperación inteligente entre el público lego y los profesionales de la medicina.
- 4.- La buena atención médica trata al individuo como un todo.
- 5.- La buena atención médica coordina todos los tipos de servicios médicos.

Evaluar la calidad de la atención en salud permite centrar esfuerzos en los eslabones más débiles de la cadena. El proceso de análisis de la calidad de atención de la salud, es posible realizarlo desde el punto de vista metodológico, a partir de diferentes tipos de enfoques.

Estructura: en el concepto se incluyen tanto los recursos humanos, físicos y financieros como la organización (distribución del trabajo entre los miembros de un equipo, tipo de sistema de registro que se utiliza) comprende las características relativamente estables de los proveedores y usuarios de la atención. Sin embargo es del consenso general que el enfoque estructural tiene poca validez y la evaluación



aislada de la estructura elevado, tenga una relación demostrada (mas o menos) con el resultado.

Proceso: incluye las actividades que han sido realizadas para conseguir los objetivos del programa, como se han realizado estas actividades, es decir, al evaluar el proceso se enfatiza en los procedimientos utilizados para prestar atención a los pacientes. Constituye la parte más invariable de la asistencia sanitaria.

El control de calidad: se puede definir como el conjunto de esfuerzos de los miembros de una empresa para mantener y superar los estándares de calidad, prestando el servicio adecuado a satisfacción completa del consumidor.

El control de calidad involucra dos aspectos:

- 1.- Se relaciona con las cualidades propias de un producto o servicio y su apego a los estándares predefinidos.
- 2.- Tiene que ver con la capacidad del producto o servicio para satisfacer las necesidades y expectativas del cliente.

Se distinguen dos tipos de calidad:

Absoluta: refiere a la concordancia entre el diseño y el producto final.

Relativa: es la capacidad del producto para satisfacer la necesidad por la que fue creada.

Resultado: el análisis de los resultados refleja las contribuciones de todos los profesionales en la atención de los pacientes.

Pueden ser expresados en términos de recuperación de las funciones, satisfacción Del usuario o de supervivencia. De tal forma que los resultados proporcionan una medición integrativa de la calidad de atención. La relación del paciente con el profesional, los logros en el nivel de salud del paciente como la propia satisfacción



del usuario ante la atención recibida, la calidad esta determinada por la satisfacción del usuario. ^(2,11)

Durante doce años, el Ministerio de Salud ha venido impulsando un amplio proceso de deflexión y ajustes en sus políticas y estrategias, principalmente las relacionadas con la organización de los servicios de salud y la priorización en la atención de los grupos poblacionales mas desprotegidos de nicaragua.

A partir de 1979 los esfuerzos estuvieron orientados a la creación del sistema único de salud. Este absorbió la atención médica y curativa de toda la población. A lo largo de la década de los ochenta la atención en salud enfatizo la Prevención primaria a la población en general y promovió la participación comunal organizada. En este periodo se dio especial atención a la niñez a través de campañas masivas de vacunación, las cuales contaron con la participación de brigadas populares de salud.

En 1990 se inicia el proceso de transformaciones del sistema de salud sobre la base del programa de ajuste estructural impulsado por el estado, que entre otras cosas, orientó la reducción del gasto público en los sectores de salud, educación, vivienda y empleo.

En 1991 se elabora el plan maestro de salud 1991-1996 y como estrategia organizativa se reestructura el sistema de salud a través de la creación de los SILAIS (Sistemas locales de atención integral a la salud), dándose así la descentralización e integración de las acciones. ⁽⁶⁾

Dentro de las acciones emprendidas se introduce e implementa un nuevo modelo de Atención Integral a la Mujer y la Niñez, con una estrategia de trabajo basada en la priorización de la atención de los grupos poblacionales más desprotegidos del país.



Como resultado el Ministerio de Salud definió como objetivo fundamental dirigir sus esfuerzos a garantizar la atención integral a la mujer niñez y adolescencia y así permitir:

- ❖ Transformar la visión materno-infantil en la atención a la mujer niñez y adolescencia en un enfoque de género.
- ❖ Incorporar como un problema de salud pública el tema violencia intrafamiliar en la atención integral a la mujer, niñez y adolescencia.
- ❖ Promover la prevención y control de las diferentes formas de malnutrición con énfasis en la mujer y la niñez a través de condiciones integradas a nivel intra e intersectorial.
- ❖ Incrementar la atención del parto de alto riesgo en las unidades de salud.
- ❖ Fortalecer la atención en el parto domiciliario.
- ❖ Promover la captación y prevención del embarazo precoz en la adolescencia.
- ❖ Fortalecer las acciones de planificación familiar y educación sexual acompañadas de consejería orientadora.

La atención integral deberá ser abordada desde varias perspectivas:

- ❖ Atención a las personas.
- ❖ Atención en el territorio
- ❖ Integralidad de los programas
- ❖ Acciones intersectoriales
- ❖ Participación de la comunidad
- ❖ Gestión institucional del MINSA

Atención a las personas:

Contempla a la persona como ser biopsicosocial perteneciente a una familia y comunidad, por tanto la atención integral a la salud de las personas son todas las acciones realizadas por el estado y sociedad civil de manera concertada negociada garantizando que las personas, familias y grupos poblacionales permanezcan sanos



y en caso de enfermar recuperen rápidamente su salud evitándoles en lo posible la ocurrencia de discapacidad o muerte.⁽⁶⁾

Atención en el territorio:

Se refiere a la integración de las diferentes unidades de salud con la finalidad de garantizar una atención continua a las usuarias por medio de una red con organización y tecnología apropiada jerarquizada para prestar atención relacionada a los problemas, de acuerdo a la complejidad médica y tecnología del problema y su tratamiento.

Integralidad de los programas:

Significa asegurar que distintos servicios lleguen al mismo tiempo y se organicen en los territorios donde los niños y mujeres corran más riesgo para lograr lo que se conoce como convergencia de programas.

Acciones intersectoriales:

Comprende promover acciones encaminadas a mejorar la calidad de vida mediante actividades de coordinación intra e intersectorial, tendientes a incrementar el acceso al agua potable, disposición de excretas, vivienda, trabajo, priorizando las comunidades urbano marginales y rurales.

Participación de la comunidad:

Promueve la participación comunitaria como un medio y un fin para el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, lo cual implica que deben superarse los esquemas de participación basados en la simple colaboración de la comunidad en las fases institucionales.

Gestión institucional del MINSA:

El SILAIS, con la participación de todo el personal de salud de los municipios y comunidad debe organizar sus servicios en función de las necesidades de la población según los principales problemas de salud y los recursos con que cuenta,



desarrollando acciones integrales de atención orientadas a la promoción, prevención, curación, rehabilitación y satisfacción de usuarias y usuarios. ⁽⁶⁾

ATENCION INTEGRAL A LA MUJER

Es dirigir las acciones desde la perspectiva de reconocerla como un ser integral, imponiéndole el abordaje de su problemática con un enfoque de género y no solo reproductivo con visión materna, que persiga la reducción, neutralización o eliminación de los factores (persistentes o potenciales) que incrementan el riesgo de enfermar y morir. ⁽⁶⁾

El programa Atención integral de la mujer tiene los siguientes componentes:

- ❖ Atención del Control prenatal.
- ❖ Atención al Parto.
- ❖ Atención del Control del puerperio.
- ❖ Atención de Planificación familiar.
- ❖ Atención de la Detección oportuna del Cáncer cervicouterino.
- ❖ Atención y Prevención de la violencia intrafamiliar.
- ❖ Atención ginecológica.
- ❖ Atención a trastornos de la menopausia.
- ❖ Consejería y educación sobre sexualidad y salud reproductiva.

ATENCIÓN DEL CONTROL PRENATAL

Se entiende por control prenatal (vigilancia prenatal. Asistencia prenatal, cuidado prenatal, acompañamiento prenatal, consulta prenatal) a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza. ⁽¹⁴⁾



Con el control prenatal se persigue:

- La detección de enfermedades maternas subclínicas
- La prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo
- La vigilancia del crecimiento y la vitalidad fetal
- La disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo
- La preparación psicofísica para el nacimiento
- La administración del contenido educativo para la salud, la familia y la crianza.

Un control prenatal eficiente debe cumplir con cuatro requisitos básicos:

- Precoz
- Periódico
- Completo
- De amplia cobertura.

Precoz: tratando que sea en el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control.

Periódico: la frecuencia de los controles prenatales varía según el riesgo que presenta la embarazada. Las de bajo riesgo requieren un número menor de controles que las de alto riesgo.

Completo: los contenidos mínimos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Amplia cobertura: sólo en la medida que el porcentaje de población controlada sea alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas) se podrán disminuir las tasas de morbilidad materna y peri natal.



BARRERAS PARA UNA ATENCION PRENATAL EFECTIVA

- a. **Su costo:** aranceles a la usuaria, gastos de transporte, pérdidas de horas laborales, etc.
- b. Inadecuada **capacidad del equipo de salud** (calidad y accesibilidad)
- c. Problemas en la **organización** para brindar la atención prenatal.
- d. Barreras de orden **cultural y religioso**.
- e. Inaccesibilidad **geográfica**.
- f. Falta de confianza en las bondades del Sistema de Salud y la necesidad de la atención Prenatal.
- g. Falta de promoción en las comunidades.
- h. Sobrecarga de trabajo doméstico que impide a las mujeres acudir a sus controles prenatales. ⁽¹⁸⁾

CAPTACIÓN Y PRIMERA CONSULTA PRENATAL

◆ Anamnesis:

Datos de identificación

Datos obstétricos anteriores:

- Fecha de la última menstruación.
- Gesta, para, cesárea, aborto, legrado.
- Fecha de último parto o aborto.
- Antecedentes de óbito.
- Muerte neonatal.
- Peso menor de 2500 gramos.
- Macrosomía mayor de 4000 gramos.
- Defectos congénitos.
- Embarazos prolongados, más de 42 semanas o múltiples.
- Antecedentes patológicos personales.



- Antecedentes patológicos familiares.
- Peso anterior.
- Grupo y Rh .
- Hemorragia o secreción vaginal.
- Papanicolaou anterior.
- Inmunizaciones.
- Síntomas actuales.
- Acepta el embarazo.
- Si ha tenido problemas para el amamantamiento.

Lávese las manos antes de tocar a cada embarazada.

- Llene su HCPB y carnet prenatal.
- Valoración nutricional.

Examen físico completo (céfalo caudal)

- Peso.
- Talla.
- Temperatura.
- Presión arterial.
- Mamas.
- Pelvis.
- Obstétrico.
- Altura de fondo uterino.
- Frecuencia cardíaca fetal.
- Presentación en el tercer trimestre.
- Situación en el tercer trimestre.
- Enviar exámenes.
- BHC.
- EGO.
- VDRL.
- Tipo y Rh.



- Papanicolaou,
- Exudado de secreciones vaginales.
- Cálculo de semanas de gestación.
- Cálculo de fecha probable de parto.
- Examen odontológico.
- Vacunar con toxoide tetánico.
- Suplementación con sulfato ferroso y ácido fólico.
- Consejería para planificación familiar.
- Promoción de la lactancia materna.

SEGUNDA CONSULTA PRENATAL: SEMANA DE GESTACIÓN 20 a 24

♦Pregunte:

Síntomas del embarazo actual:

- Náuseas.
- Vómitos.
- Sangrado.
- Secreción vaginal.
- Tipo de alimentación
- Análisis de laboratorio.
- Movimientos fetales.
- Inmunizaciones.
- Otros datos.

TERCERA CONSULTA PRENATAL: SEMANA DE GESTACIÓN 28 A 32

♦Pregunte

Síntomas del embarazo actual:

- Cefalea.
- Edemas.
- Sangrado transvaginal.
- Secreciones vaginales.



- Tipo de alimentación.
- Movimientos fetales.
- Inmunizaciones.
- Otros datos.

CUARTA CONSULTA PRENATAL: SEMANA DE GESTACIÓN 36 A 38

◆Pregunte:

Evolución del embarazo

Síntomas que se pueden presentar:

- Edema.
- Hemorragia vaginal.
- Secreción vaginal.
- Ruptura prematura de membrana.
- Movimientos fetales.
- Inmunizaciones.
- Tipo de alimentación.
- Otros datos.

REFERIR PARA EL PARTO

Resalte sobre:

- Preparación para el parto.
- Síntomas de inicio del parto.
- Importancia del parto hospitalario.
- Importancia del control puerperal.
- Importancia de la consulta temprana del recién nacido a la semana en su centro de salud.
- Importancia del registro del recién nacido.
- Orientar sobre el método de planificación familiar después del parto.
- Orientar sobre la alimentación de la gestante.
- La lactancia materna exclusiva.⁽¹⁸⁾



ATENCIÓN AL PARTO DE BAJO RIESGO

Asistencia durante el ingreso

- Diagnosticar el Trabajo de parto
- Identificar apropiadamente el grado de riesgo

Actividades propuestas:

- Consulta en recepción
- Lectura e interpretación de la HCPB y del CP.
- Anamnesis
- Ex. Clínico general
- Ex. Obstétrico.

Asistencia durante el período dilatante

- Controlar bienestar materno y fetal
- Detectar y evaluar desviaciones de los límite fisiológico (progreso del parto)
- Evaluar el riesgo y referir a nivel apropiado, según condiciones específicas
- Aplicar maniobras correctivas, si es procedente ⁽¹⁸⁾

Asistencia durante el período expulsivo:

- Detectar y evaluar desviaciones de los límites fisiológicos del período expulsivo.
- Prevenir traumatismo obstétrico.
- Prevenir hipoxia fetal.

Asistencia del alumbramiento y post alumbramiento:

- Detectar y evaluar desviaciones de los límites fisiológicos del alumbramiento y post alumbramiento.



ATENCIÓN A LA PUERPERA

◆Pregunte:

- Sobre el estado de salud posterior al parto y del recién nacido@.
- Si da el pecho.
- Si trae el carnet único del niño@.
- Signos y síntomas de alarma:
 - Fiebre, mareos, sangrado vaginal aumentado o fétido.
 - Dolor o áreas rojas en mamas
 - Dolor perineal
 - Dolor en miembros inferiores
 - Disuria
 - Angustia, ansiedad y depresión
 - Aplicación de DIU pos parto y/o interés de planificar los embarazos
 - Educación en salud puerperal
 - Cuidados del recién nacido
 - Métodos de Planificación Familiar
 - Si tiene problemas para el amamantamiento.⁽¹⁴⁾

Revise tarjeta perinatal

- Complete datos en HCPB
- Revisar vacuna TT

Examen físico céfalo caudal

- Estado general
- Peso, temperatura, presión arterial
- Mamas y pezones
- Obstétrico
- Revisar genitales externos con énfasis en la episiorrafia, descartar laceraciones o desgarros.



- Valorar involución uterina
- Examen de miembros inferiores (edemas, várices)
- Revisar hilos de DIU y la condición del mismo
- Recomendar un método de anticoncepción y la forma de usarlo según su libre escogencia⁽¹⁴⁾

Orientar sobre:

- Higiene personal y alimentación
- Suplementación con sulfato ferroso y ácido fólico
- Suplementación con vitamina “A”
- Consejería en lactancia materna
- Anticoncepción pos parto
- Prevención del cáncer cervicouterino y de mama.
- Ingreso al recién nacido en atención integral a la Niñez.

CLASIFICACION DEL PUERPERIO:

Inmediato: primeras 24 horas.

Propiamente dicho: primeros 10 días.

Alejado: 11vo – 45 días finaliza con el retorno de la menstruación.

Tardío: desde 45 – 60 días. ⁽¹⁸⁾

ATENCIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La planificación familiar permite procrear a los hijos en el momento más favorable para la condición de la familia, con el espaciamiento necesario y el número adecuado en relación a las posibilidades de los padres y las necesidades de los hijos ya nacidos. Por lo tanto los hijos de familias planificadas no sólo tienen más probabilidades de sobrevivir sino que también es más posible que gocen de una niñez saludable y feliz, pueden asistir a la escuela y crecer en un ambiente que les proporcione mejores perspectivas para su vida futura.



Habilidades que debe tener la persona que brinda consejería en planificación familiar

La buena consejería en planificación familiar no es difícil de impartir, pero se requiere preparación. La persona consejera podrá ofrecer orientación y ser eficaz en su trabajo solamente si cree en la planificación familiar y si desarrolla una serie de habilidades. ⁽¹⁵⁾

PAPEL DE LA PERSONA QUE BRINDA CONSEJERIA

Proporcionar información:

- Correcta y actualizada: utilizar rota folios.
- Clara: utilizar palabras y frases cortas de fácil comprensión.
- Orientación: útil, objetiva y libre de tabúes.
- Precisa: informar lo que realmente necesita la persona usuaria y no dar todos los conocimientos que se posean.
- Mostrar distintos métodos anticonceptivos y permitir que la persona usuaria los examine y manipule. ⁽¹⁵⁾

CONOCIMIENTOS QUE DEBE POSEER LA PERSONA QUE BRINDA CONSEJERIA

La persona que brinda consejería debe tener conocimientos amplios, exactos y actualizados sobre algunos temas fundamentales. ⁽¹⁵⁾

Aparato reproductor masculino y femenino:

- Anatomía
- Fisiología
- Ciclo menstrual, período fértil.



Métodos anticonceptivos:

- Diferentes métodos de planificación familiar reversibles y definitivos.
- Mecanismos de acción
- Efectividad
- Ventajas y desventajas.
- Efectos secundarios
- Contraindicaciones para su uso.
- Beneficios.

Sexualidad humana: sentimientos, valores, actitudes y creencias en relación a la sexualidad humana.

Además quien brinda la consejería debe estar convencido de que la planificación familiar es un derecho básico de toda persona.

Orientación en planificación familiar comprenden seis pasos:**1. Atender a la persona usuaria:**

- Tan pronto como salude a la persona usuaria préstele toda su atención.
- Sea cortés, saludela, preséntese y ofrézcale asiento.
- Pregúntele en que le puede ayudar
- Aclárele que usted no contara a nadie lo que le diga.
- Explíqueme en que consiste la visita, describa los exámenes físicos y análisis clínicos, si corresponde.
- Imparta la orientación en donde nadie más pueda escucharlos.

2. Conversar con la persona usuaria: converse sobre sus necesidades, deseos o cualquier duda o preocupación que tenga. Complete la tarjeta activa de planificación familiar anotando:

- Datos personales: nombre, dirección, edad, antecedentes obstétricos, fecha de último embarazo.



- Desea tener más hijos: si – no.
 - Antecedentes médicos (enfermedades crónicas).
3. Comunicar a la persona usuaria cuales son los métodos anticonceptivos:
- Dígale a la nueva persona usuaria los métodos que dispone el MINSA.
 - Pregúntele cuál es el método que le interesa.
 - Pregúntele qué sabe sobre los métodos que le interesan.
 - Describa brevemente todos los métodos que desee conocer.
 - Háblele sobre: su descripción y efecto, ventajas y beneficios, inconvenientes y posibles efectos secundarios.
4. Elección de un método apropiado para la persona usuaria.
- Para ayudar a la persona usuaria a decidir, pregúntele sobre sus planes y la situación económica familiar.
 - Pregúntele ¿qué desea su cónyuge? ¿que método desearía usar cada uno de ellos?.
 - Pregúntele si hay algo que no comprendió. Repita la información de ser necesario.
 - Cuando un método no es seguro, no se adapta a sus necesidades o le es contraindicado por razones de salud, dígaselo y explíqueselo con claridad.
 - Indague si la persona usuaria ha tomado una decisión firme.
 - Pregúntele específicamente: ¿qué método ha decidido usar?
5. Describir cómo se usa el método.
- Después que la persona usuaria ha elegido un método:
- Proporciónale el método.
 - Si no se le puede proporcionar en seguida, dígale cómo, cuándo y dónde se le proporcionará.
 - Si la persona usuaria debe de esperar un tiempo para utilizar un método (por Ej.: MINILAP o vasectomía), ofrézcale otro método seguro mientras tanto.



6. Visita de seguimiento

En la visita de seguimiento:

- Pregúntele a la persona usuaria si todavía está usando el método.
- Pregúntele si ha surgido algún problema.
- Pregúntele se ha observado algún efecto secundario y pídale que los mencione uno por uno.
- Si presenta muchos efectos secundarios o éstos son graves, refiérala para que reciba tratamiento.
- Compruebe que está usando correctamente el método elegido.
- Si la persona usuaria desea tener un embarazo, ayúdela a dejar el método; referir, si hace falta para que pueda interrumpir el método.
- Si se trata de una usuaria mujer explíquele que la atención prenatal es importante.
- Dígale a donde ir para recibir atención prenatal cuando resulte embarazada.
- Oriéntela para que antes del parto se informe sobre el método de planificación familiar que va a utilizar, para espaciar los nacimientos o dejar de tener hijos definitivamente⁽¹⁵⁾

ATENCIÓN DE LA DETECCIÓN OPORTUNA DEL CANCER CERVICOUTERINO

En los países desarrollados la Incidencia y mortalidad disminuyen de manera constante durante las últimas tres décadas; no así en los países en vías de desarrollo donde sigue ocupando el primer lugar dentro de todos los cánceres en la mujer. Esta variación refleja la presencia de factores de riesgo bien conocidos, el nivel socioeconómico bajo y el grado de organización de los programas de detección temprana.

Las lesiones premalignas no tiene ningún signo ni síntoma clínico; por lo tanto el riesgo de cáncer cervical aumenta de manera significativa en las mujeres con factores de riesgo así como en las que no se someten a control de rutina para detectar estas lesiones en etapas tempranas.



El objetivo del programa de detección de cáncer es reducir la mortalidad por medio de la detección precoz a través de la **Citología, Colposcopía**. En caso de presentarse una lesión mayor; es una prioridad su manejo y tratamiento según el estadio clínico por lo que debe ser enviada al nivel de atención de salud que corresponda, para una adecuada resolución.⁽¹⁶⁾

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Es toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia en relación de poder, sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad física, psicológica, sexual o la cobertura y el derecho al pleno desarrollo de otras personas en la familia y afecta especialmente a mujeres, niñas, niños y ancianos.

La violencia Intrafamiliar está catalogada como un problema de salud pública por su magnitud, su impacto y su posibilidad de prevenirla. Han sido los datos epidemiológicos obtenidos en diferentes investigaciones lo que hizo que en 1996 la Asamblea Mundial de la OMS declare la violencia contra la mujer como una prioridad de salud pública. De igual forma en Nicaragua en Noviembre de 1996 se aprobó el Decreto Ministerial 67 – 96 del Ministerio de Salud Pública, que reconoce la violencia intrafamiliar como un problema de salud pública.

Este es una de las bases fundamental que permite la incorporación de la prevención y atención de violencia intrafamiliar que viven las mujeres, niños, niñas y adolescentes en las políticas y lineamientos del Ministerio de Salud, para su aplicación en las unidades de salud; incluyéndola de forma particular en los niveles de atención primaria y secundaria y en el sistema de vigilancia epidemiológica.⁽¹⁷⁾



PRINCIPIOS, METAS Y ETICA PARA EL ABORDAJE DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN EL SECTOR SALUD

Principios:

- La violencia intrafamiliar es un grave problema que afecta la salud física, emocional y sexual de la persona que la vive, de su familia y que puede incluso conducir a la muerte.
- La violencia intrafamiliar es un delito y su atención integral está respaldada por el ordenamiento jurídico vigente por lo que debe responder en forma oportuna y efectiva.
- La violencia intrafamiliar es un problema que compete a toda la sociedad, es un problema de salud pública de derechos humanos.
- Nada justifica la violencia intrafamiliar.
- La violencia es una conducta aprendida y por lo tanto puede ser desaprendida

Metas de la intervención en violencia intrafamiliar:

- Protección a la persona víctima de violencia
- Reforzar la capacidad del personal para tomar decisiones y resolver problemas.
- Contribuir en la sanación de los efectos de la violencia.
- Prevención de nuevas situaciones de violencia. ⁽¹⁷⁾

1. Protección de la persona víctima

En el caso de niños, niñas y adolescentes:

- Contribuir para detener el abuso.
- Lograr alianza con la madre o persona encargada.
- La separación entre niño@ y la persona agresora u ofensora.



En caso de agresión de mujeres jóvenes o adultas:

- Establecer el nivel de riesgo.
- Orientación para la planificación de una eventual salida del hogar.
- La ubicación de albergue o casa de familiares o amistades.
- Propuestas para recurrir a la utilización de recursos legales de protección y sanción.

2. Reforzar la capacidad personal para tomar decisiones y resolver problemas.

3. Contribuir en la sanación de los efectos de la violencia:

- Reducir los indicadores y secuelas asociadas a la experiencia de violencia
- Facilitar el proceso de duelo asociado con las múltiples pérdidas relacionadas a la experiencia.
- Reducir el miedo, la vergüenza y la culpa.
- Reconstruir una vida sin violencia. ⁽¹⁷⁾

ATENCION INTEGRAL A LA NIÑEZ

La atención integral, busca el cambio de actitud y el ordenamiento de la prestación de servicios, asegurando que distintas actividades lleguen al usuario al mismo tiempo. Para lograr una adecuada organización se establecieron flujo gramas de atención y de instrumentos para la Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo del niño menor de 5 años. ⁽¹⁰⁾

Para la captación y el seguimiento de este sector de la población se crearon los siguientes instrumentos:

HISTORIA CLINICA

Es el instrumento que permite monitorear de una manera integral una serie de eventos que inciden positiva o negativamente en el crecimiento y desarrollo de cada niño. Consta de dos secciones: una básica y otra de seguimiento, ambas utilizadas desde la primera consulta. ⁽¹⁰⁾



1. Sección Básica

Contiene en su cara anterior los segmentos de identificación, antecedentes perinatales, familia, vivienda, vacunas, alimentación durante el año de vida y micro nutrientes.

En su cara posterior contiene la gráfica de crecimiento y desarrollo del niño menor de dos años y de dos a cinco años.

2. Sección de seguimiento

Esta destinada a dar seguimiento a las acciones de atención integral. Cada seguimiento registra: fecha de la consulta, edad del niño, antropometría, alimentación, micro nutrientes y vacunación, examen físico, clasificación de la situación nutricional asma, infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas , signos de maltrato, uso de antibióticos, espaciamiento de embarazo, observación, diagnóstico y tratamiento, referencia, fecha de próxima cita, nombre y firma de la persona que brindo la atención.

3. Sistema de advertencia:

La historia clínica contiene además casilleros de color gris que señalan factores Importantes de riesgo, que sirven para evaluar la conducta a seguir. ⁽¹⁰⁾

TARJETA DE ATENCION INTEGRAL A LA NIÑEZ

Es el instrumento que permite a la familia, por medio de evaluaciones periódicas interpretar con la orientación adecuada del personal de salud, la tendencia de la curva de crecimiento y los resultados de la evaluación del desarrollo, promoviendo el cumplimiento de una serie de acciones que influyen favorablemente en el crecimiento y desarrollo de cada niño.



Contiene datos relevantes de la historia clínica y constituye el documento base de la Atención Integral a la Niñez en el hogar. Esta es la tarjeta que se presentara al personal de salud cada vez que se necesite la o se ofrezca atención. ⁽¹⁰⁾

EVALUACION DEL CRECIMIENTO

La Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo tiene como objetivo fundamental la prevención, detección y manejo temprano del crecimiento inadecuado.

En este contexto el indicador peso edad es el que se utiliza para determinar la velocidad de crecimiento entre una y otra evaluación en menores de cinco años. ⁽¹⁰⁾

Tabla de Crecimiento

La tabla de crecimiento peso-edad ha sido elaborada a partir de la recolección sistemática de una gran cantidad de datos de niños y niñas normales, los resultados separados por sexo, agrupados en una medida central y en valores de dispersión alrededor de esa medida central (percentiles) siendo el valor de dispersión inferior, el percentil 3 y el superior el percentil 97; encontrándose dentro de estos limites y el 95% de la población normal indicándonos que niños o niñas de una misma edad pueden tener pesos diferentes y estar dentro del rango de la normalidad. ⁽¹⁰⁾

GRAFICA DE CRECIMIENTO

La gráfica se construye con los datos de la tabla de crecimiento utilizando en este caso, los percentiles y como medida de dispersión. Por existir un crecimiento más rápido y un mayor riesgo de déficit agudo en el grupo etareo menor de dos años, se requiere una mayor sensibilidad en la toma de las medidas antropométricas.



En la gráfica del niño menor de dos años, los espacios entre los meses y los kilos están divididos por una línea que indica la mitad del mes (15 días de edad) y la mitad del kilo (500gr) respectivamente.

En su interior se observan dos líneas: la superior corresponde al percentil 97 de los niños y la inferior al percentil 3 de las niñas, estos límites nos permiten utilizar una misma gráfica para niños y niñas; ubicándose entre estos límites el área de la normalidad, por arriba de la línea superior se ubica el sobrepeso y por debajo de la línea inferior el área de desnutrición. ⁽¹⁰⁾

Uso de la Gráfica de Crecimiento

Una evaluación permite por medio de un punto ubicar en la gráfica el estado nutricional del niño en esa evaluación, según el peso alcanzado en relación a la edad y conocer el percentil correspondiente al patrón de referencia. Cuando el punto de convergencia del peso con la edad, se localiza en el área comprendida entre la línea superior (percentil 97) y el percentil 20, la clasificación del estado nutricional será **“niño normal”**. ⁽¹⁰⁾

Si el punto de convergencia del peso con la edad se localiza entre los percentiles 20 y 3 la clasificación del estado nutricional será **“rango de bajo peso”**.

Cuando el punto de convergencia del peso con la edad se localiza por encima de la línea superior de la gráfica (percentil 97) la clasificación del estado nutricional será **“niño con sobrepeso”**.

Cuando el punto de convergencia del peso con la edad está por debajo de la línea inferior de la gráfica (percentil 3) la clasificación del estado nutricional será **“desnutrido”**. ⁽¹⁰⁾



EVALUACIONES SUCESIVAS

Para conocer si un niño tiene crecimiento satisfactorio o insatisfactorio se monitorea por evaluaciones sucesivas, velocidad del crecimiento y análisis del comportamiento.

Cada vez que se realiza una evaluación se marca con un punto el lugar que ocupa en la gráfica el peso obtenido en relación a la edad; se unen los puntos por medio de una línea conformando la curva de crecimiento para ese niño.

Su tendencia, la relación que guarda con la línea de referencia de la gráfica y el mantenimiento, disminución o aumento del centil, son los parámetros que permiten por medio de una vigilancia estrecha la detección temprana de un crecimiento insatisfactorio. ⁽¹⁰⁾

Los controles se realizan de acuerdo a la del niño: a los 2 meses deberá tener 2 controles, a los 4 meses 3 controles, a los 6 meses 4 controles al 1 año 5 controles, al 1^{1/2} año 6, a los 2 años 8 controles, a los 2^{1/2} años 10, 3 años 11 controles, 4 años 12 controles y a los 5 años 13 controles.

REGISTRO DE CONSULTAS

Ocupan el espacio situado en la parte inferior de la hoja donde se ubica la gráfica de crecimiento y desarrollo, cada cuadro consta de cuatro casillas alineadas verticalmente. Para los primeros 12 meses hay un cuadro por cada mes, se localiza en la gráfica el mes de edad del niño al momento de la consulta y utilizamos el cuadro correspondiente, se anota en cada casilla la fecha, edad, peso y percentil obtenido y en la casilla de la fecha del cuadro siguiente se anota con lápiz de grafito la fecha de la próxima consulta. En caso de requerir más de una consulta en el mismo mes, no se utiliza el cuadro siguiente, se realiza el trazado en la gráfica y se anotan los datos solicitados en la hoja de seguimiento. ⁽¹⁰⁾



EVALUACION DEL DESARROLLO

Para evaluar el desarrollo del niño, se utiliza el afiche EVALUACION ESQUEMATICA DE LAS CONDUCTAS DEL DESARROLLO HASTA LOS CINCO AÑOS, elaborado por el Centro Latinoamericano de Perinatología de Montevideo Uruguay.

Este instrumento consta de sesenta y cinco ítems, por medio de los cuales se analizan cuatro áreas de la conducta: Motora, coordinación, Social y lenguaje, desde el nacimiento hasta los cinco años de edad.

La evaluación se realiza mediante varias etapas las cuales consisten: observación de conductas habituales (alimentarse, vestirse, jugar, etc.); preguntas dirigidas a la madre, y solicitando al niño la realización de acciones sencillas cuando esto es posible. ⁽¹⁰⁾

AREAS DE LA CONDUCTA

Conducta Motora:

Estudia el desarrollo del control sobre los diferentes músculos del cuerpo. Debido a la inmadurez neurológica en las primeras semanas de vida, la mayoría de los movimientos son bruscos, amplios e incoordinados. Posteriormente se ponen en acción algunos músculos o grupos de ellos, que permiten movimientos lentos, limitados y coordinados.

Ejemplo de esta conducta tenemos: el fortalecimiento de los músculos del cuello, hombros y espalda que le permiten boca abajo levantar la cabeza 45 grados (rango de normalidad de 0 a 3 meses).

Conducta de Coordinación:

Permite conocer delicadas adaptaciones sensorio-motrices entre objetos y situaciones, la coordinación de movimientos oculares y manuales para alcanzar y



manipular objetos, la habilidad para utilizar adecuadamente la motricidad en la solución de problemas prácticos, etc.

Ejemplo de esto lo constituye, la coordinación audio-visual a través de la cual el niñ@ busca con la mirada la fuente del sonido (rango de normalidad de un mes y medio a cuatro meses).

Conducta Social:

Comprende el estudio de las reacciones del niñ@ ante la cultura del medio en que vive, la relación con la madre y otras personas, la capacidad para alimentarse, vestirse, jugar, etc.

Como ejemplo tenemos la relación del niñ@ con la madre la cual se establece cuando ambos se miran a la cara (rango de normalidad de cero a un mes y medio).

Conducta del Lenguaje:

El término lenguaje se utiliza en el sentido mas amplio incluyendo toda forma de comunicación visible y audible, sean gestos, movimientos posturales, vocalización, palabras, frases u oraciones, incluye la imitación y comprensión de lo que expresan otras personas. El ejemplo de esta área lo constituye cuando el niñ@ ríe o llora (rango de normalidad de cero a un mes y medio). ⁽¹⁰⁾

EVALUACION

Material Necesario

Para tal fin se necesita de un afiche, un sonajero, una campanilla, una botella clara de plástico, con una abertura de 1.5 cm. En la que entre bien una bolita, 8 cubos de 2.5 cm. De lados coloreados, hojas de papel y lápiz, láminas con dibujos de objetos corrientes (perro, caballo, casa, etc.) y figuras geométricas (círculo, cruz, cuadrado).



INTERPRETACION

Se debe tener en cuenta la presencia de logros para la edad. En caso de faltar uno o más logros en las conductas, se debe considerar el grado de retardo.

Puede haber falso o verdaderos retardos. Para ello se deben considerar los siguientes factores: falta de colaboración del niñ@, falta de motivación y tiempo del examinador, interferencias transitorias como separación de los padres, fatiga, miedo, enfermedad, hospitalización, etc; incapacidad de ejecutar los logros debido a retardo real del desarrollo y por último si existe un retardo dudoso se repetirá la evaluación al mes. Si el retardo es claro en el primer examen o si persisten dudas después de repetir la evaluación al mes se debe realizar una consulta especializada. ⁽¹⁰⁾

ATENCION INTEGRAL A LA ADOLESCENCIA

Concepto de Adolescencia:

La adolescencia no es un proceso meramente biológico, sino también psicológico y social que asume características diferentes según las estructuras sociales y culturales de cada sociedad en particular.

Según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia comprende el grupo etareo de 10 a 19 años de edad.

Este grupo de población tiene sus propios retos, derivados de los cambios biopsicosociales característicos de esta etapa del desarrollo humano.

Dependiendo de sus condiciones de vida, los y las adolescentes pueden desarrollar estilos de vida diferentes. Estos han sido caracterizados como de bajo riesgo o de alto riesgo.



Se considera que los jóvenes con estilos de vida de bajo riesgo son aquellos que no tienen las características y no desarrollan actividades que los exponen a presentar disturbios mayores dentro del proceso de adolescencia; en cambio, los jóvenes que desarrollan un estilo de alto riesgo tienen conductas de alto riesgo y mayores probabilidades de padecer problemas de gran importancia en la adolescencia: disturbios afectivos y de conducta, disturbios en el aprendizaje y abandono escolar, embarazo no deseado, problemas de violencia social y ecológica, enfermedades de transmisión sexual y SIDA, accidentes que conducen a secuelas y muertes, suicidios, uso de drogas, etc.⁽¹²⁾

Concepto de prevención primordial:

El concepto de prevención primordial ha sido incorporado recientemente en el marco epidemiológico conceptual de salud integral del y la adolescente. La prevención primordial significa promover los factores positivos (protectores) del desarrollo humano en las áreas biológica, psicológica y social, y por tanto, desarrollar acciones dirigidas a eliminar o anular los factores de riesgo, para el normal desarrollo humano, desde la concepción, hasta el final del período de la adolescencia/juventud.⁽¹²⁾

DIAGNOSTICO DE LA ADOLESCENCIA EN NICARAGUA

1. Características socio-económicas y demográficas de la adolescencia:

Nicaragua se caracteriza por tener un gran porcentaje de población joven. La población adolescente comprendida en el grupo etareo de 10-19 años representa el 25.6% del total de la población. En tanto el grupo de jóvenes de 15 a 24 años representa el 25.0%.

Según el área geográfica de residencia, el 63.0% de los jóvenes y adolescentes viven en áreas urbanas y suburbanas y el 37% vive en áreas rurales.



La población femenina adolescente comprendida en el grupo etareo de 10 a 19 años representa el 5.3% dentro de total de población de mujeres del país, donde el 50.5% son mujeres.

Se estima que el 38.8% de los adolescentes de 15 a 19 años son trabajadores y que 12.7% de los adolescentes de 10 a 14 años también están insertos en el mercado laboral. ⁽¹²⁾

2. Nivel educativo de la adolescencia:

En 1994 se calculaba que el alfabetismo en el grupo etareo de 10 a 19 años alcanzaba el 65%, mientras que el analfabetismo representaba el 35%.

En Nicaragua, el acceso de la población mayor de 6 años a la educación fue posible para el 43% de la misma; el 31.4% de la juventud en edad escolar (nivel secundario) se matriculo en las escuelas de este nivel en 1993, lo que significa que una gran proporción de la juventud entre los 14 y 18 años no ingreso a nivel educativo formal alguno.

3. Sexualidad y salud reproductiva de la adolescencia:

Una encuesta sobre salud familiar realizada por la Asociación Nicaragüense de Promoción a la Familia (PROFAMILIA) revelo que los adolescentes eran mas vulnerables a las enfermedades relacionadas con el proceso reproductivo e infecciones de transmisión sexual. Según estos resultados el 19.6% de los encuestados tuvo un problema ginecológico y el 63.1% no busco tratamiento.

La tasa de fecundidad específica en las adolescentes y jóvenes nicaragüenses ha sido considerada la más alta de la región centroamericana. Durante el quinquenio 1985-1990 se reporto una tasa de fecundidad específica de 0.1964 para el grupo de adolescentes de 15 a 19 años y 0.2702 para el grupo de jóvenes de 20 a 24 años.



4. Alcoholismo y drogadicción en la adolescencia:

Un estudio del MINSA en 1994 reveló que las drogas son otro gran problema que enfrenta la adolescencia en Nicaragua. Según este estudio la principal sustancia reportada por adolescentes y escolares fue el alcohol en 41% de los encuestados; el 13.2% uso tabaco y el 1.9% uso otro tipo de drogas (marihuana, cocaína, crack, pasta, base, inhalables).

El estudio anterior reporta que más del 65% de los jóvenes que ingirieron alcohol lo hicieron estimulados por sus amigos. También encontró que la mayoría de los jóvenes que recurrieron al uso de drogas provenían de familias desintegradas, el 66% de los entrevistados procedían de padres separados o divorciados.

5. Morbi-mortalidad en la adolescencia:

El Ministerio de Salud registró entre los 35 primeros motivos de consulta en el año 1995, un total de 2997 consultas para atención prenatal, dentro del grupo etareo 5 a 14 años y un total de 123,528 consultas para el grupo etareo 15 a 34 años. Se registró un total de 2,822 solicitudes de contraceptivos orales para el grupo de 5 a 14 años y 80,105 para el grupo 15 a 34 años.

En lo referente a la mortalidad de los y las adolescentes se registró un total de 663 adolescentes muertos de ambos sexos. Las principales causas de muerte fueron causas externas de traumatismo y envenenamiento, 319 de las 663 muertes ocurrieron por este motivo, lo que equivale casi al 50% del total. ⁽¹²⁾



MATERIAL Y METODO

Tipo de estudio:

Se realizó un estudio de evaluación de servicios de salud mediante el uso de diferentes métodos y técnicas, cualitativas y cuantitativas:

- A. **Observación**, para conocer la infraestructura y recursos materiales de que consta el programa.
- B. **Entrevistas a profundidad a informantes claves**, con el fin de ampliar la información y valoración sobre los recursos disponibles para el programa, sobre su capacitación y sobre los factores que afectan la calidad del programa.
- C. **Revisión documental**, para conocer: cumplimiento de los estándares de calidad, y para obtener algunos datos sobre el estado de la salud reproductiva.
- D. **Encuesta en la población**, para estimar la cobertura del programa, y la imagen que tienen del puesto de salud. Las unidades de análisis fueron las mujeres en edad fértil, y los niños menores de 5 años. En el primer caso, el universo es de 1,807 mujeres, según el censo realizado en la comunidad, y de 1,760, según estimaciones realizadas a partir de los indicadores proporcionados por INEC. El universo de niños menores de 5 años es de 774, según estimaciones a partir de los datos de INEC. El muestreo se realizó por conglomerados, en dos etapas. Cada conglomerado estuvo constituido por una comunidad. Se tomaron 8 comunidades (conglomerados), mediante sorteo simple: se escribieron en trozos de papel los nombres de las 20 comunidades que componen el territorio de Santa Cruz, y sin ver, se seleccionaron 8. En cada conglomerado se tomaron al azar 30 casas: cada familia tuvo un número que fué puesto en un trocito de papel, y sin ver se tomaron 30. El tamaño de la muestra ha sido determinado en base a las máximas posibilidades de tiempo y de dinero de que dispuso la autora del



estudio. En las 240 viviendas se llenaron una ficha para cada MEF y niño que residan en la misma. Se espera que en estas 240 casas se encontrarán alrededor de 300 mujeres y 133 niños menores de 5 años. La información se obtuvo mediante entrevista. El cuestionario a utilizado se presenta en los anexos.

E. **Entrevistas de salida**, para conocer grado de satisfacción de las usuarias, con la atención recibida.

Área de estudio:

Comunidad de Santa Cruz, en el Departamento de Estelí, ubicada hacia el Sur con la Trinidad, al Norte con Estelí, al Este con Tomabú y al Oeste con San Nicolás de la cabecera departamental. Tiene una población de 6,357 habitantes, que habitan en 1,411 casas.

La comunidad es atendida por un puesto de salud, que cuenta con un médico y dos enfermeras.

Período:

La información se recolectó en el primer semestre del año 2007.

Criterios Éticos:

Para la realización del presente estudio se pidió la autorización de los participantes y se les explicó cada uno de los objetivos del estudio, garantizándoles la confidencialidad de los datos.

Procedimiento para el análisis de los datos:

Los datos obtenidos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS versión 12.0 para Windows. Se realizó cruce de variables con valores absolutos y porcentuales y los resultados se presentarán en tablas y gráficos.



VARIABLES	INDICADORES
Adecuación de los recursos	
Adecuación de los recursos en cuanto a cantidad	- Recursos humanos de cada tipo, por 10,000 habitantes. - Valoración cualitativa que realiza el propio personal, por un lado, y la población, por otro.
Cobertura	
Cobertura en CPN	Porcentaje de mujeres con parto en los últimos cinco años anteriores a la encuesta, que tuvieron al menos un control prenatal en médico o enfermera (cobertura total) o en una unidad de salud del MINSA (cobertura institucional).
Cobertura del parto	- Mujeres con parto atendido por médico o enfermera en los cinco años anteriores a la encuesta, como porcentaje de mujeres con parto en ese período. - Mujeres con parto atendido en una unidad de salud del MINSA en los cinco años anteriores a la encuesta, como porcentaje de mujeres con parto en ese período.
Cobertura del puerperio	Porcentaje de mujeres puérperas que asistieron a una unidad de salud a realizarse su control de puerperio en los cinco años anteriores a la encuesta.
Cobertura de planificación familiar	- Porcentaje de mujeres en edad fértil que utilizan actualmente un método de planificación familiar brindado en alguna unidad de salud en los últimos cinco años anteriores a la encuesta. - Mujeres en edad fértil que utilizan un método de planificación familiar brindado en el puesto de salud de la localidad en los últimos cinco años anteriores a la encuesta como porcentaje de mujeres con un método de planificación familiar.



Cobertura de Detección Oportuna de Cáncer Cervico-Uterino.	• Porcentaje de mujeres que se realizaron papanicolaou al menos una vez en el año en una unidad de salud (MINSA – Privado) en los últimos cinco años anteriores a la encuesta.
Cobertura de VPCD	• Porcentaje de recién nacidos que asistieron a la unidad de salud y fueron ingresados al programa en los últimos cinco años anteriores de la encuesta. • Porcentaje de niños de 1-4 años que se realizaron controles en alguna unidad de salud en los últimos cinco años anteriores a la encuesta.
Cobertura VPCD (Vacunas sulfato ferroso y vit. A)	• Porcentaje de niños que fueron aplicadas todas sus vacunas por médico o enfermera (cobertura total) o en una unidad de salud del MINSA (cobertura institucional) en los últimos cinco años anteriores a la encuesta. • Porcentaje de niños que le brindaron sulfato ferroso o vit. A en los últimos cinco años anteriores a la encuesta.
Cobertura del Adolescente	• Porcentaje de adolescentes que han recibido información sobre P/F, DOC, CPN en una unidad de salud, familia, escuelas, otros. En los últimos cinco años anteriores a la encuesta. • Porcentaje de adolescentes embarazadas que recibieron atención prenatal en la unidad de salud (MINSA) o en otra institución en los últimos cinco años anteriores a la encuesta. • Porcentaje de adolescentes que asistieron a planificación familiar en alguna unidad de salud en los últimos cinco años anteriores a la encuesta. • Porcentaje de adolescentes que asistieron a tomarse papanicolaou en alguna unidad de salud en los últimos cinco años anteriores a la encuesta.



Cumplimiento de estándares de calidad	
Llenado de Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) y registro de 12 actividades normadas en toda embarazada	• Porcentaje de embarazadas en las que en su CPN se le llenó su HCPB y se registraron las 12 actividades normadas en los últimos dos años anteriores en la unidad de salud.
Puérperas (aborto, parto, cesárea) que recibieron consejería en planificación familiar en la unidad de salud.	• Porcentaje de puérperas que recibieron consejería en planificación familiar en la unidad de salud en los últimos dos años anteriores.
Puérperas que se les administro un método de planificación familiar en la unidad de salud.	• Porcentaje de puérperas que se les administro un método de planificación familiar en alguna unidad de salud en los últimos dos años anteriores. • Porcentaje del método de planificación más utilizado en las puérperas en los últimos dos años anteriores.
Niños menores de 5 años que acudieron a su VPCD se les lleno su Historia Clínica Perinatal y su hoja de seguimiento.	• Porcentaje de niños menores de 5 años que acudieron a sus controles (VPCD) y se les lleno correctamente su historia clínica perinatal y su hoja de seguimiento en la unidad de salud en los últimos dos años anteriores.
Salud reproductiva e infantil (Morbimortalidad perinatal)	
Usuarías con hemorragias obstétricas que recibieron tratamiento.	• Porcentaje de usuarias con Hemorragia Obstétrica que recibieron tratamiento según protocolo del MINSA en los dos últimos años.
Usuarías con Hipertensión Arterial inducidas por el embarazo que recibieron tratamiento.	• Porcentaje de usuarias con Hipertensión Arterial Inducida por el Embarazo (SHG) que recibieron tratamiento según el protocolo del MINSA en los dos últimos años.



Usuarías con sepsis por causa obstétrica que recibieron tratamiento.	• Porcentaje de usuarias con Sepsis por causa Obstétrica que recibieron tratamiento según protocolo del MINSA en los dos últimos años.
Usuarías con atención pos aborto que recibieron tratamiento.	• Porcentaje de usuarias con Atención Post Aborto que recibieron tratamiento según protocolo del MINSA en los dos últimos años.
Embarazadas con amenaza de parto pretérmino a las que se les aplicó Dexametasona	• Porcentaje de embarazadas con Amenaza de Parto Pretérmino (APP) a quienes se les aplicó correctamente Dexametasona en los dos últimos años
Mortalidad Materna	• Tasa de morbilidad materna
Mortalidad infantil	• Tasa de mortalidad infantil



RESULTADOS

Descripción de las mujeres entrevistadas

La población estudiada en Santa Cruz fue de 242 mujeres en edad fértil y 155 niños menores de cinco años. El promedio de edad de las mujeres en edad fértil fue 26.2 ± 6.7 años, la mayoría eran acompañadas (64.0%) y su nivel escolar primaria (62%). (Tabla 1). El promedio de hijos fue 2.0 ± 2.4 (Tabla 2).

Tabla 1: Distribución de las mujeres entrevistadas, según algunas características sociodemográficas. Santa Cruz, Estelí, 2007.

Características	Número	Porcentaje
Edad		
10-19	46	19.0
20-29	121	50
30-39	66	27.2
40-44	9	3.7
Situación conyugal		
Soltera	21	8.7
Casada	66	27.3
Acompañada	155	64.0
Escolaridad		
Analfabeta	14	5.8
Primaria	150	62.0
Secundaria	67	27.7
Universitaria	11	4.5
Total	242	100.0

Tabla 2: Distribución de las mujeres entrevistadas, según número de hijos. Santa Cruz, Estelí 2007.

Número de hijos	Número de mujeres	Porcentaje
Ninguno	40	16.5
1 – 5	190	78.5
6 o más	12	4.9
Total	242	100.0



Cobertura del programa.

El 64% de las mujeres tenían hijos menores de cinco años y durante ese embarazo de ese niño, todas se realizaron control prenatal por un médico o enfermera. La mayoría (83.9%) se habían realizado sus controles prenatales en el puesto de salud de Santa (Tabla 3). En general el promedio de controles fue de 7.1 ± 2.4 , encontrándose que el 69.6% de las mujeres se habían realizado ≥ 7 controles en su último embarazo (Tabla 4), sin embargo 14.8% no recordaba el dato. Es importante mencionar que la mayoría (77.3%) fue captada en el primer trimestre de gestación (Tabla 5).

Atención prenatal

Tabla 3: Distribución de las mujeres con hijos en los últimos cinco años, según lugares donde se realizaron el CPN. Santa Cruz, Estelí 2007.

Lugar	Número	Porcentaje
P/S Santa Cruz	130	83.9
C/S Leonel Rugama (Estelí)	13	8.4
Hospital (MINSA)	1	0.6
Clínica / Hospital Privado	11	7.1
Total	155	100.0

Tabla 4: Distribución de las mujeres con hijos en los últimos cinco años, según número de CPN en su último embarazo. Santa Cruz, Estelí, 2007.

Número de controles	Número de mujeres	Porcentaje
1 – 3	16	11.8
4 – 6	25	18.5
7 o más	94	69.6
Total	135	100.0

Nota: No se incluyen en el cuadro 20 mujeres que no recordaban el dato



Tabla 5: Distribución de las mujeres con hijos en los últimos cinco años, según trimestre de captación para CPN, en su último embarazo. Santa Cruz, Estelí 2007.

Trimestre	Número	Porcentaje
I	116	77.3
II	28	18.6
III	6	4.0
Total	150	100.0

Nota: 5 mujeres no recuerdan el dato.

El hospital del MINSA (92.2%) fue el principal lugar de atención al parto de éstas mujeres en los últimos cinco años (Tabla 6). El 61.9% de las puérperas se realizaron su puerperio en los primeros 10 días según las normas. En un promedio transcurrieron 15.6 ± 14.4 días para acudir al control (Tabla 7). El 94.5% se realizó el puerperio en el puesto de salud de Santa Cruz y una pequeña proporción en el hospital del MINSA (Tabla 8).

Tabla 6: Distribución de las mujeres con hijos en los últimos cinco años, según el lugar donde le atendieron el último parto. Santa Cruz, Estelí 2007.

Lugar	Número	Porcentaje
Hospital (MINSA)	143	92.3
Clínica / Hospital Privado	7	4.5
En casa, por parteras	5	3.2
Total	155	100.0

Tabla 7: Distribución de las mujeres con hijos en los últimos cinco años, según atención del puerperio, luego de su último parto. Santa Cruz, Estelí, 2007.

Atención del puerperio	Número	Porcentaje
En los primeros 10 días	96	61.9
Entre los 11 y los 45 días	40	25.8
Entre los 46 y los 60 días	12	7.7
No tuvieron	7	4.5
Total	155	100.0



Tabla 8: Distribución de mujeres que tuvieron control puerperal, según lugares de atención. Santa Cruz, Estelí 2007.

Lugar	Número	Porcentaje
P/S Santa Cruz	140	94.5
Hospital (MINSA)	4	2.7
Clínica / Hospital Privado	4	2.7
Total	148	100.0

Nota: 7 mujeres no tuvieron control puerperal.

De las 242 mujeres 185 (76.4%) se habían realizado el examen de Papanicolaou. El 63.2% se lo habían realizado en los doce meses previos a la encuesta (Tabla 9). La mayoría (89.1%) se lo había realizado en el puesto de salud de Santa Cruz (Tabla 10). Cabe señalar que de las mujeres que dijeron haberse realizado el examen sólo 93 (50.2%) pudieron mostrar el resultado.

Examen de Papanicolaou

Tabla 9: Distribución de las mujeres, según tiempo de práctica del Papanicolaou. Santa Cruz, Estelí, 2007.

Práctica del Papanicolaou	Número	Porcentaje
1 año o menos	153	63.2
Más de 1 año	32	13.2
Sin Papanicolaou	57	23.6
Total	242	100.0

Tabla 10: Distribución de mujeres que se han realizado el Papanicolaou, según lugares donde les tomaron la muestra. Santa Cruz, Estelí, 2007.

Lugar	Número	Porcentaje
P/S Santa Cruz	165	89.1
Hospital / Clínica Privada	20	10.8
Total	185	100.0



Al preguntarles cuáles eran los métodos de planificación familiar que conocían el 90.4% mencionó gestágenos orales y el 81.8% la inyección (Tabla 11). El 81.4% de mujeres usaban un método de planificación familiar (Tabla 12), siendo el método más usado la inyección (43.3%) seguido de esterilización quirúrgica (17.6%). En general de las 221 mujeres que usaban métodos anticonceptivos, 61.5% lo obtuvieron en el puesto de salud de Santa Cruz, el 17.1% en el hospital del MINSA y el 2.7% en clínicas privadas. Las mujeres que usaban pastillas, inyecciones o condones tenían como fuente de abastecimiento el puesto de salud de Santa Cruz. Por otra parte, de las 39 con salpingectomía, 33 habían sido operadas en el hospital de Estelí, y 6 en una clínica privada. A las 5 que usaban DIU, éste se lo habían colocado en el hospital de Estelí.

Tabla 11: Porcentaje de mujeres que pudieron mencionar determinados métodos anticonceptivos. Santa Cruz, Estelí, 2007.

Métodos anticonceptivos	Número	Porcentaje
Gestágenos orales	219	90.4
Inyección	198	81.8
Preservativo	48	19.8
DIU	41	16.9
Salpingectomía	12	4.9
Vasectomía	3	1.2
Abstinencia periódica, Ritmo, Collar.	7	2.8
Coito interruptus	2	0.8

Nota: Buena parte de las mujeres mencionó más de un método.

Tabla 12: Porcentaje de mujeres casadas o unidas que usan actualmente métodos de Planificación Familiar. Santa Cruz, Estelí, 2007.

Métodos	Porcentaje (n=221)
Inyección	43.4
Salpingectomía	17.6
Gestágenos orales	16.3
DIU	2.3
Condón	1.8
Total	81.4



A las 155 mujeres con niños menores de cinco años se les preguntó si alguna vez lo llevó a control (VPCD) demostrando con sus tarjetas que todos fueron a realizárselos.

A todos los niños menores de 1 año de les realizaron sus controles de acuerdo a las normas. Los niños de 1 – 4 años tenían un menor cumplimiento (Tabla 13).

Vigilancia y Promoción del crecimiento y desarrollo VPCD.

Tabla 13: Proporción de niños con un número de controles de VPCD adecuados para su edad. Santa Cruz, Estelí, 2007.

Edad	Número de niños	Con número de controles adecuados	Porcentaje con controles adecuados
≤ 1 mes	9	9	100.0
2 meses	8	8	100.0
4 meses	7	7	100.0
6 meses	1	1	100.0
1 año	40	8	20.0
1 ^{1/2} año	24	10	41.6
2 años	21	11	52.3
2 ^{1/2} años	7	6	85.7
3 años	20	8	40.0
4 años	18	7	38.8
Total	155	75	48.3

En cuanto a la inmunización, a todos se les aplicó su correspondiente vacuna de acuerdo a su edad (Tabla 14). De los 131 niños a los cuales se debió haber brindado vit, A, sólo se le dio al 81%. A 42 niños se les brindó sulfato ferroso, por bajo peso o por prescripción médica.



Tabla 14: Distribución de niños menores de cinco años que se les aplicó dosis de vacuna. Santa Cruz, Estelí 2007.

Vacuna	Número de niños	Dosis de acuerdo a edad	Porcentaje
BCG	155	155	100.0
MMR	113	113	100.0
DPT	90	90	100.0
		3ra. dosis	
Pentavalente	131	131	100.0
Polio	131	131	100.0
Rotavirus	1	1	100.0

Grado de cumplimiento de los estándares de calidad

En cuanto al llenado correcto de la historia clínica perinatal base (HCPB) según las 12 actividades normadas en los dos últimos años se encontró que los datos faltantes en el 2005 fueron la valoración nutricional y el peso. En el 2006 los datos fueron llenados de exámenes de laboratorio y valoración nutricional, según datos estadísticos proporcionados. (Tabla 15)



Tabla 15. Porcentaje de Cumplimiento de los Estándares de Calidad y Morbilidad materna 2005- 2006.

Estándares de Calidad	2005 %	2006 %
Embarazadas en las que en su Control Prenatal se le llenó su HCPB y se registraron las 12 actividades normadas.	83.3	91
Puérperas que recibieron consejería en planificación familiar en la unidad de salud.	75	86%
Puérperas que se les administro un método de planificación familiar en la unidad de salud.	62	75
Método de planificación mas utilizado en las puérperas .	Depoprovera 85 MELA 60	Depoprovera 90
Menores de 5 años que acudieron a sus controles (VPCD) y se les llenó correctamente su historia clínica perinatal y su hoja de seguimiento en la unidad de salud.	80	87
Morbilidad materna Usuarías con Hemorragia Obstétrica que recibieron tratamiento según protocolo del MINSA.	85	91
Usuarías con Hipertensión Arterial inducida por el Embarazo (SHG) que recibieron tratamiento según protocolo del MINSA.	67	88
Usuarías con Sepsis por causa Obstétrica que recibieron tratamiento según protocolo del MINSA.	84	88
Usuarías con atención Post Aborto que recibieron tratamiento según protocolo del MINSA.	73	81
Embarazadas con Amenaza de Parto Pretérmino a quienes se les aplicó correctamente Dexametasona.	79	93



Mortalidad Infantil y Materna

Según los datos estadísticos proporcionados sobre la mortalidad materna e infantil en los dos últimos años se encontró que la tasa de mortalidad infantil en el 2005 fue de 7.0 y en el 2006 de 6.0. Las causas de muerte perinatal en el 2005 según los datos estadísticos hubieron 6 casos de insuficiencia placentaria, así como 3 casos de desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, preeclampsia severa, asfixia severa y prematuridad, 1 caso de toxoplasmosis, hipoxia fetal, malformación congénita entre otros. En el 2006 hubo 3 casos de sepsis neonatal, shock séptico y malformación congénita y 2 casos de muerte súbita y neumonía, 1 caso de megacolon aganglionar, encefalopatía isquémica, entre otros. En cuanto a mortalidad materna no hubo ninguna en el año 2005. Ocurrió una en el 2006, debida a una eclampsia, que presentó a pesar del tratamiento previo. Esta muerte representa una tasa aproximadamente 633 por 100,000 nacidos vivos. Ocurrió otra muerte en una mujer embarazada, pero que no se clasificó como muerte materna, por tratarse de un suicidio por motivos pasionales.

Satisfacción de la usuaria

Se entrevistaron 30 usuarias al salir de los diferentes programas que en un 43.3% correspondió a planificación familiar un 26.6% a VPCD y el resto a otros programas (Tabla 16).



Tabla 16: Distribución de mujeres entrevistadas que fueron atendidas según el Programa en el que asistió. Santa Cruz, Estelí 2007.

Programa	Número	Porcentaje
CPN*	5	16.6
Planificación familiar	13	43.3
DOC*	4	13.3
VPCD*	8	26.6
Total	30	100.0

*CPN: Control Prenatal

*DOC: Detección Oportuna del Cáncer

*VPCD: Vigilancia, Promoción, Crecimiento y Desarrollo.

El tiempo que la usuaria esperó para ser atendida fue considerado adecuado en 86.6% (Tabla 17). Todas valoraron como buena o muy buena la forma como fueron examinadas, así como el trato recibido en el puesto de salud de Santa Cruz. La forma en (Tabla 18 y 19). Al 66.6% se les recetó un medicamento o un método de planificación y el 50% refirieron que le dieron todo el medicamento y/o método de planificación en el puesto. Pero recomendaron que hubiese un médico permanente y que hubiera más medicamento porque no tenían como comprar lo que algunas veces se le era recetado.

Tabla 17: Distribución de mujeres según tiempo estimado para ser atendida. Santa Cruz, Estelí 2007.

Tiempo	Número	Porcentaje
Demasiado	3	10.0
Más de lo necesario	1	3.3
Adecuado	26	86.6
Total	30	100.0



Cuadro 18: Distribución de mujeres entrevistadas según la percepción de la forma en que la examinaron. Santa Cruz, Estelí 2007.

Forma de examinar	Número	Porcentaje
Muy bueno	12	40.0
Bueno	18	60.0
Regular	-	-
Malo	-	-
Total	30	100.0

En relación a la higiene del puesto de salud el 60% de las entrevistadas refirieron que esta muy limpio (Tabla 19).

Cuadro 19: Distribución de mujeres sobre percepción de higiene del puesto de Salud Santa Cruz, Estelí 2007.

Limpieza	Número	Porcentaje
Muy limpio	18	60.0
Algo limpio	11	36.6
Poco limpio	-	-
Sucio	1	3.3
Total	30	100.0

Información obtenida mediante entrevista a informantes claves.

En la entrevista a las dos proveedoras de salud en el puesto de salud de Santa Cruz se les preguntó que como valoraban la calidad del programa Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia. Una de ellas dijo que creía que la valoraba bien, por la cobertura y la atención brindada, mientras el otro recurso refirió que la atención no era de calidad, ya que el MINSA lo que quería era cantidad, no calidad y una buena calidad era dedicarle más tiempo al paciente. Se les preguntó si el personal del puesto de salud era suficiente para desarrollar bien el programa. Una de ellas refirió que creía que era poco personal y que eran muchas las comunidades y por lo que necesitaban otro recurso. El otro recurso refirió lo mismo que necesitaban otro recurso para dar una buena atención. Además refirieron que hacían falta recursos



materiales como el tensiómetro y la balanza para niños. Señalaron que se sentían bien con su ambiente laboral.

En relación a los brigadistas de salud, refirieron que no todos proporcionaban ayuda a pesar que han sido capacitados. Señalaron que de 30 solo los de 5 comunidades estaban ayudando.

A su vez mencionaron sobre la mortalidad 2005 -2006 en el puesto de salud en donde durante este periodo hubo 1 muerte materna en la comunidad de Subtiava pero que era intrahospitalaria y que fue por eclampsia.

Observación de la infraestructura y recursos materiales con que cuenta el puesto de salud de Santa Cruz.

En el estudio realizado se encontró que en el puesto de salud de Santa Cruz cuenta con 5 cubículos, uno que es admisión y a la vez se atienden algunos programas, los demás cubículos uno eran para la atención de tres de los programas CPN, DOC y planificación familiar, el otro se utilizaba para VPCD y se realizaban las curaciones, el cuarto cubículo era para la utilización del médico y el último para el almacenamiento del medicamento. Se encontró con una buena higiene, muebles sin polvo, papeleras, buena ventilación (ventanas abiertas), iluminación artificial (lámparas), las paredes se encontraban limpias sin grietas, piso de ladrillo, con agua potable que llega día de por medio, un inodoro en mal estado, al igual que el pozo que se encontraba en frente del puesto, dos letrinas una en mal estado. Alrededor del puesto se encontró un poco montoso, a su vez se observó que detrás del puesto se llega a incinerar todas las jeringas y demás biológicos utilizados en los demás puestos de salud como los utilizados en el centro de salud Leonel Rugama de Estelí. En cuanto a los recursos materiales no se contaban con tensiómetro, ni balanza para niños.



En el puesto se encontraban dos recursos humanos permanentes que eran dos enfermeras y un médico en servicio social. Estos dos recursos tenían una atención amable y realizaban un buen examen físico a los usuarios@ pese a que no se contaban con los materiales para realizarlo adecuadamente. Cabe señalar que estos dos recursos han tenido varias capacitaciones sobre los distintos programas



DISCUSIÓN

Satisfacción de las usuarias y proveedores

La satisfacción de los usuarios es un importante criterio de valoración de la calidad de la atención, porque proporciona información sobre el éxito del proveedor en alcanzar los valores y expectativas del paciente en la medición de la satisfacción.^(6, 9)

En santa Cruz, la mayoría de las usuarias de los diferentes componentes del programa de AIMNA valoró como buena la atención recibida. Consideraron adecuado el tiempo de espera para ser atendidas. El puesto de salud les parecía muy limpio. La mayoría de las usuarias refirieron haber recibido todo el medicamento que les recetaban, opinión la que concuerda con los datos encontrados en un estudio realizado en el Puesto de salud Lea Brackett, Bluefields – RAAS. Aunque algunas recomendaron un mayor abastecimiento. La población considera deseable que exista un médico permanente

En el estudio, las proveedoras valoraban la calidad de acuerdo a la cobertura y la atención brindada, por lo que se entiende que ellas tienden un pensamiento técnico de calidad, que miden en términos de acciones que contribuyan a los objetivos deseados. Refirieron que su principal problema era la escasez de recursos materiales (dato que concuerda con los datos obtenidos mediante observación, en la que se encontraba que hacía falta tensiómetro y balanza para los niños, así como más recursos humanos y más cubículos. Hubo quejas sobre la poca participación de los brigadistas de salud.



Grado de cumplimiento de los estándares de calidad

En la revisión de los expedientes clínicos de la Historia Clínica Perinatal en el niño, hoja de seguimiento, Historia Clínica Perinatal Base en la embarazada, la administración y utilización de los métodos de planificación familiar en la puérperas, en los dos últimos años se encontró un mejor llenado de estos en el 2006, en comparación con el 2005, lo que refleja que se le está dando importancia a este asunto. También se observa en el mismo período la tendencia a un mejor cumplimiento de las normas relativas a la atención de las emergencias obstétrica.

Cobertura del programa.

En general, todos los componentes del programa de atención integral a la mujer, niñez y adolescencia comprendido en el presente estudio se encontraron con buenas coberturas. En el caso de la atención prenatal, el 100% de las mujeres estaban bajo control, la mayoría de ellas (83.9%) en el puesto de salud de Santa Cruz. Cabe señalar que en todo el Departamento de Estelí, un 97.0% de las embarazadas recibe atención por médicos o enfermeras (ENDESA 2001). En Santa Cruz, un 77.3% de las embarazadas fueron captadas en el primer trimestre, mientras que en el Departamento de Estelí, la cifra correspondiente es de 70%. Entre las 135 mujeres que tuvieron CPN en Santa Cruz, el 88.8% tuvieron 4 o más CPN, siendo 85% la cifra correspondiente para todo el Departamento de Estelí (ENDESA 2001).

En cuanto al parto, en Santa Cruz, el 96.8% fueron atendidos por médicos o enfermeras. El puesto de salud del lugar no tiene sala de partos, de manera que las mujeres recibían atención principalmente en el hospital de Estelí. Para todo el Departamento, la proporción de mujeres con atención del parto por médicos o enfermeras es de 78.3% (ENDESA 2001).



En relación al control del puerperio, la cifra de 61.9% de mujeres que dijeron haber tenido su control en los primeros diez días después del parto, representa una situación de ventaja en comparación con todo el Departamento de Estelí, donde un 42.2% de las mujeres reportaron haber tenido control en los primeros 14 días después del parto (ENDESA 2001). Es importante señalar que algunas puérperas acudieron a la unidad de salud, no para realizarse el control del puerperio, sino porque el niño presentaba alguna patología. En estas condiciones, el personal de enfermería aprovechaba la oportunidad y le realizaba su control.

La proporción de mujeres que reportaron haberse realizado el examen de Papanicolaou hace un año o menos fue de 63.2%. Esta cifra es superior a la encontrada en municipios del Sur de los Departamentos de León y Chinandega, que fue de 53.3%. Sin embargo, cabe señalar que en Santa Cruz, sólo la mitad de las mujeres que reportaron haberse realizado el examen pudieron mostrar el resultado, lo que arroja alguna duda sobre la veracidad del dato. Puede que algunas mujeres estén confundiendo el Papanicolaou con exámenes de exudado vaginal. Un hecho notorio es que la mayoría de las mujeres (89.1%) se realiza el Papanicolaou en el puesto de salud de Santa Cruz. Un factor que puede estar influyendo positivamente en las coberturas son las visitas trimestrales a las zonas rurales por parte de brigadas médicas.

En el componente de planificación familiar se observa una elevada prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, de 81.4%, que supera al observado en el Departamento de Estelí, en el año 2001, que era de 71.0% (ENDESA 2001). La mayoría de las mujeres los obtienen en el puesto de salud de Santa Cruz.

En la atención del niño, que es otra de las prioridades del MINSA, encontramos que también hubo una buena cobertura: a todos los niños menores de 5 años se les realizó al menos un control. En general, durante el primer año de vida hay buena asistencia a las citas para VPCD, pero luego decaen.



En cuanto a las vacunas, al revisar las tarjetas, se encontró que a todos los niños les había aplicado las vacunas, de acuerdo a su edad.

La cobertura con vitamina A fue de 81%, según observación de las tarjetas de VPCD durante la encuesta. Sin embargo, el personal de enfermería del puesto de salud en Santa Cruz señala que se le ha suministrado a todos los niños, pero que a veces esto no se registra, lo que ocurre cuando las madres no llevan sus tarjetas al puesto de salud, o bien porque las pierden.

Análisis de la mortalidad Materna e Infantil.

Las tasas de mortalidad infantil reportadas por el personal del puesto de salud, de 6 y 7 por mil nacidos vivos, muy probablemente sean debida a problemas de subregistro, pues estos niveles son observados sólo en los países más desarrollados del mundo. En cuanto a la tasa de mortalidad materna, que fue de cero en el 2005 y de 633 por cien mil nacidos vivos en el 2006, las cifras deben tomarse con mucha cautela. En general, una medición confiable de la mortalidad materna requiere de la observación de datos de poblaciones grandes, o bien de muchos años de observación en poblaciones pequeñas. En general, la relativa cercanía de Santa Cruz al hospital de Estelí, reduce sensiblemente los riesgos de mortalidad al que están sometidas las embarazadas que residen en el área rural de Nicaragua.



CONCLUSIONES

La calidad de atención del programa Atención Integral a la Niñez y Adolescencia en el puesto de salud de Santa Cruz fue buena. Tiene importantes aspectos positivos, como la elevada cobertura en todos los componentes del programa, una tendencia a la mejoría en el cumplimiento de los estándares de calidad, y una valoración positiva de las usuarias. El puesto de salud tiene una infraestructura moderna, aunque ya resulta pequeña para los servicios que presta. Su principal dificultad tiene que ver con la falta de algunos instrumentos básicos, como balanza y tensiómetro. Además, tanto el personal como la población consideran que debiera disponerse de más recursos humanos, principalmente un médico permanente y otra enfermera. Una limitante es la insuficiente incorporación al trabajo de los brigadistas de salud.



RECOMENDACIONES

- 1.- Continuar trabajando en estudios de evaluación de servicios de salud, para mejorar el nivel de atención que se desea alcanzar no solo por un tiempo si no que siempre.
- 2.- Que el MINSA asigne un mayor número de equipos (recursos materiales de reposición: balanza, termómetros, medicamentos, tensiómetros, etc.) para poder cubrir adecuadamente las demandas de la población.
- 3.- Tener personal médico permanente y otro recurso de enfermería, para poder suplir mejor las necesidades de la población y continuar con un buen llenado de los estándares de calidad.
- 4.- Continuar implementando la estrategia de las brigadas médicas para poder seguir dando una buena cobertura y repuesta a la población, pero tomando en cuenta las normas de atención.
- 5.- Fortalecer la coordinación intersectorial e interinstitucional del MINSA en cuanto a mortalidad materna y perinatal, así como la realización de un buen registro de estas.



Referencia Bibliográfica

1. Castillo Reyes, Dora y Dávila Sandoval Rubén " Cumplimiento de los Estándares de calidad del componente Control Prenatal, Satisfacción de las usuarias y Prestadoras de servicio" Puesto de Salud Lea Brackett, Bluefields – RAAS. Tesis Para optar el Título de Dr. en Medicina y Cirugía. UNAN – León, Nicaragua 2006.
2. Galarza, Marco Tulio. " Calidad total aplicada al Sector Salud ". Universidad del Valle. Colombia 1996.
3. Maltez Araúz, Kelvin Daniel. " Calidad de Atención en el subprograma de control prenatal en el centro de salud Carlos Centeno de Siuna ". Tesis Para optar el título de Dr. en Medicina y Cirugía. UNAN – León, Nicaragua 2005.
4. Malagazar, Gustavo " Garantía de la calidad de atención de Salud ". Editorial Mc Graw Hill, México 2000.
5. Nicaragua, INEC - ENDESA " Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud ". 2001.
6. Nicaragua, Ministerio de Salud. " Atención Integral a la Mujer y Niñez ". Manual operativo. 1995.
7. Nicaragua, Ministerio de Salud. " Estándares e Indicadores de Calidad del proceso de atención a la Embarazada y el Recién nacido ". 2004.
8. Nicaragua, Ministerio de Salud. " Gerencia de Calidad Promoviendo una Cultura de Calidad en las Instituciones de salud del Primer Nivel de Atención ". 2001.



9. Nicaragua, Ministerio de Salud. " Gerencia de Calidad Promoviendo una Cultura de Calidad en las Sedes SILAIS ". 2001.
10. Nicaragua, Ministerio de Salud, " Manual de Instrumento de Atención Integral a la Niñez ". 1997.
11. Nicaragua, Ministerio de Salud. " Manual de Indicadores Básicos para la Evaluación de los Servicios de Atención de la Mujer y la Niñez ". Marzo, 1995.
12. Nicaragua, Ministerio de Salud. " Programa de Atención Integral a la Adolescencia ". 1996.
13. Nicaragua, Ministerio de Salud. " Programa de calidad Total de los Servicios de Salud ". Agosto, 1995.
14. Nicaragua, Ministerio de Salud. " Normas para la Atención Prenatal, Parto de Bajo Riesgo y Puerperio ". Dirección de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia. 1997.
15. Nicaragua, Ministerio de Salud. " Normas de Planificación Familiar ". Dirección General de AIMNA. 1996.
16. Nicaragua, Ministerio de Salud. " Normas de Prevención y Atención de Cáncer Cervicouterino ". 2000.
17. Nicaragua, Ministerio de Salud. " Normas y Procedimientos para la atención de la Violencia Intrafamiliar ". Departamento de atención integral a la mujer. 2001.
18. Schwarcz, Ricardo Leopoldo. " Atención Prenatal y del Parto de Bajo Riesgo ". CLAP/OPS, OMS. Argentina. 1991.



19. Toruño A. y Almendárez T. " Situación de la Salud Reproductiva en cuatro Departamentos de Nicaragua ". Departamento de Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas, UNAN-León. 2005.



ANEXOS

1.- CUESTIONARIO PARA ENCUESTA EN LAS COMUNIDADES

Estoy realizando un estudio con los usuarios de cada uno de los programas de Atención Integral a la Mujer Niñez y Adolescencia para conocer la cobertura de dichos programas y su opinión sobre los servicios brindados en la unidad, por lo que le pido su colaboración, asegurándole confidencialidad con los datos que brinden ya que estos serán utilizados para fines del estudio.

1.-¿Cuántos años cumplidos tiene? _____años.

2.- Estado civil:

a) Soltera: _____ (1)

b) Casada: _____ (2)

c) Acompañada: _____ (3)

3.- Escolaridad:

a) Analfabeta: _____ (1)

b) Primaria: _____ (2)

c) Secundaria: _____ (3)

d) Universitaria: _____ (4)

4. ¿Ha tenido hijos? ¿Cuántos hijos ha tenido?

Anotar 0 si no ha tenido hijos:_____

5. ¿Ha tenido hijos en los últimos 5 años? Si _____ (1)

No _____ (2) Pasar a Pregunta 14.

6.-¿En qué fecha nació su último hijo? _____



CPN (pregunta sólo a las mujeres que han tenido hijos en los últimos cinco años)

Le haremos algunas preguntas sobre la atención que recibió en el último embarazo y parto.

7.-¿Se le realizó algún control de embarazo por médico o enfermera?

- a) Sí: _____(1)
- b) No: _____(2) Pasar a la pregunta 11.

8.-En donde se realizó sus controles?

- a) Puesto de salud (MINSA) _____ (1)
- b) Centro de salud Leonel Rugama ____ (2)
- c) Hospital (MINSA) _____ (3)
- d) Clínica/Hospital privado _____ (4)
- e) Otros _____ (5) Especificar: _____

9.-¿Cuántos controles se hizo en su último embarazo?

- a) Número de controles: _____ (1)
- b) No recuerda: _____ (2)

10.- ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando le hicieron su primer control?

- a) Meses: _____ (1)
- b) No recuerda: _____ (2)



Atención del parto

11.- ¿En que lugar le atendieron su último parto?

- a) Hospital (MINSA): ____ (1)
- b) Clínica/Hospital (privado): ____ (2)
- c) En casa: ____ (3)
- d) Partera: ____ (4)
- e) Otro ____ (5) *Especificar:* _____

Puerperio

12.-¿Fue a que la revisaran después del parto? ¿A los cuántos días después del parto?

- a) Si, días: ____
- b) No: ____ (99) Pasar a la pregunta 14.

13.-¿En donde le realizaron el puerperio?

- a) Puesto de salud (MINSA): ____ (1)
- b) Hospital (MINSA): ____ (2)
- c) Clínica/Hospital (privado): ____ (3)
- d) No recuerda: ____ (4)

Detección oportuna del cáncer.

14.-¿Se ha realizado alguna vez el examen de Papanicolaou?

- a) Si: ____ (1)
- b) No: ____ (2) Pasar a pregunta 18.



15.-¿Hace cuanto tiempo se hizo el último examen? _____ meses No recuerda____
(99)

16.-¿Puede mostrarme el resultado del examen? Lo muestra____(1) No lo muestra____(2)

17.-¿Dónde se realizó el examen de Papanicolaou la última vez?

a) Puesto de salud (MINSA): _____(1)

b) Hospital/clínica (privada): _____(2)

Planificación familiar

18.- ¿Qué puede hacer una mujer que tiene relaciones sexuales para evitar salir embarazada? *Espera respuesta espontánea y marque las que mencione:*

a) Pastillas: _____ (1)

b) Inyección: _____ (2)

c) Aparato, DIU, T de cobre: _____ (3)

d) Operación de la mujer: _____ (4)

e) Operación en el hombre: _____ (5)

f) Abstinencia periódica, ritmo, collar: _____ (6)

g) Coito interruptus: _____ (7)

h) Preservativo, condón: _____ (8)

19.-¿Está usted embarazada en este momento?

a) Si _____ (1) Pasar a pregunta 23.

b) No: _____ (2)

c) No sabe: _____ (3)



20.-¿Desea salir embarazada en este año, desea salir embarazada más adelante, o no desea del todo salir embarazada?

- a) Desea embarazo pronto _____ (1)
- b) Desea embarazo más adelante _____ (2)
- c) No desea del todo embarazos _____ (3)
- d) No sabe _____ (4)

21.-¿Usa usted o su marido alguno de los siguientes métodos para evitar salir embarazada?

Métodos	Si(1)	No(2)
Pastillas		
Inyección		
Aparato, DIU, T de cobre		
¿Usted está operada para no tener hijos?		
¿Su marido está operado para no tener hijos?		
Condón		
Ritmo, collar, Evita relaciones ciertos días del mes		
El se retira antes de terminar, coito interrumpido		

Revisar y registrar: Usa algún método anticonceptivo: Si____ (1) No____(2)

22.- Si es un método moderno, preguntar: ¿Dónde obtuvo el método de planificación familiar que está usando?

- a) Unidad de salud del MINSA _____ (1)
- b) Clínica/Hospital (privado): _____ (2)
- c) Farmacia: _____ (3)
- d) Puesto o clínica de ONG: _____ (4)
- e) Otros: _____ (5)



DATOS SOBRE EL NIÑO O LA NIÑA

23.- ¿Está vivo su último hijo? Si ____ (1) No ____ (2)

24.- ¿Cuántos años cumplidos tiene (o tendría) su hijo menor? ____ años.

25.- ¿Cómo se llama su hijo menor? _____

26.- ¿Ha llevado a (Nombre del hijo menor) al puesto de salud a control de crecimiento y desarrollo? Si ____ (1)
No ____ (2)

27.- ¿Tiene carnet? Si ____ (1) No ____ (2)

28.- ¿Hace cuántos meses lo llevó a control? _____ meses

29.- ¿Cuántas veces ha asistido a VPCD? _____

Anotar el número de veces que debería de haber acudido a control, de acuerdo a su edad. _____ veces

30. *Calcular visitas realizadas como % de lo esperado según normas: _____*



31. Revisar carnet de vacunación y anotar número de dosis de vacuna recibidas:

Vacuna	Dosis	Adecuada para edad		Inmunizado	
		Si	No	Si	No
BCG					
Polio					
Pentavalente					
MMR					
DPT					
Rotavirus					
Vitamina A					
Sulfato ferroso					



2.- CUESTIONARIO PARA ENTREVISTA A USUARIAS EXTERNOS DEL PROGRAMA DE AIMNA

Estoy realizando un estudio para conocer la opinión de las mujeres sobre la atención que reciben en la unidad, con la finalidad de ir mejorando esta atención ¿Quisiera contestarme algunas preguntas al respecto? Puede tener absoluta seguridad de que la información será manejada de forma confidencial y que será utilizada para fines del estudio. ¿Acepta participar?

1.- Programa o servicio en que estaba siendo atendida (ella o su niño)

CPN ____ (1) Planificación familiar: ____ (2)

Detección oportuna de cáncer ____ (3) VPCD ____ (4)

2.- ¿Qué tanto tuvo que esperar para ser atendida?

Demasiado ____ (1) Más de lo necesario ____ (2) Adecuado ____ (3)

3.-¿Qué tan cuidadosa fue la forma como la(o) examinaron?

Muy bueno ____ (1) Bueno ____ (2) Regular ____ (3) Malo ____ (4)

4.- ¿Qué tal fue el trato que le dieron ahora que la atendieron?

Muy bueno ____ (1) Bueno ____ (2) Regular ____ (3) Malo ____ (4)

5.-¿Le recetaron medicamentos o métodos de planificación familiar?

Si ____ (1)

No ____ (2) Pasar a pregunta 7.

6.-¿Cuánto del medicamento que le recetaron se lo dieron en el puesto de salud?

Todo ____ (1) La mayor parte ____ (2) Algo ____ (3) Nada ____ (4)

7.-¿Qué tan limpio le pareció el puesto de salud?

Muy limpio ____ (1) Algo limpio ____ (2) Poco limpio ____ (3) Sucio ____ (4)

8.-¿Qué recomendaría para mejorar la atención del centro de salud?



3.- GUIA DE ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVES

Estoy realizando un estudio para conocer la opinión de las sobre la atención que se brinda en la unidad, con la finalidad de ir mejorando esta atención ¿Quisiera contestarme algunas preguntas al respecto? Puede tener absoluta seguridad de que la información será manejada de forma confidencial y que será utilizada para fines del estudio.

1.- ¿Cómo valora la calidad del programa de atención integral a la mujer, niñez y adolescencia en el puesto de salud de Santa Cruz?

Recurso 1: Creemos que la valoramos bien con la cobertura y la atención que le brindamos a la población, aún con los pocos recursos que somos.

Recurso 2: De calidad, calidad no es porque lo que el MINSA quiere es cantidad no calidad. Porque si fuera de calidad trabajáramos con menos pacientes ya sea con CPN, control de Fertilidad y aquí tiene uno que hacer todo lo que viene y para mí control de calidad, de buena calidad es dedicarle mas tiempo al paciente.

2.- ¿En qué medida el personal del puesto de salud es suficiente para desarrollar bien el programa de AIMNA?

Recurso 1: Creo que somos pocas el personal, porque somos solo dos y son 20 comunidades el sector, es muy grande y creo que hace falta un recurso mas en las brigadas médicas para que una se quede en el puesto atendiendo y las otras dos que vayan a buscar a las mujeres embarazadas y los niños.

Recurso 2: Con otro recurso que venga al puesto porque, uno dice yo voy a atender tantos pacientes y los otros se los voy a dar a la otra que venga porque si



vienen 10 pacientes ud. le tiene que dar una buena atención pero si vienen 20 ya no es lo mismo.

3.- ¿En qué medida los recursos materiales del puesto de salud son suficientes para desarrollar bien el programa de AIMNA?

Recurso 1: Por el momento nos hace falta un tensiómetro para atender a las embarazadas y puérperas y a la población en general y la pesa de niños que esta dañada.

Recurso 2: Como a decir ahorita nos hace falta un tensiómetro entonces esa atención ya no esta completa, porque si yo le hice un control de embarazo a una paciente ahí le hizo falta tomarle la presión y la pesa para los niños.

4.- ¿Cree ud que los brigadistas de salud están ayudando para lograr una buena calidad de atención en el puesto de salud?

Recurso 1: No todos los brigadistas, ahorita con las mujeres embarazadas que hay son pocos los que están trabajando con nosotros. Con la red comunitaria que tenemos estos nos ayudan en las jornadas de vacunación ellas informan a la comunidad, reúnen a las madres de familia; pero cuando los invitamos para una reunión no todos los brigadistas vienen el 20% es el que mas ha trabajado.

Recurso 2: Son pocos los brigadistas que están proporcionando una buena ayuda, aunque han sido capacitados en el Leonel Rugama y aquí, aún con esa capacitación no cumplen con los requisitos que se les pide. Son 30 brigadistas y de estos están trabajando bien solo los de 5 comunidades.



5.- ¿Cómo esta la morbilidad y la mortalidad de mujeres y los niños en el puesto de salud desde el 2005- 2006?

Recurso 1: Muertes maternas fue 1, óbitos recuerdo que son 2 o más pero son intrahospitalarios. La muerte materna fue de eclampsia.

Recurso 2: 1 muerte maternas una de la comunidad de Subtiava. Óbitos fueron 2.



4.- FICHA DE RECOLECCION DE DATOS OBSERVACIONALES

Características del local:

Privado

Solo médico con paciente: _____

Mas personas en el cubículo: _____

Limpio

Muebles sin polvo: _____

Papeleras: _____

Ventilación

Aire acondicionado: _____

Abanico: _____

Ventanas abiertas: _____

Iluminación

Lámparas: _____

Bujías: _____

Solo luz del exterior: _____

Espacioso

Permite la realización de pruebas motoras: si _____ no _____



Infraestructura

Parámetro	Marque x si esta
Techo en buen estado	
Piso de ladrillos / embaldosado	
Paredes sin grietas, pintadas, Limpias	
Agua potable	
Luz eléctrica	
Lavamanos en buen estado	
Servicio sanitario en buen estado	
Teléfono	
Sala de espera	
Admisión	
Consultorio	
Cubículo de VPCD	
Cubículo de CPN	
Cubículo de toma de muestra de PAP	
Sala de partos	
Cubículo de inmunización	

Constatar existencia de materiales:

Sillas: _____

Mesas: _____

Escritorio: _____

Estetoscopio: _____

Termómetro: _____

Tarjetero: _____

Balanza infantil: _____



Balanza adultos: _____
Cinta métrica: _____
Mesa tallímetro: _____
Afiches y carteles: _____
Canapé mesa de revisión: _____
Sonajeros: _____
Termo de vacunas: _____
Pelotas: _____
Lápiz: _____
Papel _____
Dados de colores _____
Expedientes _____



GLOSARIO

Cobertura:

Es el indicador que nos refleja la cantidad relativa (%) del grupo de población que ha recibido un determinado servicio o actividad, que ha sido atendidos al menos una vez al año.

Concentración:

Es el indicador que nos refleja el promedio de actividades que se han realizado a una de las personas captadas del universo a que va orientada la actividad.

Incidencia:

Es el número de personas que contraen una enfermedad en un determinado periodo de tiempo. Se expresa por mil, diez mil o cien mil habitantes.

Indicador:

Es una característica o una expresión cuali-cuantitativa que permiten detectar y medir total o parcialmente un comportamiento, es un número, una tasa, un índice, un porcentaje o una razón que nos permite una vez obtenida medir la magnitud del fenómeno. Existen indicadores de estructura, proceso y resultado.

Indicadores de salud:

Son los datos más importantes del estado de salud y bienestar de la población. Las fuentes para estos datos provienen del censo general de estadísticas vitales.

Letalidad:

Es la proporción de personas que contraen una enfermedad y que fallecen por esa misma causa.



Morbilidad:

Relación entre los enfermos y la población de un área específica, en tiempo determinado, la relación se establece a través de la tasa denominada de morbilidad que por lo general se calcula para causas específicas. Es el número proporcional de personas que enferman en una población y tiempo determinado.

Nivel de atención:

Se refiere a la complejidad de los servicios o establecimientos de salud, los más simples (primarios) se encargan de la solución de los problemas más sencillos y los más complejos (secundarios) requieren equipos más complicados y personal más especializado.

Prevalencia:

Es el número de casos existentes en un periodo (nuevos y ya existentes al iniciarse el periodo) dividido por la población total. Se recomienda especificar si se trata de prevalencia anual, mensual o semanal.

Proporción:

Indica la preferencia con la que se presenta un evento (enfermedad o muerte) con respecto a la totalidad de unidades observadas. La proporción es una expresión que a diferencia de la razón el numerador está incluido en el denominador, es decir, que la proporción se calcula a partir de una misma fuente.

Razón:

Es el resultado de dividir un evento o una cantidad entre otra que se toma como la unidad. Señala el tamaño de una cantidad con respecto a otra. Es una relación entre el numerador y el denominador los cuales son valores bien definidos y diferentes y el numerador no está incluido en el denominador por lo tanto tiene la forma a/b .



Tasa:

Expresa la frecuencia con que ocurre determinado evento en el tiempo, generalmente un año. Es el cociente que relaciona la frecuencia absoluta que mide el suceso de un fenómeno con respecto a la frecuencia, también absoluta, de la población que generó el hecho mencionado en el numerador.

Cuadros de gestión:

Es una serie de datos e indicadores que ordenados en forma de tablas y gráficos muestran aquellas variables esenciales capaces de reflejar la situación actual, el evolutivo y/o la tendencia previsible de una determinada organización.

Captación precoz:

Ingreso al programa de control prenatal de aquellos embarazos cuya edad gestacional se encuentra comprendida en el rango de menor o igual a catorce semanas de gestación (primer trimestre del embarazo).



Indicadores e Instrumentos a Monitorear en el Primer Nivel de Atención para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal

1.- Porcentaje de Embarazadas en cuyo CPN se les lleno su HCPB y se registraron sus 12 actividades normadas

Cada número corresponde a un expediente monitoreado. Anotar con una X en la casilla correspondiente al criterio cumplido si el expediente clínico cumple con el registro de dicho criterio. La casilla de expediente cumple se marcará con una X solamente si en el expediente monitoreado se registraron los 12 criterios. El promedio global se obtiene en dividir el total de expediente cumple entre el total de expedientes monitoreados X 100. Si la embarazada tiene menos de 18 SG para la valoración de movimientos fetales o menos de 20 SG para la valoración de FCF probablemente no se percibirá, por los que estos criterios serán marcados en la casilla como NA (no aplica) siendo en este caso el denominador para este expediente en particular muy probablemente 11 ó 10 parámetros.

CRITERIO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Promedio
Antecedentes Personales y Obstétricos																					
Medición de Talla																					
Examen de Mamas																					
Semanas de Amenorrea																					
Medición del Peso																					
Determinación de Presión Arterial																					
Medición de altura Uterina																					
Auscultación de FCF después de 20 SG																					
Aplicación de Vacuna Antitetánica																					
Solicitud de Exámenes(Tipo y Rh, PAP, VDRL/RPR, EGO, Hb																					
Evaluación del Estado Nutricional																					
EXPEDIENTE CUMPLE																					
Promedio Global																					



2.- Porcentaje de Puérperas con Vigilancia Adecuada

Cada número corresponde a un expediente monitoreado. Anotar en una casilla correspondiente al signo vital examinado, si el expediente clínico cumple con el registro de dicho criterio. La casilla de expediente cumple se marcará con una X solamente, si en el expediente monitoreado se registraron los 5 parámetros de vigilancia de la puérpera. El promedio global se obtiene de dividir el total de expediente cumple entre el total de expedientes monitoreados X100.

CRITERIO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Promedio
Temperatura Corporal																					
Pulso																					
Presión Arterial																					
Involución Uterina																					
Loquios																					
EXPEDIENTE CUMPLE																					
Promedio Global																					



- 3.1 Porcentaje de usuarias con Hemorragia Obstétrica que recibieron tratamiento según protocolo del MINSA.**
- 3.2 Porcentaje de usuarias con Hipertensión Arterial Inducida por el Embarazo (SHG) que recibieron tratamiento según protocolo del MINSA.**
- 3.3 Porcentaje de usuarias con Sepsis por causa Obstétrica que recibieron tratamiento según protocolo del MINSA.**
- 3.4 Porcentaje de usuarias con Atención Post Aborto que recibieron tratamiento según protocolo del MINSA.**

Cada número corresponde a un expediente monitoreado de usuarias que fueron atendidas en la unidad de salud por complicación obstétrica. Anotar con una X en la casilla correspondiente si se cumplió con el indicador establecido. El promedio para cada indicador, se obtiene de dividir el Total de Expedientes en donde se cumple con el indicador entre el total de expedientes monitoreados X 100.

INDICADOR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Promedio
3.1 Usuarías con Hemorragia Obstétrica que recibieron tratamiento según protocolo del MINSA.																					
3.2 Usuarías con Hipertensión Arterial Inducida por el Embarazo (SHG) que recibieron tratamiento según protocolo del MINSA.																					
3.3 Porcentaje de usuarias con Sepsis por Causa Obstétrica que recibieron tratamiento según protocolo del MINSA.																					
3.4 Porcentaje de usuarias con Atención Post aborto que recibieron tratamiento según protocolo del MINSA.																					



4.- Porcentaje de embarazadas con Amenaza de Parto Pretérmino (APP) a quienes se les aplicó correctamente Dexametasona.

Cada número correspondiente a un expediente monitoreado. Anotar con una X en la casilla correspondiente, siempre que a la usuaria a quien se le haya diagnosticado APP se le hubiese aplicado la primera dosis de Dexametasona 6mg IM, al momento de establecer el diagnóstico en el centro de salud, pero antes de su referencia al hospital. El promedio se obtiene al dividir el total de X en donde se cumplió el criterio entre el total de expedientes monitoreados X 100.

CRITERIO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Promedio
A la embarazada con APP con 24 a 34 semanas de gestación se le aplicó Dexametasona 6 mg IM cada 12 horas por 4 dosis (en el hospital), aplicando la primera dosis al momento de establecer el diagnóstico (en el primer nivel de atención o en el hospital).																					



4



		
MUY BIEN	PELIGRO	PELIGRO

FECHA							
EDAD							
PESO							
PERC							

HISTORIA CLÍNICA DE ATENCIÓN GOBIERNO DE NICARAGUA A LA NIÑEZ MINISTERIO DE SALUD

NOMBRE: _____ Nº DE HISTORIA CLÍNICA _____ Nº CENSO _____
 MADRE: _____ UNIDAD DE SALUD _____ SECTOR _____
 PADRE: _____ DOMICILIO _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA: _____
 DÍA [] [] MES [] [] AÑO [] [] SEXO: F [] M []

ANTECEDENTES PERINATALES		NACIMIENTO:		ATENDIDO POR:		TIPO DE NACIMIENTO:	
Instit. ☐ Domic. ☐ Otro ☐		Médico ☐ Enfermera ☐ Partera ☐ Otro ☐				Único ☐ Múltiple ☐	
PATOLOGÍA		EDAD GESTAC. AL NACER		ANTROPOMETRÍA		APGAR	
EMB. Si ☐ No ☐		Sem ☐ Menor 37 ☐ Mayor 41 ☐		PESO AL NACER: [] [] [] g. TALLA [] [] cm		1º Minuto ☐ 5º Minuto ☐	
PARTO Si ☐ No ☐				Menor de 2500 g. ☐ PER.CEF. [] [] cm		Deprimido Si ☐ No ☐	
PUERP. Si ☐ No ☐						Reanimado Si ☐ No ☐	
						PATOLOGÍA SRN Si ☐ No ☐	

FAMILIA		INTERVALO INTERGENÉSICO		ESTADO CIVIL		INSTRUCCIÓN	
Madre Si ☐ No ☐ Edad [] [] Años		Menor de: 18 meses ☐ Mayor de: 18 meses ☐		Casada ☐ Acompañada ☐ Soltera ☐ Otro ☐		Madre Padre	
Ocupación _____		Hermanos Vivos ☐ Muertos ☐ Otros ☐		Situación Estable ☐ Inestable ☐		Analfabeto ☐ Alfabetizado ☐	
Padre Si ☐ No ☐ Ocupación _____						Primaria Incompleta ☐ Primaria Completa ☐ Secundaria Incompleta ☐ Secundaria Completa ☐ Educación Superior ☐	

VIVIENDA: Nº Cuartos ☐		AGUA		EXCRETAS	
Piso de tierra: SI ☐ NO ☐		Chorro dom. ☐ Chorro com. ☐ Pozo ☐ Otro ☐		Inodoro ☐ Letrina ☐ Otro ☐	

BCG		SARAMPION		DPT		ANTIPOLIO					
DOSIS	FECHA	DOSIS	FECHA	DOSIS	FECHA	DOSIS	FECHA	DOSIS	FECHA	DOSIS	FECHA
1		1		1		1		6		11	
		Adic.		2		2		7		12	
				3		3		8		13	
				Adic.		4		9		14	
						5		10		15	

ALIMENTACIÓN DEL NIÑO (A) DURANTE SU PRIMER AÑO DE VIDA

ALIMENTACIÓN	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Leche Materna													
Vegetales													
Frutas													
Maíz													
Arroz													
Otros Cereales													
Frijoles													
Carne (Pollo, Pavo, Cerdo, Pescado)													
Huevo													
Derivados de la leche													
Agua sola													
Otros leches													

Marque con un X el mes que inicia el alimento

El niño (a) que es amamantado (a) no necesita tomar agua, porque LA LECHE MATERNA contiene suficiente AGUA. Al año de vida el niño (a) debe comer de todo. Continuar lactancia materna hasta los 2 años de edad.

MICRONUTRIENTES

FECHA	VITAMINA A	HIERRO

La vitamina "A", se administrará a los 6 meses de edad y con un intervalo de 6 meses entre una y otra dosis.

PUESTO DE SALUD SANTA CRUZ, ESTELÍ.

