

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA  
UNAN – LEÓN  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**MONOGRAFÍA  
PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA.**

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL COMPONENTE CONTROL  
PRENATAL DEL CENTRO DE SALUD PERLA MARIA NORORI  
DE LA CIUDAD DE LEÓN.**

**Autora: Br. Mariela Argentina Gómez Toruño.  
Br. Dolores Margarita Guido Álvarez.**

**Tutora: Lic. Fidelina del S. Munguía Hernández.  
Maestría en Administración de Servicios de salud**

**¡A LA LIBERTAD POR LA UNIVERSIDAD!**



## **DEDICATORIA**

A Dios, hacedor de todas las cosas, por haberme dado la suficiente sabiduría, fuerzas y entendimiento para cumplir uno de mi más gran sueño.

A mis padres por enseñarme los grandes valores del ser humano.

A mi Hermana Karla por brindarme su apoyo y comprensión deseándome de todo corazón ser una profesional de éxitos.

A mi esposo Marvin Valdivia que tiene muchas virtudes humanas, siempre presente en los momentos difíciles y que a pesar de las dificultades me apoyó incondicionalmente.

A mi hija Kimberly por que representa la esperanza de mis anhelos.

### **Margarita Guido Álvarez.**

A Jehová padre, que me dio la fortaleza, sabiduría e inteligencia para culminar con una etapa más de mis estudios y me ha acompañado durante los momentos de felicidad y desánimo.

A mis padres por haberme dado la vida y sobre todo por enseñarme el verdadero valor del amor, el respeto y la amistad, apoyándome en el transcurso de mi carrera.

A mi amado esposo Carlos Luís Castellón, mis hijas Mariangeles y Mariel, por haber sido pacientes, alentadores, transmitirme tanto amor y esperanza, por apoyarme moral y espiritualmente.

### **Mariela Argentina Gómez Toruño.**



## **AGRADECIMIENTO**

A DIOS por permitirnos culminar ésta etapa en nuestras vidas.

A mi hermana y esposo gracias por su apoyo y comprensión.

A mi hija fuente de mi inspiración y fortaleza.

A los usuarios externos e internos del Centro de Salud Perla Maria Norori gracias por su colaboración para que este estudio fuese posible.

A mi maestra Lic. Fidelina Murguía por haberme guiado en la realización de esta investigación con sus años de experiencia.

### **Margarita Guido Álvarez.**

A Dios nuestro señor por alentarme día a día.

A mis padres Rosa Argentina Toruño y Luís Alberto Gómez, mis hermanos Meyling, Alberto, Antonio, Luisa y Brenda por el apoyo y amor que me han brindado.

A mi esposo e hijas por ser parte tan importante de mi vida.

A mis grandes amigos Lisseth García, Boanerge Flores, Carlos Flores, Marvin González, José Ramón Franco y en especial a Javier Fajardo y Tania Figueroa por haber compartido tan buenas experiencias.

A todas las personas que colaboraron de alguna forma para la realización de este trabajo monográfico.

A la licenciada Fidelina Munguía y al doctor Arnoldo Toruño por regalarme un poco de su tiempo y sabiduría.

### **Mariela Argentina Gómez Toruño.**



## RESUMEN

Comprende la evaluación de la calidad del componente control prenatal en el Centro de Salud Perla Maria Norori, basándose en una combinación de métodos y técnicas cuali - cuantitativas, correspondiendo a la observación de los recursos humanos como materiales, encuestas a la usuaria en la comunidad y de satisfacción, entrevistas a informantes claves del componente, una autoevaluación al personal asignado y revisión de expedientes.

La calidad del componente resultó ser deficiente, en los recursos humanos la autoevaluación de conocimientos del personal de enfermería relacionado con las normas fue bajo, mientras que los recursos materiales se encontraron escasos, su vida útil ya concluyó y la infraestructura es inadecuada, por espacio reducido, poca ventilación e iluminación.

En cuanto al proceso de atención existe incumplimiento de las normas principalmente en la toma de Papanicolaou, exudado vaginal, prescripción de exámenes de laboratorio, actualización de anamnesis, falta de chequeo de casillas en amarillo de la HCPB y la conserjería ocurre pero no de acuerdo al control prenatal.

En cuanto a logros obtenidos, las coberturas resultaron altas y positivas por la ausencia de mortalidad materna, existen bajos conocimientos en signos de peligro, alimentación durante el embarazo, sobre la función de la vacuna antitetánica y ante situaciones propuestas respecto a las prácticas resultaron inadecuadas. Las usuarias se sienten satisfechas con el trato brindado, pero están insatisfechas con el tiempo de espera para la consulta.

Para el mejoramiento del servicio se requiere la formación del comité de calidad en el que es formen el círculo de calidad.

.



## INDICE

<b><u>Contenido</u></b>	<b><u>Págs</u></b>
1. Introducción.....	1 - 4
2. Planteamiento del Problema.....	5
3. Objetivos.....	6
4. Marco Teórico.....	7 - 25
5. Diseño Metodológico.....	26 - 34
6. Resultados.....	35 - 63
7. Discusión .....	64 - 67
8. Conclusiones .....	68
9. Recomendaciones.....	69
10. Bibliografía.....	70 - 71
11. Anexos.....	72
1. Entrevista a profundidad a informantes clave.	
2. Guía de observación directa participativa.	
3. Guía de observación directa para evaluar el cumplimiento de las normas.	
4. Cuestionario de al personal de salud.	
5. Guía de evaluación para valorar el cumplimiento de las normas CPN.	
6. Entrevista de salida a las mujeres embarazadas asistentes a CPN.	
7. Encuesta a mujeres en edad fértil.	
8. Marco muestral.	
9. Muestra de manzanas seleccionadas.	



## 1. INTRODUCCION

El embarazo es un estado fisiológico normal de la mujer durante el cual se gesta un feto en su cuerpo. En el transcurso de este proceso se producen una serie de modificaciones anatómicas y funcionales (modificaciones fisiogravídicas) que abarcan en mayor o menor grado y casi sin excepción a todos los órganos y sistemas. (1)

El componente control prenatal surge en Nicaragua en 1980, como una estrategia del Ministerio de Salud en busca de brindar a la población femenina una atención adecuada y así disminuir la mortalidad materna y perinatal a través de técnicas y procedimientos; además de educar continua y permanentemente a la mujer embarazada, para que con la adquisición de nuevos conocimientos y evaluación continua de su embarazo, éste curse y concluya de una manera satisfactoria para todos, lo que implica la necesidad de evaluar la organización y funcionamiento del modelo de prestación de servicios de salud. (2)

El control prenatal y la atención institucional del parto son dos servicios elementales en el cuidado de la salud materna e infantil. El primero permite prevenir e identificar factores de riesgo y referir oportunamente a la mujer embarazada a una unidad con capacidad de resolución. El segundo supone asegurar la presencia de personal calificado que brinde asistencia especializada en caso de una complicación. Para lograr todo lo anterior es primordial la atención integral en cada control prenatal asegurando que las actividades pertinentes lleguen a las usuarias en tiempo y forma, logrando incidir de manera positiva en la calidad de atención. (1)

Los servicios de salud en el país han evolucionado desde la oferta de atención individual y específica para tratar la enfermedad, a una oferta de un Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), en particular el Paquete Básico de Servicio de Salud (PBSS) este incluye el servicio de protección y prevención en salud, en donde está contenida la atención prenatal; ya que son acciones encaminadas a prevenir y mantener el bienestar de la población. (3)



Para el país la muerte materna sigue siendo una de las causas más importantes en las mujeres en edad reproductiva. Según el sistema de vigilancia de Mortalidad Materna para 1996 la tasa de muerte materna fue de 125 por 100,000 Nacidos Vivos Reportados (NVR), manteniéndose un subregistro aproximado del 50%. Entre las principales causas de mortalidad materna registradas se destacan la Hemorragia Postparto, el Síndrome Hipertensivo Gestacional, la infección y el aborto inducido en condiciones inseguras. La pérdida de vidas a causa de complicaciones durante el embarazo, la incidencia de mortalidad y discapacidad y los impactos sociales y económicos subrayan la necesidad urgente de reducir la mortalidad materna en la región de América Latina y el Caribe. (6)

En 1986 Abaunza Y. realizó un estudio en el Jicaral y Malpaisillo sobre la calidad de atención en el control prenatal, en este estudio no se tomó en cuenta la estructura en la evaluación, en cuanto a proceso se hizo énfasis en la evaluación del cumplimiento de las normas del componente, donde ambas áreas resultaron con alto porcentaje de cumplimiento; en cuanto resultado se evaluó únicamente las metas y coberturas obtenidas con un alto porcentaje de cumplimiento. (7)

En 1993 Echeverri M. evalúa el programa de control prenatal en el centro de salud de La Paz Centro, adolece de una evaluación de la estructura del componente, concentrándose en el proceso de la evaluación de las normas que dio como resultado un alto porcentaje de incumplimiento de las mismas. En cuanto a los logros del componente las usuarias valoraron tanto la satisfacción de manera positiva como las metas alcanzadas (8).

En 1997 Alduvin G. realizó un estudio sobre la satisfacción con el programa de control prenatal en Quezalguaque y Santa Rosa del Peñón, este estudio solo tomó en cuenta un componente de la evaluación de la calidad: los resultados y exclusivamente se evaluó la satisfacción de las usuarias concluyendo que es buena. (9)



El estudio más reciente realizado en el departamento de León fue el de Salgado E. en el centro de salud de Sutiava sobre la calidad del control prenatal en el 2002, se evaluó el cumplimiento de metas deficiente y la satisfacción de las usuarias del componente obtuvo que de las 250 mujeres encuestadas el 72.4% referían una adecuada atención por parte del personal de salud del programa. (10)

De los datos obtenidos en ENDESA-2001 en Nicaragua el 14 por ciento de las mujeres que tuvieron un nacimiento en los cinco años anteriores a la encuesta no tuvo ningún control para el último embarazo. Sin embargo se siguen observando significativas diferencias por área o departamento de residencia, nivel de instrucción de las mujeres y orden de nacimiento del hijo. La atención prenatal fue superior al 85 por ciento en el área urbana y en los departamentos del Pacífico y de la región de las Segovias, aunque en los departamentos de la Región Atlántica y en Jinotega, se mantienen niveles inferiores al del área rural (80 por ciento).

Es inquietante ver que entre los grupos de menor cobertura (las mujeres sin instrucción y entre las residentes en el área rural), en los últimos años no ha habido descenso o éste ha sido mínimo. Por ejemplo, el porcentaje de mujeres sin atención en 1998 ascendía a 23 por ciento entre las mujeres rurales y a 33 por ciento entre aquellas sin educación, en comparación con 21 y 34 por ciento, respectivamente, en el 2001. (11)

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

Un buen CPN por parte del personal de salud es de suma importancia ya que de su uso depende la detección precoz de factores de riesgo para un adecuado manejo y/o referencia oportuna lo que significaría calidad de atención a la mujer embarazada.

Los resultados del presente estudio permitirán encontrar las fortalezas y debilidades que tiene el componente del control prenatal, de tal forma que se puedan diseñar



estrategias de mejoramiento continuo de la calidad a las mujeres embarazadas promoviendo y garantizando una evolución y finalización adecuada del embarazo, logrando el máximo beneficio y satisfacción de las usuarias al menor costo y menor riesgo para esto es imprescindible el uso permanente de la aplicación de las normas de atención prenatal.



## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la calidad del componente control prenatal en el centro de salud Perla Maria Norori?



### **3. OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la calidad del componente control prenatal en el centro de salud Perla Maria Norori.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Evaluar la adecuación del personal de salud, recursos materiales y de infraestructura.

Valorar el cumplimiento de las normas del componente de control prenatal.

Evaluar los resultados del componente en relación a cobertura, conocimientos, prácticas y actitudes que tienen las mujeres en edad fértil.

Conocer el grado de satisfacción de las usuarias externas.



## 4. MARCO TEÓRICO

### 4.1 Aspectos generales de la calidad.

#### 4.1.1 Definición de calidad:

La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) propone como definición de calidad en las instituciones de salud lo siguiente: un alto grado de satisfacción por parte de los usuarios externos e internos, impacto positivo en la salud del usuario externo, un mínimo de riesgo para los usuarios internos y externos, un alto nivel de excelencia profesional del personal y uso eficiente de los recursos de la institución. (12)

#### 4.1.2 Componentes de la calidad:

Los componentes de la calidad en los Servicios de salud son: la seguridad del ambiente (legislación e inspección), satisfacción del paciente, entrenamiento clínico (registro, licenciamiento, acreditación y reconocimiento), rendimiento técnico (monitoreo externo) y organización de los servicios (auditoria organizacional, tiempo de espera y lista de espera). (13)

#### 4.1.3 Herramientas de la calidad:

La calidad en atención primaria en salud descansa sobre tres pilares básicos, los cuales son: la eficacia: que trata de establecer el valor efectivo de las técnicas y procedimientos utilizados en la atención de la salud, es decir los resultados que se obtienen con las actividades realizadas.

Se entiende por efectividad, la medida en que una forma eficaz de atención ha estado o está al alcance de toda la población a quienes podría haber beneficiado o que podrían



necesitar de ella y es valido tanto para acciones preventivas como para acciones curativas.

La eficiencia, consiste en la más adecuada y económica utilización de recursos para obtener los mejores resultados de la atención; medidos tanto a nivel individual como a nivel comunitario.

Los programas de garantía de calidad, en especial los que están basados en las estrategias de la calidad total y mejora continua, ofrecen un conjunto de técnicas, que si se aplican adecuadamente para analizar problemas y proponer soluciones, puede ser la base para tomar decisiones importantes orientadas a mejorar la calidad haciendo un uso más eficiente de los recursos y en consecuencia reduciendo los costos.

Entre las técnicas más utilizadas están las de las siete herramientas básicas: diagrama de Pareto, diagrama causa-efecto, hoja de datos, gráficos de control, histograma, gráficos de tendencia y lista de verificación.

Existen también otras técnicas utilizadas que no forman parte del grupo de las siete herramientas básicas, entre estas: lluvia de ideas, diagrama de flujo y gráficos circulares. (13)

#### 4.1.4 Principios para la buena calidad:

Los programas han creado enfoque que benefician los servicios de salud reproductiva en todos los países en desarrollo. Aunque aun están en las etapas preliminares, estos esfuerzos sugieren algunos principios importantes:

El cliente es lo primordial, la atención centrada en el cliente proporciona lo que desea todo cliente: respeto, comprensión, equidad, información precisa, competencia conveniencia y resultado. La mayor atención ayuda a los clientes a lograr sus propias metas reproductivas.



La garantía de la calidad comprende en las estrategias modernas relacionadas con la calidad en el campo de la salud suelen representarse como un triángulo, reflejando los conceptos de administración elaborados por Juran.

Los tres puntos del triángulo son componentes esenciales, interrelacionado y mutuamente reforzadores de la garantía de la calidad que son los siguientes: el diseño de la calidad referido como un proceso de la planificación del diseño, comprende la misión de la organización, incluso sus clientes y servicios y distribuye los recursos y establece los estándares para la prestación de servicios. El control de la calidad consiste en el monitoreo, la supervisión y la evaluación que asegura que todo empleado y toda unidad de trabajo cumplan con esos estándares y constantemente presten servicios de buena calidad. El mejoramiento de la calidad dirigido a procurar a elevar la calidad y los estándares continuamente mediante la resolución de problemas y el mejoramiento de procesos

#### 4.1.5 Las perspectivas de la calidad:

Para los profesionales de salud la calidad ha significado calidad de atención clínica, es decir, prestar atención técnicamente competente, eficaz y segura que contribuya al bienestar del individuo. La definición de calidad creada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) abarca las perspectivas de todos estos grupos: la calidad de atención consiste en el desempeño adecuado (según los estándares) de intervenciones confirmadas como seguras, que sean económicamente accesibles a la sociedad en cuestión y capaces de producir un impacto sobre las tasas de mortalidad, morbilidad, minusvalía y desnutrición.

Se comprende como perspectivas del cliente abordar las inquietudes del mismo siendo tan esencial para la atención de buena calidad como la competencia técnica. La calidad depende principalmente de su interacción con el profesional de salud, de atributos tales como el tiempo de espera y la privacidad, la accesibilidad de la atención, y como lo más básico, de que obtenga el servicio que procura.



#### 4.1.6 Beneficios de la buena calidad:

Todo profesional de salud tiene la obligación ética de garantizar que los servicios sean de buena calidad. Entre estos beneficios figuran: seguridad y eficacia; satisfacción del cliente, y por ende continuación por un plazo más largo; satisfacción del profesional de salud con su trabajo; mejor la reputación y competitividad del programa y mayor acceso a los servicios.

#### 4.1.7 Evaluación de calidad:

Evaluación es un proceso de medición que compara lo actual con lo que se pretende, implica realizar un juicio sobre una actividad, un recurso o un resultado al determinar el valor o grado de éxito en la consecución de un objetivo predeterminado.

El juicio de la evaluación está basado en criterios y normas. Por criterio se entiende una característica observable, un indicador o una variable, que se corresponde con los elementos del plan evaluado. La norma es el punto de referencia del criterio que permite realizar un juicio; convierte en operativo el criterio atribuyéndole un valor numérico.

Los criterios y las normas pueden ser implícitos o explícitos. En el primer caso, no son fijados de antemano, se dejan a juicio del evaluador por el conocimiento que tiene sobre el tema y el alto nivel de credibilidad que el ofrece. En el segundo caso, los criterios y normas se establecen de antemano, son conocidos y utilizados de manera uniforme por los evaluadores.

La evaluación de calidad se realiza a través de estándares e indicadores para: conocer el desempeño real del plan, comparar este desempeño con los objetivos planteados y corregir deficiencias e iniciar el rediseño o mejoramiento si se quiere. A través de la evaluación se recopila y analiza los datos para medir los indicadores y determinar el valor de lo actual. (12)



Se puede evaluar sobre la base de opiniones (enfoque cualitativo): intenta interpretar el sentido dado al servicio de salud por quienes participan en él, por los profesionales que lo llevan a cabo y por los usuarios a los que el programa no llega; intenta determinar la experiencia que a supuesto el programa para quienes han participado en él, es útil para descubrir los efectos no deseados y para entender porqué y cómo se produjeron. Otra forma de evaluar es en función de datos numéricos (enfoque cuantitativo): se basa en el cuánto, asigna valores numéricos a las observaciones y las somete a tratamientos estadísticos; intenta medir y puntuar los cambios producidos por el programa; efectúa mediciones sistemáticas con instrumentos previamente definidos que facilitan la medición del tamaño de un efecto. (14)

#### **4.2 Evaluación de la calidad del componente control prenatal:**

Se toman en cuenta los aspectos más importantes sobre la evaluación de la calidad en los Servicios de Salud, como son: definición, la calidad en la estructura y sus componentes, la calidad en el proceso y los resultados.

##### **4.2.1 Definición de calidad en CPN:**

Es el conjunto de normas y acciones dirigidas a promover y garantizar una evolución y finalización adecuada del embarazo, logrando el máximo beneficio y satisfacción de las usuarias al menor costo y menor riesgo.

El mejoramiento continuo de la calidad de atención a las mujeres embarazadas garantiza una maternidad segura, para esto es imprescindible el uso permanente de la aplicación de las normas de atención prenatal. (3)



#### 4.2.2 La calidad en la estructura:

Comprende las características relativamente estables en la organización de salud que proporciona la atención. Estas características se refieren a los recursos humanos, materiales y financieros utilizados en la ejecución de las actividades. (14)

Los recursos humanos en el componente de CPN debe contar con la cantidad suficiente de personal de salud para brindar una atención de calidad, los recursos necesarios son: un médico especialista encargado de atender a las embarazadas de alto riesgo (Gineco-Obstetra), un médico general encargado de realizar el primer y último control del embarazo y morbilidad durante el embarazo, una enfermera capacitada en la atención preclínica y de la realización de los controles subsecuentes en mujeres sin riesgos reales.

Todo personal de salud que brinde atención en CPN consta con capacitación teórica y práctica de las normas que rigen dicho componente. Además debe tener buenas relaciones interpersonales, tanto con sus compañeros de labor como con las usuarias del CPN manteniendo un constante diálogo que le permita entrar en contacto con otras formas de conocimiento y que facilite el trabajo en equipo.

Desde el punto de vista técnico el personal de salud debe brindar atención, utilizando las normas vigentes actualizadas del componente o programa, considerar a las pacientes de forma integral, con la mayor amabilidad y respeto, con privacidad y en el tiempo establecido, que corresponde a no menos de 15 minutos y no más de 25 minutos por paciente.

Los recursos materiales del consultorio donde se realizan los CPN debe contar con los siguientes insumos en cantidad adecuada y en perfecto estado: escritorio, sillas, mesa ginecológica, ropa de cama, lámpara, báscula, estetoscopio, tallímetro, cinta obstétrica, gestograma, espéculos según demanda y papelería necesaria (historias clínicas perinatales, tarjeta activa, hojas de ingreso, hojas de papanicolaou, hojas blancas, etc.).



Además deben de estar los pisos, las ventanas, las paredes y muebles limpios, consultorio con adecuada iluminación, ventilación y espacio para cambio de ropa y que permita privacidad a las pacientes.

#### 4.2.3 La calidad del proceso:

Se centra en los aspectos internos del componente (las actividades, como se realiza, la calidad del componente, las dificultades encontradas, el interés que despierta, la disponibilidad real de los recursos, la dificultad de utilización de los mismos, las personas a las que se dirigió el componente, su grado de participación, nivel de motivación e implicación, así como la satisfacción que genera) y los efectos externos o de contexto. (14)

Según lo establecido en las normas del CPN por el Ministerio de Salud se define como CPN 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 y obtener una adecuada preparación para el parto y la maternidad.

Los objetivos del CPN son: vigilar el desarrollo y evolución del embarazo normal, identificar el riesgo obstétrico, para la derivación oportuna, prevención, diagnóstico y tratamiento de las complicaciones del embarazo, preparación física y mental para el parto, promoción de la lactancia materna y la crianza del recién nacido (RN), prevención del tétanos neonatal (vacuna antitetánica), cáncer del cérvix uterino (Papanicolaou) y prevención de la patología mamaria, promoción de salud reproductiva y planificación familiar y promoción de la nutrición. (1)



Las normas de control prenatal establecen como requisitos en toda mujer ingresada al componente lo siguiente: precoz que es la primera consulta durante los tres primeros meses del retraso menstrual. Permite identificar precozmente los factores de riesgos que pudiesen ser lesivos. El primer control debería empezar en el primer trimestre, con una frecuencia mensual hasta el séptimo mes (32 semanas), cada 2 semanas entre el séptimo y el octavo mes (33 a 36 semanas) y semanal del octavo al noveno mes (37 a 40 semanas, eventualmente hasta las 42). En aquellos casos en que la gestante llegue en el tercer trimestre antes del parto, se aconseja realizar una buena detección de riesgos obstétricos, con miras a reducir las complicaciones durante el parto y el puerperio.

Además que tiene que ser periódico o continuo refiriéndose a la frecuencia con que debe realizarse los controles prenatales de acuerdo al riesgo que presente la gestante. Las consultas se programan según los riesgos de cada mujer embarazada. Algunos actores establecen un mínimo de cinco controles, considerándose óptimo un total de diez controles.

Las normas establecen al menos cuatro controles para los embarazos de bajo riesgo y nueve controles para los de alto riesgo. El Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSa), establece como mínimo cuatro controles prenatales, el primero antes de las 20 semanas, el segundo entre las 20 y 24 semanas, el tercero de las 28 a las 32 semanas y el cuarto de las 36 a las 38 semanas. El número de visitas se incrementan con el tipo de riesgo detectado en las pacientes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1), considera que un buen control prenatal es aquel que se realiza antes del tercer mes y entre 8 a 12 consultas, de las cuales el médico debe realizar el primero y participar en los siguientes.

Otros requisitos en el CPN que debe ser completo o integral donde las consultas deben garantizar acciones de fomento, protección y rehabilitación de la salud; amplia cobertura o extenso en el que cada territorio debe conocer a todas sus embarazadas y los



embarazos esperados, se deben plantear metas de coberturas con base y gratuidad incluyendo los exámenes de laboratorio básicos. (1)

El calendario de visitas se elabora en base al riesgo del embarazo: la captación, es el periodo del embarazo en que la mujer toma contacto con el personal de salud para realizar su ingreso al programa. Como mencionamos anteriormente se debe procurar la captación lo más temprano posible (primer trimestre), segundo control entre la semana 20 y la 24, tercer control entre la semana 28 y la 32, cuarto control: entre la 36 y 38 semana de gestación. (1)

La Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) tiene como objetivo disponer de un documento con la información mínima necesaria que permite identificar el riesgo de la paciente y/o las actividades realizadas en el embarazo, parto, puerperio y recién nacido. La HCPB que actualmente se esta utilizando en Nicaragua fue adaptada del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), adecuada a la realidad de Nicaragua. (1,15)

Los componentes básicos de la HCPB son: datos generales, antecedentes familiares, antecedentes personales, antecedentes obstétricos, embarazo actual, parto/aborto, sector recién nacido, puerperio, egreso del recién nacido y egreso materno.

En la HCPB, su listado de preguntas constituye un recordatorio para el miembro del equipo de salud, una ayuda para el cumplimiento de las normas. Identifica además la información que se registra en los cuadros amarillos como situaciones de alerta o riesgo en las pacientes. (1, 16)

En el presente estudio se tomarán en cuenta para el análisis, los componentes de la HCPB lo siguiente: los datos generales tales como el número de historia clínica, nombre completo de la embarazada, domicilio, localidad, edad en años, nivel de escolaridad y estado civil.



Los antecedentes familiares para obtener información de patologías en los familiares de la embarazada, las cuales pudieron afectar el desarrollo del embarazo actual y al producto. Son importantes los antecedentes personales que comprenden información de patologías personales de la paciente, las cuales pueden afectar el desarrollo del embarazo actual y al producto.

Otros son los antecedentes obstétricos que incluyen información sobre el número de embarazos, abortos y partos (vaginales y/o cesáreas), el número de niños nacidos vivos o muertos, de los nacidos vivos cuantos están vivos actualmente y los que mueren en la primera semana o después de la primera semana de haber nacido, fin del embarazo anterior (con este dato se puede determinar el espacio íntergenésico) y el niño con mayor peso al nacer.

Forma parte el dato del embarazo actual para obtener información sobre el peso, talla, fecha de última menstruación, fecha probable de parto, vacuna antitetánica, grupo y Rh sanguíneo, fumado, hospitalizaciones durante el embarazo, anotando si hubo traslado y el lugar al que fue trasladada. También se incluyen los exámenes clínicos de mama, odontológico, pélvico y papanicolaou, además de los exámenes de laboratorio; se anota la fecha de consulta, las semanas de amenorrea desde la fecha del inicio de la última menstruación (FUM) hasta el día de la cita, o por altura uterina en caso de no saber la paciente el FUM.

Además se registra el peso en kilogramos, talla, presión arterial, altura uterina, presentación del producto (si es posible valorar), la frecuencia cardiaca fetal (la cual se ausculta luego de las veinte semanas de gestación), presencia o no de movimientos fetales (los cuales se perciben luego de las diecinueve semanas de gestación), y la presencia o no de edema de miembros inferiores.

En caso que se desconozca el peso de la paciente antes del embarazo, se debe buscar dicho dato en el expediente y se toma el peso de la última consulta y será tomado como referencia al valorar ganancia de peso materno.



Los elementos básicos de la atención prenatal, que deberán reiterarse en todas las consultas son: la ganancia de peso materno (comparando con el peso anterior), el valor de la presión arterial y la valoración de la evolución del crecimiento fetal.

La medición de la talla y peso materno: la medición de la talla se realiza en el primer control una sola vez. Se toma el peso de la embarazada en todos los controles para calcular la ganancia de peso, ésta se dibuja en el carnet perinatal en forma de curva la que debe de ser ascendente y dentro de los percentiles 25 y 90 de la gráfica para poder considerarse como normal. (15, 16)

Se estima que durante el embarazo existe un aumento de 5 a 16 kilogramos de peso. Las gestantes con valores de peso inferiores al percentil 10 muestran un peso insuficiente. Los casos que sobrepasan el percentil 90 constituyen peso excesivo.

En cuanto a la medición de la presión arterial en el CPN, ha de realizarse luego de 15 minutos de reposo y con la paciente en posición sentada. Se considera que existe alteración de la presión arterial cuando hay un aumento de 30 mmHg en la sistólica o de 15 mmHg en la diastólica en comparación con la presión basal. Si la presión basal es desconocida, se considera alteración de la presión cuando hay un ascenso de la presión sistólica por encima de 140 mmHg y/o de la presión diastólica superior a 90 mmHg debe ser investigada y corregida.

Cuando los valores de la presión sistólica y diastólica están por debajo de 55 y 95 mmHg respectivamente, también pueden presentarse complicaciones fetales. (15)

La determinación de la edad gestacional, se puede evaluar por varios métodos: cálculo de la amenorrea, método de la altura uterina, primeros movimientos fetales percibidos por la madre, biometría fetal por ecografía, grado de madurez placentaria y parámetros de líquido amniótico.



Para el diagnóstico de vitalidad fetal, se determina a través de la percepción de los movimientos fetales, en el caso de las primíparas se inician entre la 18 y 20 semanas de gestación y en el caso de las multíparas es cerca de la 16 semana de gestación.

Además se auscultan los latidos cardíacos fetales deben de estudiarse su frecuencia, intensidad, ritmo y localización. Los latidos pueden percibirse desde la 20 semana de gestación.

La determinación del crecimiento fetal, mediante la medición de la altura uterina se realiza con una cinta métrica de material flexible e inextensible desde la sínfisis hasta el fondo del útero (determinado por palpación).

Durante el embarazo hay un incremento del tamaño del útero, considerándose normal los valores que se ubican entre los percentiles 10 y 90. Cualquier valor que se ubique fuera de los percentiles indicados, deberá ser investigado su causa. (15,16)

En CPN a toda mujer embarazada, según la presencia de factores de riesgo que pongan en peligro la vida de la madre o del producto, en concordancia a esto se clasifican en riesgos potenciales y riesgos reales.

Para mayor comprensión en el estudio es importante inicialmente resaltar que el factor de riesgo es toda característica o circunstancia física, química, biológica o social del individuo, grupo o comunidad que lo exponen a una mayor probabilidad de sufrir un daño.

Estos factores de riesgo potenciales trata aquellos factores que tiene la embarazada (generalmente preconcepcionales, biológicos y sociales) que durante el CPN no significan problema, pero que al momento del parto se convertirán en factores activos con altas probabilidades de cursar complicaciones o la muerte. Entre estos están: talla baja (menor de 1.5 mts), adolescente menor de 19 años, mayor de 35 años y primigesta, gran multigesta (más de seis hijos), mujeres que viven en comunidades alejadas y mujeres que caminan grandes trayectos.



Mientras que los factores de riesgos reales comprende los que están presentes durante el embarazo o el parto y que representan un daño actual o inminente que ameritan una referencia a un nivel de mayor resolución y requieren de la atención del parto en el hospital. Entre estos se pueden señalar: embarazo gemelar en el último trimestre, cesárea anterior, infección de vías urinarias, amenaza de parto prematuro, hemorragia en el embarazo, enfermedades médicas (diabetes, tuberculosis, enfermedad mental) y signos y síntomas que anuncian complicación en el embarazo o parto (cefalea, hipertensión arterial, hiperreflexia, acúfenos, hemorragias y epigastralgia).

Las normas nacionales clasifican el embarazo como bajo riesgo y/o alto riesgo según los factores de riesgo que presente la embarazada. El embarazo de bajo riesgo: es cuando existen factores (sociales, genéticos, biológicos, etc.) solos o asociados que pueden ser significativos en la aparición de un daño, pero que al presente, con las acciones ejecutadas, no producen alteraciones al estado de salud de la madre, el feto o ambos y que pueden ser manejados y resueltos por métodos clínicos simples. El embarazo de alto riesgo: trata de los factores de riesgo (sociales, genéticos y fundamentalmente biológicos, etc.) solos o asociados y cuya presencia puede significar un mayor compromiso y alteraciones en el embarazo, del parto y el puerperio, con repercusión en el estado de salud de la madre, el feto o ambos. (1, 15 y 16)

Durante el embarazo un aspecto recomendado para la mujer es la alimentación, significa la ingesta de nutrientes tales como proteínas y alimentos energéticos, para cubrir las necesidades del feto y las necesidades adicionales de la madre con el fin de compensar la formación y crecimiento de la placenta, la expansión del volumen sanguíneo y el crecimiento del útero y mamas.

Para lograr este aumento, se recomiendan ocho gramos de proteínas por día durante todo el embarazo. Después del sexto mes se recomienda aumentar 300 calorías por día. También es recomendable el consumo de cualquier variedad de carne por su contenido de hierro y proteínas, sal yodada y frutas crudas. Evitar el café en los tiempos principales de comida, para ayudar a la absorción de hierro.



La ingesta de retinol no se debe aumentar demasiado en especial en los primeros dos meses del embarazo, ya que las megadosis tienen efectos teratogénicos que incluyen; reabsorción fetal, abortos, malformaciones congénitas del cráneo, cara, corazón, timo y sistema nervioso central, e incapacidades permanentes en el recién nacido.

#### 4.2.4 La calidad en los resultados:

Debe centrarse en los efectos a corto, mediano y largo plazo; supone la valoración de los efectos secundarios del programa. Así, mediante diferentes métodos de investigación cuantitativos se pueden medir los conocimientos, las actitudes, las opiniones, las percepciones, su nivel de salud, el grado de apoyo social de las personas, la calidad de vida y el grado de participación.

Los resultados dependen más de la capacidad técnico-científica del personal de salud que de la calidad integral de la atención; además, los resultados pueden ser no muy significantes en la valoración del proceso integral de la atención y finalmente los resultados de la satisfacción de usuarios y proveedores tienen un alto grado de subjetividad, resultando difícil su cuantificación. (12,17)

##### 4.2.4.1 Conocimientos, prácticas y actitudes de las usuarias en el componente CPN:

Los conocimientos básicos que toda mujer en edad fértil debe tener sobre el CPN son facilitados e impartidos por el personal de salud que labora en los centros de salud mediante las charlas o pláticas educativas participativas ya sea en las salas de espera o durante la consulta, estos deben incluir: horario de atención, importancia de la realización de los controles, acudir a las citas en fechas y hora programada, educación sobre alimentación, signos de peligro, vestimenta adecuada durante el embarazo, lactancia materna, parto institucional, planificación familiar, cuidado del recién nacido y puerperio.



En cuanto a las prácticas, la participación de las usuarias en la atención debe entenderse como un proceso mediante el cual, dentro de un marco de desarrollo social integral, se implantan las condiciones para que todas las mujeres organizadas compartan con la institución, las decisiones y acciones que inciden sobre su estado de salud. La participación de la sociedad y de los individuos, que forman parte de ella, es un derecho y una necesidad para la eficacia del trabajo en las instituciones de salud.

Una característica que tienen las propuestas de cambio de las instituciones de salud es incrementar la participación de la comunidad, con el fin de orientar el funcionamiento de los servicios sanitarios hacia las necesidades de los usuarios. (14)

Los mecanismos de participación de la comunidad son: participar en la planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud; conformar y/o fortalecer los grupos u organizaciones comunitarias vinculadas con el cuidado de la salud; establecer mecanismos de referencia y contrarreferencia desde y hacia la comunidad y crear y fortalecer redes de vigilancia epidemiológica comunitaria.

En relación a las actitudes de las usuarias, estas dependen en gran medida de las herramientas que le sean brindadas por el personal de salud donde ellas acuden. Las actitudes serán positivas cuando las pacientes sientan un alto grado de satisfacción en relación al servicio prestado, además de haber sido instruidas adecuadamente, es decir haber recibido un mensaje efectivo que pueda cambiar o mejorar su forma de pensar sobre determinada situación de salud que pueda poner en riesgo tanto a ella misma como a la comunidad.

La actitud que toda mujer embarazada debe tener es la de un pensamiento responsable frente a su embarazo, su familia, su comunidad, ayudando a la mejoría de la calidad de atención

La mayor parte de los determinantes de la salud están relacionados con las decisiones de los propios individuos. Si se desea mejorar la atención prenatal y por ende las



actitudes en relación al CPN, se necesita aceptar la participación de las usuarias del componente, auténticas poseedoras de la capacidad de tomar las decisiones relevantes sobre su salud. Es el pilar fundamental del estado saludable de la población, siendo sujeto del proceso de transformación del sistema de salud a través de la detección de problemas, la determinación de necesidades y la formulación de soluciones viables. (12)

#### 4.2.4.2 Metas y coberturas del componente CPN:

Las metas del Plan Nacional de Salud 2004-2015 representan los resultados que se esperan alcanzar en la situación de salud de la población. Los productos del Plan o Indicadores Intermedios son necesarios para alcanzar dichas metas. El cumplimiento de las metas e indicadores intermedios y por tanto la expansión de las coberturas, se logrará en la medida que se ejecuten las intervenciones contenidas en el Plan Nacional de Salud. La OPS tiene como meta nacional para el componente de CPN, reducir la tasa de mortalidad materna en  $\frac{3}{4}$  al 2015, respecto al año 1994. (4)

Las metas consisten en el establecimiento anticipado de resultados observables y medibles que se desean alcanzar en forma programada; con la intención de cumplir con los objetivos del área de la unidad de salud, de la dependencia o entidad en un periodo anual. El propósito fundamental del establecimiento y definición de metas, es la medición de logros específicos, ya que estos deben reflejar datos cuantificables que permitan verificar el avance y/o resultados obtenidos.

Las metas se han correlacionado directamente con los objetivos de salud, con el fin de que expresen el impacto que se espera alcanzar en la situación de salud de la población. Para cada objetivo de salud se ha establecido una meta, cuyo nivel de medición podrá hacerse al menos con uno o varios indicadores de resultado. También se han establecido valores a ser alcanzados, los que se han definido como puntos de referencia en el tiempo.



Para el componente CPN: el objetivo de salud, es aumentar la sobrevivencia y calidad de vida en las mujeres en edad reproductiva, con énfasis en los grupos de riesgo (adolescentes, jóvenes, mujeres con desnutrición del área rural y de mayor pobreza. El país ha asumido un compromiso mundial con las metas del milenio con el propósito de reducir la mortalidad materna entre 1990 y 2015 en  $\frac{3}{4}$  partes. (4)

Se entiende por cobertura a la proporción de mujeres que se benefician del control prenatal del total de la población que la requiere. Las coberturas se miden en porcentajes en base a las metas planteadas.

Para las coberturas en el componente CPN se calculan los porcentajes de: CPN realizados por mes o año, de CPN realizados por embarazo, embarazadas captadas en el primer trimestre y tardías, inasistencia, porcentaje de complicaciones en el embarazo, partos institucionales, partos domiciliarios, muertes maternas y puerperios realizados. Para la OPS la cobertura mínima permisible en el componente es mayor o igual al 80% (4)

La situación del sector salud comprende de la respuesta social a la situación epidemiológica de la población y sus determinantes a través del sector salud, ha sido poco eficaz, eficiente y objetiva. Por un lado se cuenta con escasos recursos para atender las necesidades y demanda de la población y por otro, ha sido limitada la articulación de las instituciones y organizaciones del sector salud para desarrollar acciones intersectoriales efectivas que puedan revertir los problemas de salud de la población.

A pesar de los esfuerzos por incrementar la cobertura en los servicios salud, aún existe un porcentaje considerable de la población que no tiene acceso a los servicios de salud. Por otro lado, no se ha desarrollado desde las instituciones del sector, una cultura efectiva de promoción, prevención y previsión de los problemas de salud que motive a la población a ser un actor activo en el fomento de la salud. (4)



### **4.3 Satisfacción de las usuarias en los servicios de salud:**

Es la participación del usuario con opiniones de la percepción y valoración de la orientación de los programas y servicios hacia sus necesidades.

Es indudable de lo difícil que resulta satisfacer y sentirse satisfecho. Hay algo que resulta evidente es que se trata de dos aspectos esenciales para que exista satisfacción como algo sentido en un sujeto, debe haber al menos una intención en otro alguien de realizar una acción determinada provocadora de un determinado resultado que sea valorado como positivo o no, como “satisfactorio” o no.

La satisfacción entonces no estaría dada solo como una sensación o estado individual y único, sino que sería esa sensación o estado único e irrepetible que se produce en cada sujeto dado el desarrollo de todo un complejo proceso ínter subjetivo, no es apenas una evaluación desde lo personal, sino también desde lo social, y con el otro, desde lo que como sujetos pertenecientes a grupos sociales determinados, sentimos de un modo o de otro. (18, 19)

Hay diversas acciones que el Ministerio de Salud recomienda para atender mejor a los usuarios, pero es necesario conocer las preferencias y expectativas de las personas que hacen uso del componente como del que no lo hacen. Algunas de las medidas que se pueden implementar son: adecuar los horarios de consulta, facilitar el acceso a grupos desfavorables, salas de espera acondicionadas según necesidad y demanda, mejorar la relación entre usuarios externos e internos y fortalecer las relaciones interpersonales. (4)

#### **4.3.1 Tipos de usuarios en los servicios de salud:**

Los usuarios externos son las personas que reciben los productos y/o servicios de la institución (clientes) y los usuarios internos son los empleados o trabajadores de la



institución que reciben productos y servicios de esta, que lo usan en el proceso de atención (prestadores de servicios). (12)

#### 4.3.2 Instrumentos utilizados para medir la satisfacción de las usuarias:

El verdadero interés de conocer la opinión, necesidades y exigencias de los pacientes, es que los directivos de las organizaciones de salud elaboren planes que efectivamente orienten la realización de sus actividades y permitan su avance.

De lo anterior se desprende la importancia y necesidad de aplicar instrumentos para conocer la opinión de las usuarias. Su gran utilidad radica en la ventaja que se obtiene al poder identificar los aspectos que más agrada a las usuarias, para poder mantenerlos, así como aquellos que los disgustan, para eliminarlos. Entre los instrumentos de uso más frecuente están, las encuestas personales o telefónicas, las entrevistas individuales, los grupos focales y los buzones para sugerencia. (13)

#### 4.3.3 Derechos de los usuarios:

En relación a respeto y dignidad, el usuario tiene derecho a un trato respetuoso en todo momento y bajo toda circunstancia. Toda persona que hace uso de los servicios de salud tiene derecho a conocer la identidad y la calificación profesional de los individuos que le estén brindando atención.

En cuanto a la seguridad personal, el personal de salud tiene el deber de brindarle seguridad razonable en la medida que las intervenciones preventivas, curativas, de rehabilitación y las instalaciones del servicio lo permitan.

La comunicación en salud se realizará en el idioma predominante de la comunidad a la que pertenece el individuo al que se está prestando la atención, asegurando la comprensión recíproca.



La información ofrecida al usuario deberá de ser completa y actualizada en relación a las actividades de atención, promoción y prevención, para poder decidir razonablemente informado sobre el cuidado de su salud. Por último tiene derecho a ser atendido con privacidad y confidencialidad. (3)



## 5. DISEÑO METODOLÓGICO

**5.1 Tipo de estudio:** De evaluación de servicios de salud, mediante la combinación de métodos y técnicas que fueron:

5.1.1 Entrevista a informantes claves del componente CPN.

5.1.2 Observación directa participativa al personal de salud

5.1.3 Observación directa.

5.1.4 Cuestionario al personal de salud de CPN.

5.1.5 Revisión de expedientes clínicos.

5.1.6 Encuesta a la comunidad.

5.1.7 Entrevista de salida a mujeres embarazadas asistentes a CPN.

### 5.2 Área de estudio

El presente estudio se llevó a cabo en el componente control prenatal del programa Atención Integral a la mujer en el centro de salud Perla Maria Norori, de la ciudad de León, este centro brinda atención a una población de 29,501 habitantes. Es un centro de salud sin cama, y está dividido en consulta externa, emergencia, laboratorio clínico y farmacia.

### 5.3 Métodos e Instrumentos de recolección de información:

5.3.1 Entrevista a informantes claves:

Para conocer el grado de adecuación de los recursos humanos, en relación a cantidad y rango profesional del personal, como la opinión del personal de salud sobre las fortalezas, debilidades, cumplimiento de las normas, la planta física, capacitación del personal de salud y coberturas del componente CPN se hizo (anexo 1) a la responsable del componente CPN y otro personal que ha sido designado, se les explicó los objetivos del estudio, la importancia de su participación y mediante su consentimiento informado



participaron voluntariamente en el estudio, contando con una guía de trabajo que a su vez la entrevista fue grabada (anexo 1) realizándole previa prueba piloto. Los datos obtenidos de los recursos humanos fueron procesados manualmente y se analizó a través de una matriz de concentración de datos donde se transcribió conservando la opinión expresada de todo el personal entrevistado destacando los aspectos positivos, negativos, los puntos de coincidencia, divergencia, sus diferencias y el contexto.

### 5.3.2 Observación directa participativa:

Con el objetivo de evaluar el grado de adecuación de los recursos materiales en cuanto a existencia, cantidad, condición y acondicionamiento de infraestructura en base a una lista de observación (anexo 2), se procedió previa colaboración de la directora del centro de salud y a los implicados directamente, se inspeccionó el acondicionamiento del consultorio e infraestructura y también se contabilizó los recursos disponibles tomando en cuenta la cantidad y condición. Los datos obtenidos se procesaron de forma manual y se analizaron describiendo la existencia, cantidad, condiciones de los materiales y acondicionamiento de infraestructura en el componente de CPN.

### 5.3.3 Observación directa:

Se realizó con el objetivo de valorar el cumplimiento de las normas del control prenatal por parte del personal de salud en cuanto a las actividades preclínica, clínica y post clínica del control prenatal (anexo 3), se seleccionaron 30 pacientes al azar según el registro de citas activa, se les explicó los objetivos del estudio, la importancia de su participación y se solicitó consentimiento de participar. Una vez que aceptaron voluntariamente participar en el estudio, se procedió a observar las actividades realizadas por el personal durante el control prenatal y se anotaron en la guía de observación (anexo 3). Los datos se procesaron en el programa Epi-Info 6.0 versión 2000 y se analizaron los porcentajes de cumplimiento de actividades realizadas a las pacientes durante el control por parte del personal de salud.



#### 5.3.4 Cuestionario al personal de salud del CPN:

Se evaluó el grado de conocimiento de las normas de CPN en cuanto a: definición, requisitos, objetivos y metodología de enfoque de riesgo. Se explicó a cada uno de los 4 recursos (dos médicos generales y dos enfermeras) que brindan atención en el componente CPN del centro de salud Perla Maria Norori los objetivos del estudio, la importancia de su participación y se solicitó consentimiento de participar. Una vez que aceptaron se entregó impreso el cuestionario con preguntas abiertas, el cual fue revisado y determinando una calificación cuantitativa por las autoras del estudio basándose en las respectivas respuestas a cada pregunta extraídas de las normas de control prenatal (anexo 4) proporcionándole un valor de 5.5 puntos a cada pregunta correctamente contestada, los resultados se agruparon en una escala de calificación utilizada por el Ministerio de Educación: inaceptable: 0 a 50, aceptable: 60 a 69, bueno: 70 a 79, muy bueno: 80 a 89 y excelente: 90 a 100. Los datos se procesaron de forma manual y se analizó la proporción de conocimiento de las normas por el personal de salud mediante la puntuación obtenida del cuestionario.

#### 5.3.5 Revisión de expedientes clínicos:

Se valoró el cumplimiento de las normas del control prenatal, sobre los registros de datos generales de identificación, antecedentes y embarazo actual de las pacientes, se solicitó autorización a la directora del centro y la colaboración del personal de admisión para la búsqueda de 30 expedientes clínicos de pacientes actualmente activas en el CPN, seleccionadas al azar del tarjetero activo del componente, posteriormente se llenó una guía que contenía aspectos de la historia clínica perinatal base (anexo 5). Los datos se procesaron en el paquete Epi-Info versión 2000 y se analizaron valorando el porcentaje de su registro.



### 5.3.6 Encuesta

Se realizó la encuesta con el objetivo de evaluar los resultados en relación a conocimientos, actitudes y prácticas sobre el control prenatal y la cobertura de servicios, en mujeres entre 10 a 49 años, que se embarazaron dos años atrás (2005 y 2006), de los cuales 7,827 son mujeres en edad fértil, y 721 embarazos esperados.

Procedimiento para obtener la muestra:

Fases del diseño muestral:

Existe un total de 7,827 que son mujeres en edad fértil, y el centro de salud en su planificación contempla 1442 mujeres que se embarazaron en los dos últimos años.

Se estableció el marco muestral, partiendo de un listado de las viviendas por manzanas en cada uno de los barrios existentes que atiende la unidad de salud y su respectivo mapa, actualizado. Del total de 4917 viviendas hay 136 manzanas para un total de 36 viviendas por manzana, calculando que existen 10.6 mujeres por manzanas en los últimos 24 meses. Se utilizó el muestreo aleatorio simple a partir de un marco muestral homogéneo, según anexo 9.

En el cálculo del tamaño de la muestra, se tomó en cuenta la frecuencia de control prenatal estimada a partir de la Encuesta Nicaragüense de Demográfica y salud 2001 (ENDESA), que reporta 80% para el departamento de León. Se estableció una precisión del 5.0%. Los resultados se obtuvieron a partir de aplicar la fórmula siguiente:

$$n = \frac{t^2 (p*q) N}{Nd^2+t^2(p*q)} = 366$$

t= nivel de confianza: con un valor z de 1.96

p: proporción estimada que posee la variable: 80% =0.8

q=proporción estimada sin la variable: 1-p: 0.2



N: población de 1442 mujeres que se han embarazadas en los 24 meses (2005-2006)

Se obtuvo una muestra de 366 mujeres, verificada con el programa Epiinfo 6.4. La técnica de asignación utilizada fue al azar, y aplicando la tabla de números aleatorios, quedaron seleccionadas las 36 manzanas, que a continuación se detallan en el anexo 10.

En cuanto al instrumento propuesto comprende los aspectos de conocimientos sobre el control prenatal, las acciones que las mujeres necesitan hacer y la apreciación e importancia que consideran del mismo. Se estructuró con preguntas dicotómicas y de selección múltiples. Las preguntas de actitudes se formularon en base a la escala de Liker, según se aprecia (anexo 8). Las preguntas relacionadas con la cobertura se obtuvieron del instrumento aplicado por ENDESA 2001.

El instrumento fue revisado y ajustado mediante algunas pruebas pilotos, realizadas en un puesto de salud del área de Salud Enrique Mántica Berrio, actividad que también favoreció la capacitación en las investigadoras. La recolección de la información fue mediante entrevista individual, explicándose a cada mujer que se embarazó dos años atrás, la necesidad de su participación, para contar con su consentimiento informado. En la recolección del dato estuvieron dispuestas las dos investigadoras, quienes durante dos semanas se distribuyeron las 36 manzanas, hasta concluir la muestra mencionada anteriormente.

En cuanto a los datos recolectados se procesaron en el paquete estadístico Epi-Info 6.0 versión 2000 y se analizaron mediante distribuciones porcentuales, tasa de cobertura, promedio de la edad y promedio de control prenatal.



### 5.3.7 Entrevista de salida

Se realizó con el objetivo de conocer el grado de satisfacción de las mujeres embarazadas ingresadas en CPN, en cuanto a las condiciones ambientales e infraestructura, el trato brindado en admisión, el horario que acude, tiempo de espera para ser atendida, tiempo que duró su control prenatal, quien le realizó su CPN, trato brindado por la persona que le realizó su CPN y cuales fueron las actividades que le realizaron en su CPN. Con previa capacitación de las autoras del presente trabajo sobre la entrevista y efectuar una prueba piloto se explicó a cada una de las pacientes incluidas en nuestro estudio los objetivos del estudio, la importancia de su participación y se solicitó su consentimiento. Una vez que aceptaron participar se realizó una entrevista a 30 mujeres embarazadas del total de pacientes ingresadas en el componente CPN (anexo 7). Los datos se procesaron en el paquete estadístico Epi-Info 6.0 versión 2000 y se analizaron en porcentaje todos los aspectos antes mencionados excepto el tiempo de espera para ser atendida, tiempo que duró su control prenatal, se calculó el valor mínimo, percentil 25, mediana, percentil 75 y valor máximo.



## Operacionalización de las variables

**Personal de salud de CPN:** Conjunto de personas profesionales encargadas de brindar la atención prenatal. Se medirá frecuencia de capacitaciones recibidas y frecuencia de dificultades encontradas en la ejecución del componente.

**Recursos materiales:** Conjunto de instrumentos o utilería necesarios para el funcionamiento adecuado del componente CPN. Se medirá su existencia, cantidad y condición.

**Infraestructura:** Conjunto de elementos o servicios necesarios para la realización de un adecuado control prenatal. Se medirá iluminación, ventilación, limpieza, espacio, privacidad, mueblería y archivadora.

**Cumplimiento de las normas de CPN:** Desempeño de las actividades normadas del CPN por parte del personal de salud. Se medirá mediante revisión de expediente, observación directa en cuanto a las actividades preclínica, clínica y post clínica del control prenatal y un cuestionario al personal de salud en cuanto a: definición, requisitos, objetivos y metodología de enfoque de riesgo.

**Satisfacción de usuarias externas:** Es el grado de cumplimiento de las expectativas del usuario en cuanto a la atención recibida y sus resultados. Se medirá mediante una encuesta de opinión en el que se establecen preguntas alrededor de su satisfacción con la estructura, procesos y resultados. Se medirá la cantidad y grado de satisfacción de las mujeres con el servicio brindado en el componente.

**Tiempo de espera:** Periodo desde que llega al centro de salud hasta el momento de ser atendida por el personal de salud. Se medirá en minutos.



**Trato brindado:** Predisposición relativamente estable y constante para comportarse de determinada manera hacia las personas. Se valorará desde el punto de interés y amabilidad.

**Conocimientos:** Entendimiento o apropiación sobre la atención prenatal. Se medirá la cantidad de usuarias con información adecuada acerca del componente, así como el grado de conocimiento que tienen sobre control prenatal.

**Actitud:** Evaluaciones duraderas en relación a diversos aspectos del CPN que se almacenan en la memoria. Se medirá la cantidad de mujeres que tienen actitud positiva o adecuada en relación al control prenatal.

**Prácticas:** Actividades de esfuerzo que dan a las pacientes la oportunidad de aplicar conocimientos y habilidades sobre CPN. Se medirá la cantidad de mujeres que realizan prácticas positivas en relación al control prenatal.

**Cumplimiento de coberturas del CPN:** Cantidad o porcentaje alcanzado de las metas planteadas en el CPN. Se medirá la tasa de cobertura de: controles prenatales por mujer, captación precoz y tardía, control por embarazo, complicaciones durante el embarazo, partos institucionales y domiciliarios, abortos y muertes maternas.



## 6. RESULTADOS

### **6.1 Información obtenida mediante la observación de materiales e infraestructura disponible en el componente CPN del centro de salud Perla María Norori.**

#### 6.1.1 Mobiliario

En cuanto al equipo con el que cuenta el consultorio de CPN se comparte con la atención de planificación familiar, puerperio y toma de PAP; los escritorios existentes se encuentran en malas condiciones; las mesas ginecológicas tienen las perneras flojas, hay una lámpara de cuello de cisne en buen estado que tiene que ser usada según la demanda de la atención. Los expedientes de las usuarias se encuentran apilados sobre escritorios en la oficina de admisión, Cuadro 1.

**Cuadro 1. Cantidad de mobiliario con que cuenta el consultorio de CPN del centro de salud Perla Ma. Norori, Sept 2007.**

Materiales	Cantidad
<b>Mobiliario</b>	
Escritorio	4
Silla	8
Mesa ginecológica	2
Ropa de cama	10
Lámpara	1
Báscula	1

#### 6.1.2 Materiales

Con respecto a los esfigmomanómetros existentes cuentan con dos equipos, uno se encuentra en mal estado; la cantidad de espéculos es insuficiente para la demanda de consulta y en cuanto a la papelería se cuenta con la misma, pero según el personal de salud del componente es insuficiente, como se muestra en el cuadro 2.



**Cuadro 2. Cantidad de materiales con que cuenta el consultorio de CPN del centro de salud Perla María Norori, Sept. 2007.**

<b>Materiales</b>	<b>Cantidad</b>
Esfigmomanómetro	3
Estetoscopios	3
Tallímetro	1
Cinta obstétrica	2
Gestograma	3
Espéculos	4
Papelería necesaria	20

6.1.3 Infraestructura del local

El consultorio tiene una extensión aproximada de cuatro por seis metros cuadrados, las paredes son de bloque repelladas y pintadas, piso de ladrillo, techo de zinc, con cielo raso en buen estado, se observa adecuada limpieza del consultorio, la iluminación y ventilación son inapropiadas, hay falta de privacidad para la atención de las pacientes y la sala de espera no está acondicionada convenientemente.

**6.2 Información obtenida mediante entrevista a profundidad a informantes claves.**

6.2.1 Valoración de la Calidad con que se desarrolla el CPN

En general, el personal de salud valora como buena la calidad con que se desarrolla el componente CPN ya que sus fortalezas es producto de las visitas domiciliars, el trabajo en equipo y el mejoramiento en el cumplimiento de las normas. Al respecto la opinión de la responsable es que entre sus fortalezas están “**las visitas domiciliars a las embarazas, garantizar los medicamentos a los pacientes y una buena relación directa con las mismas**”. Sobre las debilidades mencionadas respecto a la unidad de salud es que tienen una infraestructura inadecuada que carece de algunos servicios básicos.



### 6.2.2 Valoración de los recursos disponibles para el control prenatal

En cuanto a los recursos humanos hay coincidencia en la falta de personal para la atención del componente, para cumplir con la demanda, además de que reciben capacitación sistemáticas en relación al control prenatal.

En lo que corresponde a la infraestructura opinan que es inadecuada, que le falta la energía eléctrica y carecen de agua debido a los cortes programados en el municipio.

En relación a los recursos materiales, no hay concordancia debido a que el médico responsable y enfermería dicen estar abastecidos con lo básico y el médico general piensa que los materiales son insuficientes. En cuanto a los medicamentos, refieren que están abastecidos según la lista básica del MINSA, pero no para suplir las necesidades de las pacientes.

### 6.2.3 Valoración del cumplimiento de normas establecidas para el componente

En lo que respecta a las actividades de evaluación del componente, el personal opina que son buenas y de forma sistemáticas. Las actividades de educación y capacitación a la comunidad las califican como buenas debido a que existe una adecuada organización con los líderes, lo cual facilita el trabajo en equipo y el intercambio de información. La doctora responsable del componente refiere encontrarse con la dificultad para el cumplimiento de normas de **“falta de interés por parte del personal de enfermería.”**

### 6.2.4 Valoración de coberturas del componente

Hay desigualdad en el manejo de la información, la doctora responsable opina que las coberturas en general son bajas, mientras que el resto del personal piensa que son buenas. En cuanto a las cifras reportadas por CPN y la captación precoz consideran



que son buenas y que esta última es el logro alcanzado atribuido a las visitas domiciliarias.

#### 6.2.5 Valoración del interés de la población

Todos concuerdan en que existe buen interés por parte de la población en relación al control prenatal.

#### **6.3.1 Valoración del cumplimiento de las normas del control prenatal por la observación directa al personal médico y de enfermería**

Al valorar el cumplimiento de las actividades de las normas del control prenatal, se cumple en su totalidad los procedimientos de la preclínica, mientras que en las actividades de atención clínica la toma del cultivo de secreción vaginal a la usuaria el personal no lo realiza, seguido del examen de PAP que lo tomaron al 3.3% y la actualización de los datos de la anamnesis. En cuanto a la postclínica, el urocultivo aunque las usuarias eran tanto de primera vez como subsecuente, no es un examen indicado, como se aprecia en el cuadro 3.



**Cuadro 3 Porcentaje de cumplimiento de las actividades realizadas por el médico y enfermería durante el control prenatal, en el Perla Ma. Norori.2007.**

<b>Actividades</b>	<b>SI</b>	<b>% (n=30)</b>
<b>1. Pre clínica</b>		
1.1 Peso	30	100.0
1.2 Talla	30	100.0
1.3 Presión arterial	30	100.0
<b>2. Clínica</b>		
2.1 Anamnesis	4	13.3
2.2 Examen clínico	30	100.0
2.3 Examen de mama	21	70.0
2.4 Evaluar crecimiento fetal	30	100.0
2.5 Numero de fetos	30	100.0
2.6 Presentación fetal	30	100.0
2.7 Valoración de la pelvis	30	100.0
2.8 Evaluar riesgo perinatal	30	100.0
2.9 Contenidos educativos	30	100.0
2.10 Toma de PAP	1	3.3
2.11 Toma de cultivo vaginal	0	0.0
<b>3. Post clínica</b>		
3.1 Examen de glicemia	4	13.3
3.2 Examen de VDRL	4	13.3
3.3 Examen de VIH	4	13.3
3.4 Examen general de orina	4	13.3
3.5 Biometría hemática completa	4	13.3
3.6 Urocultivo	0	0.0
3.7 Examen odontológico	4	13.3
3.8 Aplicación de antitetánica	4	13.3
3.9 Grupo y RH	4	13.3



### **6.3.2 Información obtenida del cuestionario para evaluar el grado de conocimiento de las normas de CPN por el personal de salud del centro de salud Perla Maria Norori.**

Se realizó un total de cuatro cuestionarios sobre las normas de CPN a dos médicos y dos enfermeras; los médicos tuvieron una puntuación de 85% observándose muy buen grado de conocimiento y las enfermeras obtuvieron una puntuación de 40% siendo inaceptable el conocimiento que tienen sobre dichas normas.

Las preguntas en que las enfermeras tuvieron dificultades para contestar fueron las siguientes:

- Objetivos del control prenatal.
- Contenidos educativos según control.
- Metodología de enfoque de riesgo en el control prenatal.
- Factores relacionados con mortalidad materna y perinatal.
- Manejo de emésis gravídica, candidiasis vaginal y anemia durante el embarazo.
- Requerimientos nutricionales diarios durante el embarazo.

Las preguntas en que los médicos tuvieron dificultades para contestar son las siguientes:

- Contenidos educativos según control.
- Factores relacionados mortalidad materna y perinatal.
- Requerimientos nutricionales diarios durante el embarazo.

### **6.3.3 Registro de los datos básicos de la historia clínica**

En general los datos de identificación de las pacientes están registrados en las historias clínicas casi en la totalidad, con un porcentaje para cada dato igual o por encima de 90 como se puede apreciar en el cuadro 4.



**Cuadro 4. Porcentaje de actividades de identificación registradas en la historia clínica perinatal de las mujeres ingresadas en el componente CPN en el Perla Ma. Norori, Sept 2007.**

<b>Identificación</b>	<b>SI</b>	<b>% (n=30)</b>
Número de historia clínica	28	93.3
Nombre completo de la embarazada	29	96.7
Domicilio	27	90.0
Localidad.	30	100.0
Edad en años	30	100.0
Nivel de escolaridad	29	96.7
Estado civil	30	100.0

Los antecedentes se encuentran registrados correctamente en todas las historias clínicas de las pacientes como se aprecia en el cuadro 5.

**Cuadro 5. Porcentaje de datos registrados de los antecedentes en las historias clínicas perinatal de las mujeres ingresadas en el componente CPN en el Perla María Norori, Sept 2007.**

<b>Antecedentes</b>	<b>SI</b>	<b>% (n=30)</b>
Familiares.	30	100.0
Personales	30	100.0
Obstétricos	30	100.0

En lo que respecta a los datos sobre embarazo actual, hay ausencia de casillas en amarillo marcadas en pacientes con alto riesgo obstétrico. Los exámenes de laboratorio están incompletos en la mayoría de las historias clínicas y la consejería según control correspondiente se encuentra registrada en solo 17 expedientes de los 30 revisados, como se observa en el cuadro 6.



**Cuadro 6. Porcentaje de actividades sobre embarazo actual registrado en las historias clínicas perinatal de las mujeres ingresadas en el componente CPN en el Perla María Norori, Sept 2007.**

Actividades	SI	% (n=30)
<b>Embarazo actual</b>		
Talla	30	100.0
Fecha de última regla	28	93.3
Fecha probable de parto	28	93.3
Vacuna antitetánica	27	90.0
Examen físico	30	100.0
Revisión odontológica	28	93.3
Pelvis	23	76.7
Cérvix normal	26	86.7
Papanicolaou	12	40.0
Exámenes de laboratorio completos	8	26.7
Fecha del control correspondiente	29	69.7
Semana de amenorrea	30	100.0
Determinación de presión arterial y su evaluación	30	100.0
Peso en cada control y su evaluación	30	100.0
Altura Uterina	30	100.0
Presentación.	26	86.7
Frecuencia cardiaca fetal después de las 20 semanas	25	93.3
Movimientos. Fetales después de las 18 semanas	27	90.0
Casillas en amarillo marcada en caso de paciente ARO	6	20.0
Conserjería según control	17	50.7



## 6.4 Información obtenida de la encuesta a las mujeres en edad fértil

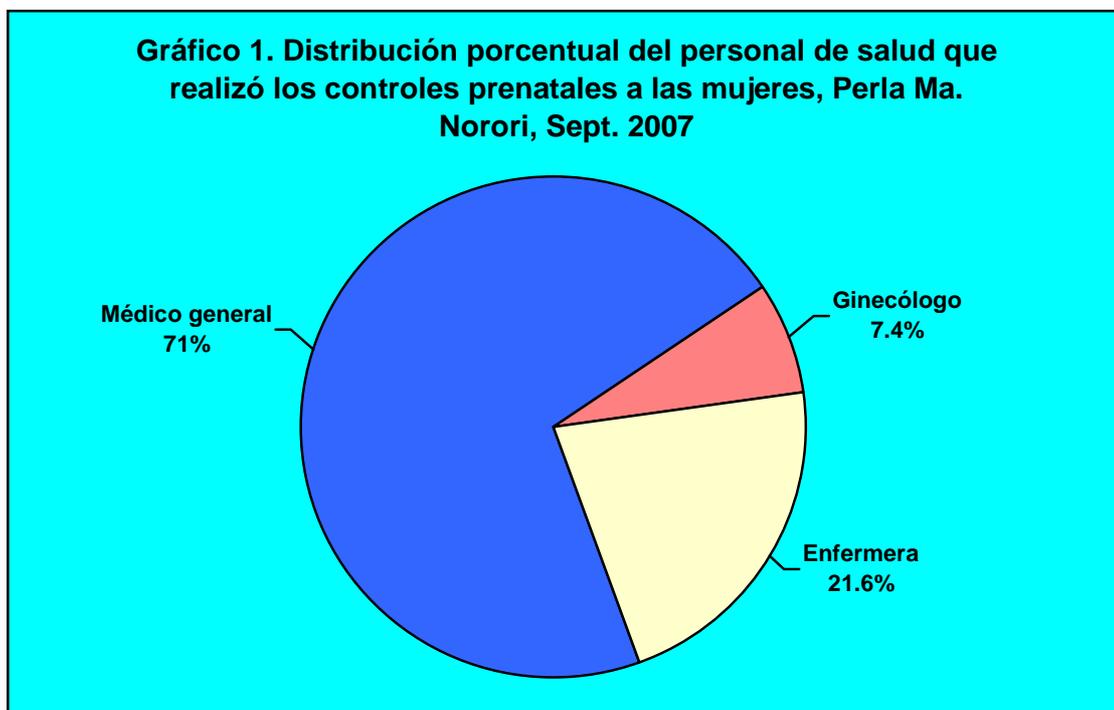
### 6.4.1 Datos generales

Entre los aspectos generales encontrados en las mujeres del estudio, se caracterizan por alcanzar una mediana de la edad de 23 años, originarias del área urbana de León, la mayoría tiene con un grado de escolaridad de secundaria y cuatro de cada diez mujeres están acompañadas. (Anexo cuadro 1)

### 6.4.2 Cobertura del control prenatal

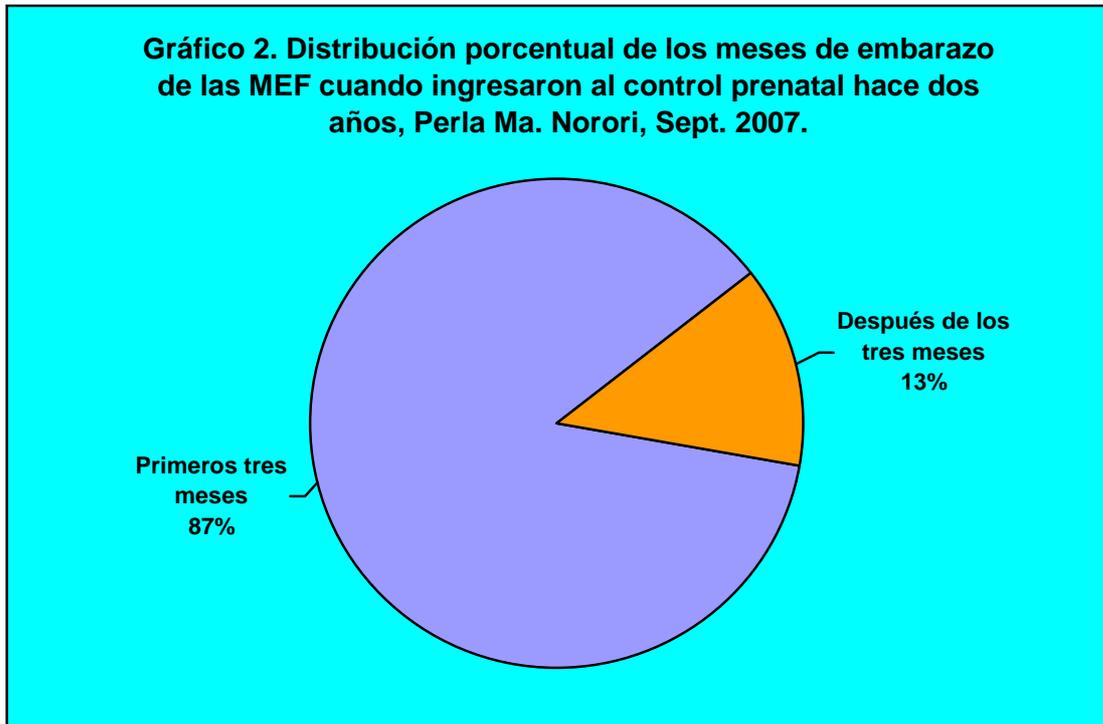
El 100% de las mujeres en edad fértil que hace dos años estuvieron embarazada se realizaron los controles prenatales.

En el grafico 1 muestra a la mayoría de los controles prenatales fueron realizados por el médico general a las MEF que se embarazaron hace dos años.





Las tres cuartas partes de las MEF acudieron en los primeros tres meses de embarazo, a realizarse el ingreso a sus controles prenatales, según se observa en el gráfico 2.





Las mujeres que no acudieron en el primer trimestre de embarazo a realizarse el ingreso, la mayoría justificaron su respuesta respondiendo que no quería que supieran que estaba embarazada o que no sabía de su nuevo estado como se aprecia en el cuadro 7.

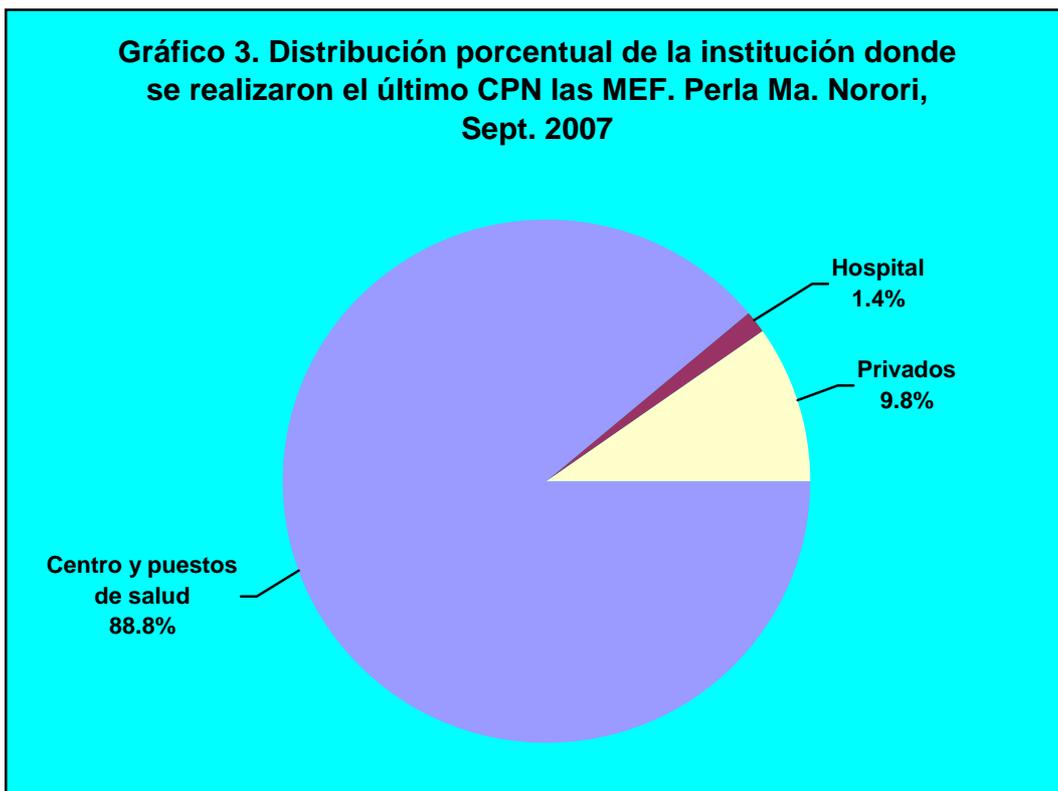
**Cuadro 7. Distribución porcentual de las razones de las cuales las MEF para no realizarse en los primeros tres meses de embarazo su ingreso al control prenatal, Perla Ma. Norori, Sept. 2007.**

<b>Razones</b>	<b>% (n=48)</b>
No quería que supieran que estaba embarazada	52.08
No sabía que estaba embarazada	31.25
Por trabajo	14.58
No tenía dinero	2.08



En cuanto al número de controles que se realizaron una mediana de cinco controles.

Se encontró que la institución donde se realizaron su último control prenatal las MEF, más de las tres cuartas partes ocurrió en el centro y puestos de salud, reflejado en el gráfico 3.





En el cuadro 8 se observa que la complicación encontrada con mayor frecuencia fue cefalea, edema de miembros inferiores y anemia.

**Cuadro 8. Porcentaje de MEF que presentaron complicaciones cuando se embarazaron hace dos años, en el Perla Ma. Norori. Sept. 2007.**

<i>Complicaciones durante el embarazo</i>	<i>SI %</i> <i>(n=366)</i>
<b>Cefalea</b>	<b>30.1</b>
<b>Edema de miembros inferiores</b>	<b>19.9</b>
<b>Anemia</b>	<b>19.9</b>
<b>Amenaza de aborto/ sangrado antes del quinto mes</b>	<b>10.9</b>
<b>Infección de vías urinarias</b>	<b>19.1</b>
<b>Hipertensión arterial</b>	<b>6.3</b>
<b>Tinnitus</b>	<b>1.9</b>
<b>ITS-VIH/SIDA</b>	<b>1.9</b>
<b>Otras</b>	<b>0.8</b>



Relacionado a la atención del parto casi la totalidad de las mujeres contestaron que ocurrió en el hospital o centro de salud como se refleja en el gráfico 4.



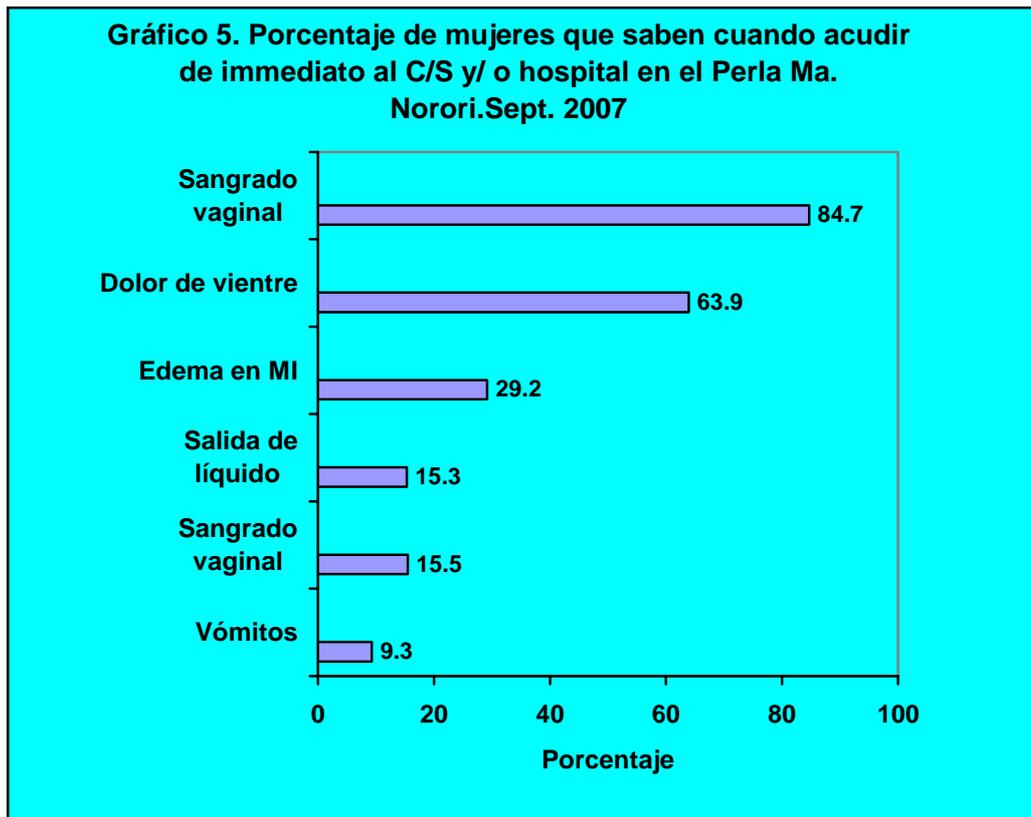
Todas las encuestadas coincidieron con la ausencia de mortalidad materna.

#### **6.4.3 Conocimientos de las mujeres en edad fértil sobre el control prenatal**

Sobre este aspecto todas las mujeres seleccionadas conocen de la existencia de la consulta para el seguimiento de la mujer embarazada en el centro de salud, teniendo que acudir en los primeros tres meses de embarazo para su ingreso al control prenatal.

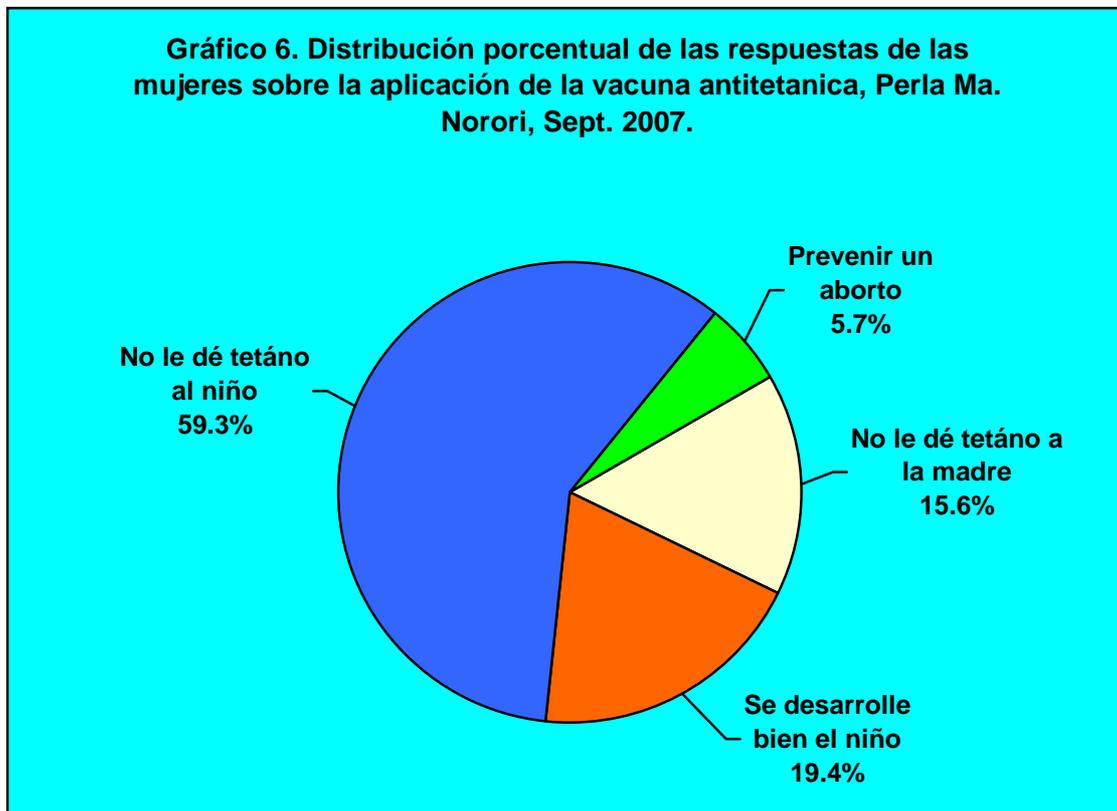


En el gráfico 5 se muestra a las mujeres embarazadas lo que saben sobre las causas de cuando precisa visitar el centro de salud y/o hospital de forma inmediata, identificando el sangrado vaginal, dolor en el vientre y edema de miembros inferiores.





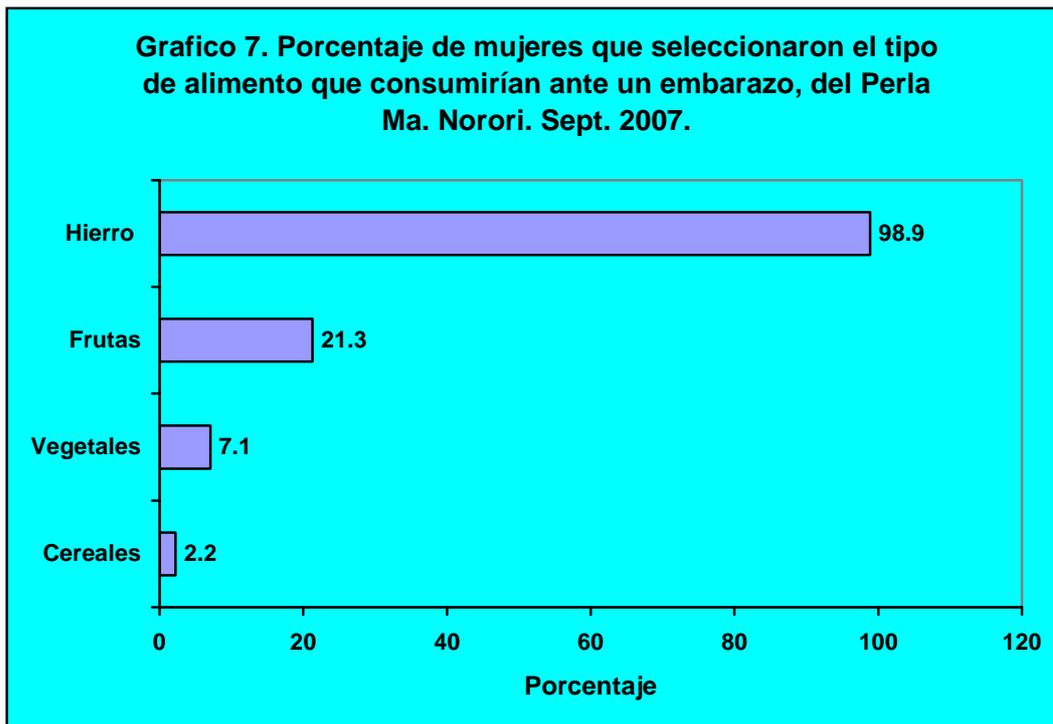
Respecto a la razón para aplicarse la vacuna antitetánica, las embarazadas refirieron, según el gráfico 6, es para que no le dé tétano al bebé.





#### 6.4.4 Prácticas de las mujeres en edad fértil del control prenatal

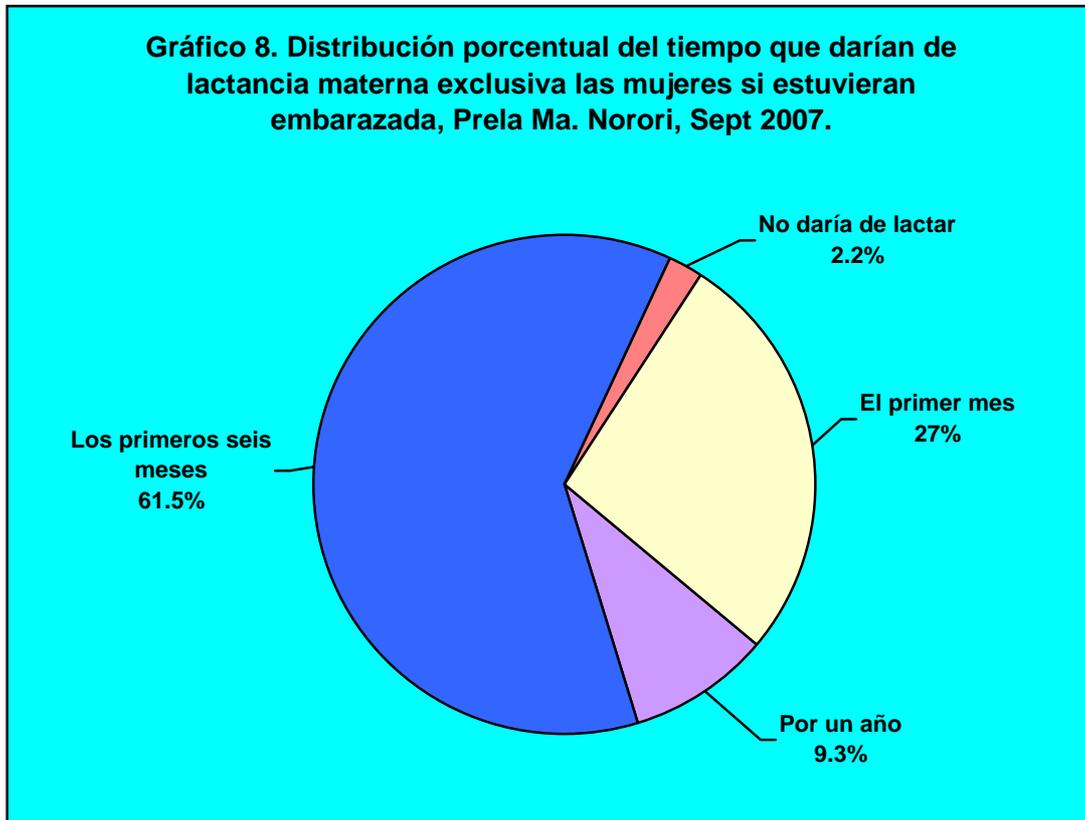
En el gráfico 7 se observa que casi la totalidad de las mujeres en edad fértil consumirían alimentos ricos en hierro, calcio, fósforo y yodo.



También respondieron que realizarían sus actividades domésticas normales, Para mayor información en el gráfico 1 ubicado en anexo.

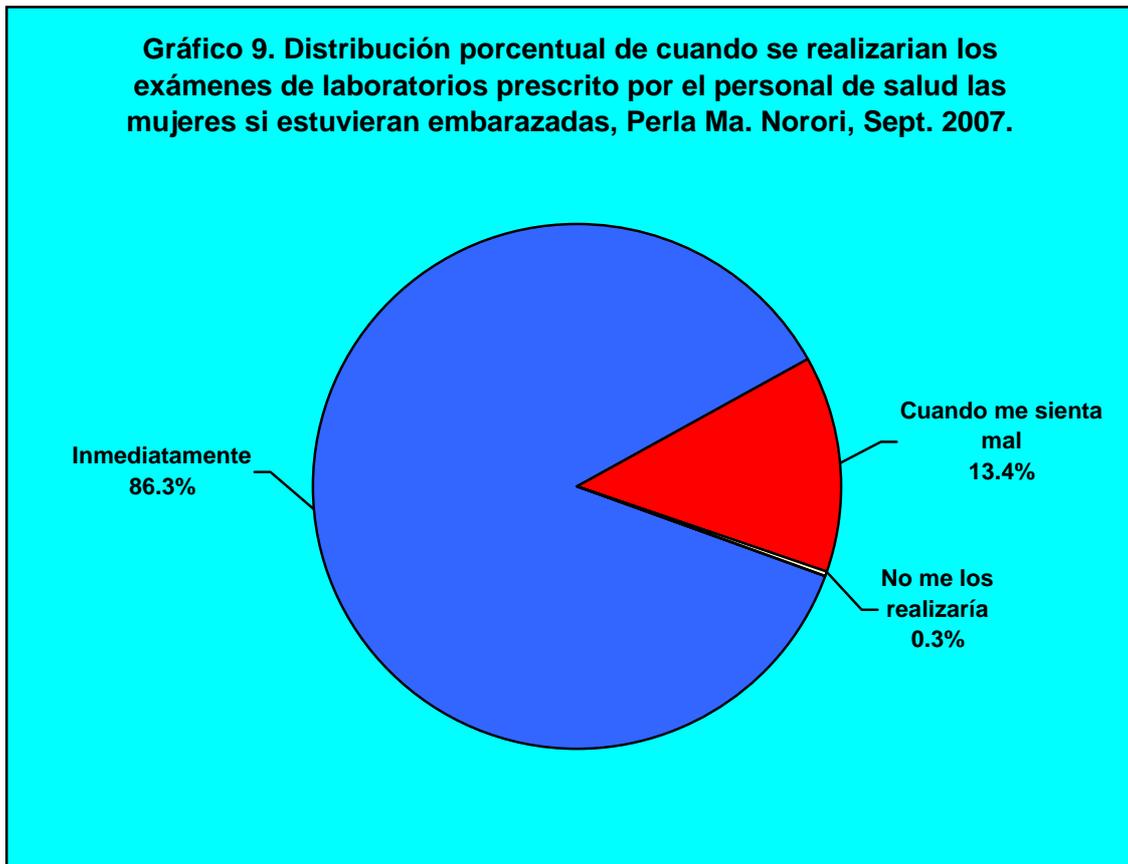


En relación al tiempo que darían lactancia materna exclusiva, más de la mitad respondieron en los primeros seis meses, apreciado en el gráfico 8.





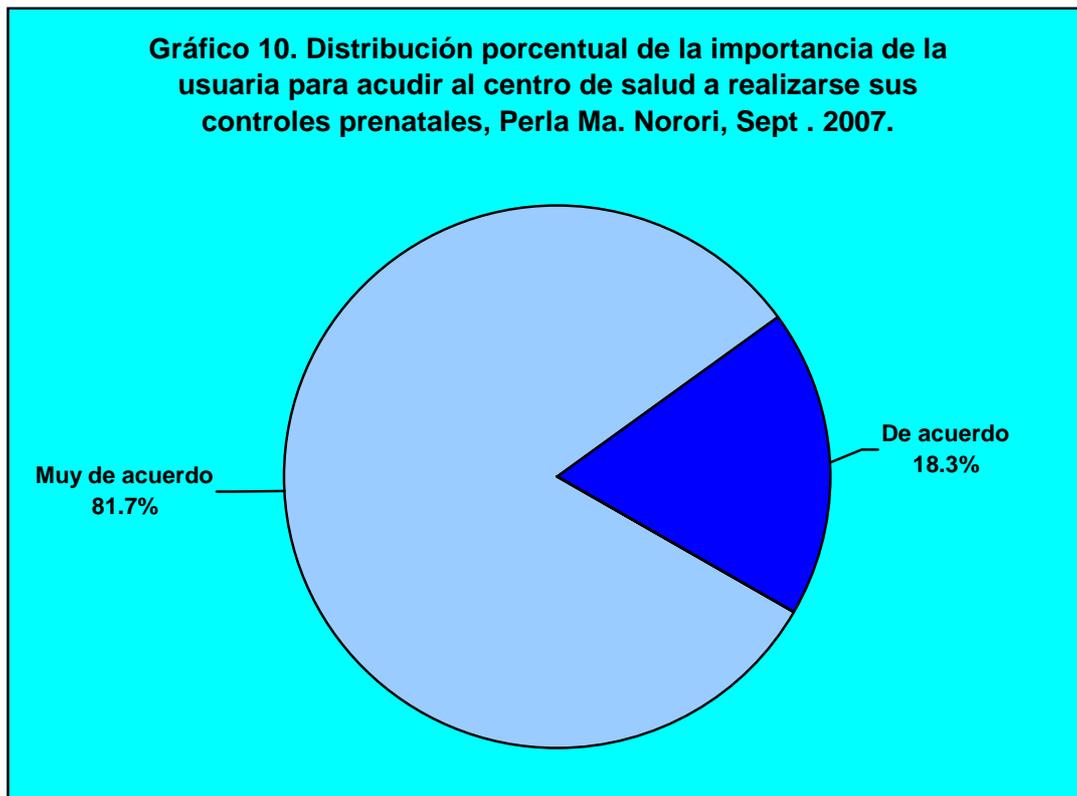
Un alto porcentaje de las usuarias se realizarían de inmediato los exámenes de laboratorios prescrito por el personal de salud si estuvieran embarazadas, observándose en el gráfico 9.





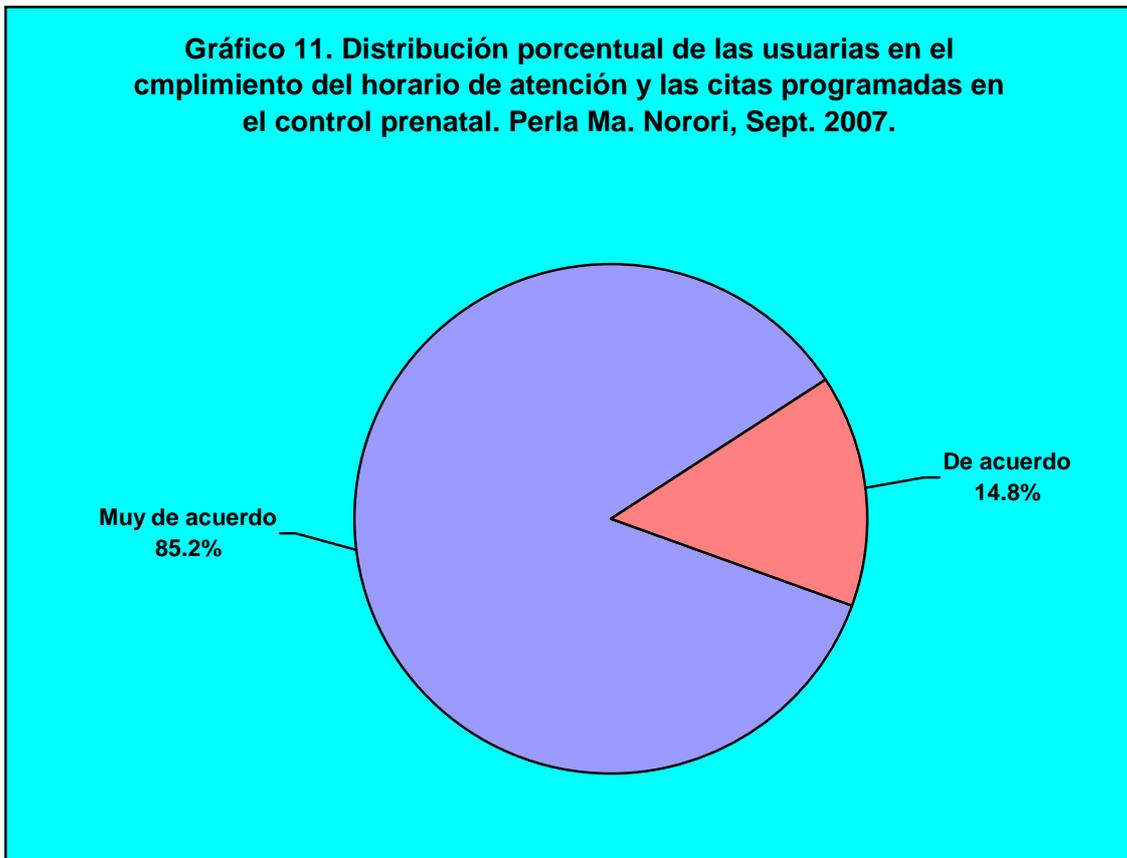
#### 6.4.5 Actitudes de las mujeres en edad fértil hacia el control prenatal

En relación a considerar importante acudir al centro de salud a realizarse los controles prenatales la mayoría está muy de acuerdo, como se observa en el gráfico 10.





En el gráfico 11 se muestra que el 85.2% de las mujeres tendrían la actitud de estar muy de acuerdo en cumplir con el horario de atención a las citas programada en los controles prenatales.





Respecto en cumplir con las orientaciones educativas brindadas por el personal de salud en los controles prenatales la mayoría de las mujeres refieren según el gráfico 12 estar muy de acuerdo.

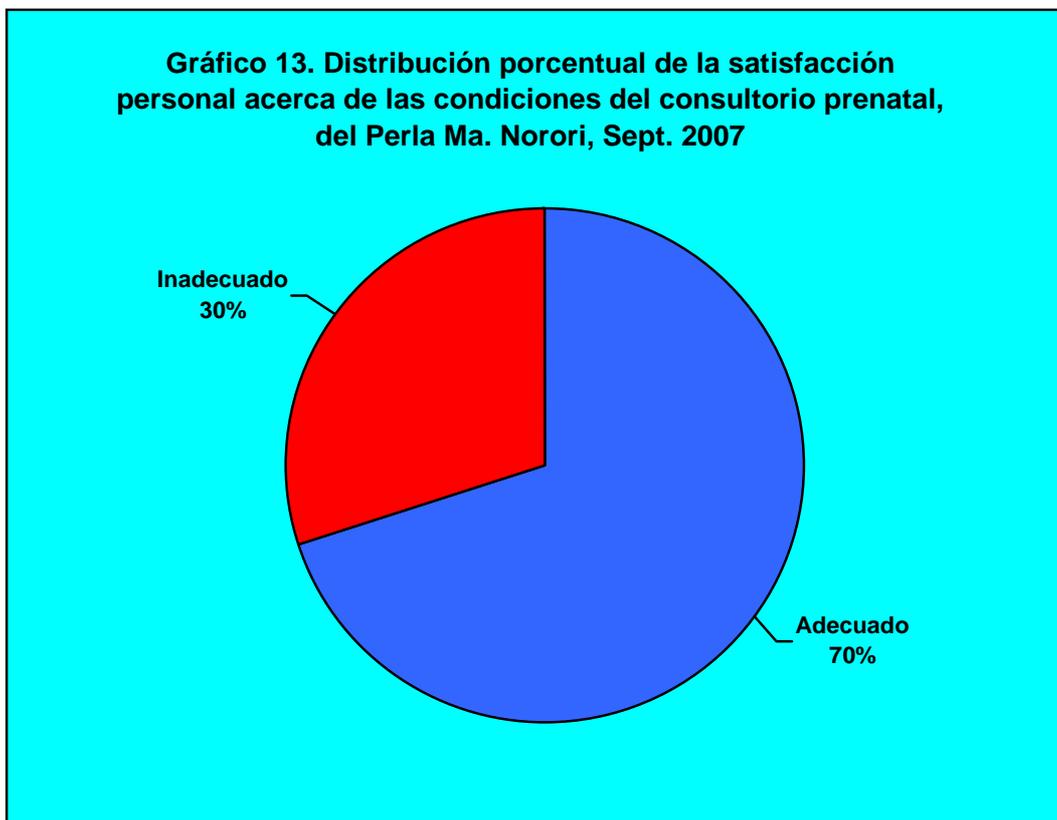




### **6.6 Información obtenida mediante la entrevista de salida a las usuarias externas del control prenatal del centro de salud Perla Ma. Norori.**

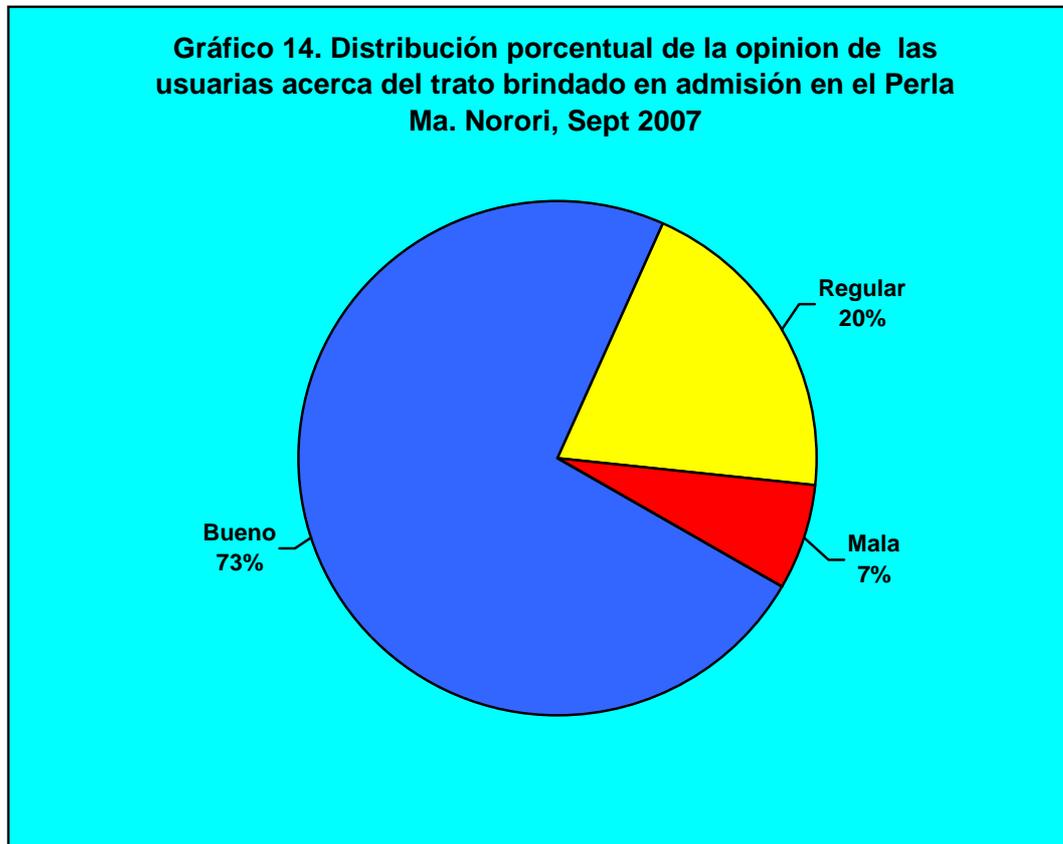
Se entrevistó a un total de 30 mujeres embarazadas ingresadas en el componente para valorar el grado de satisfacción que tienen.

En relación a las condiciones ambientales y estructurales según se observa en el gráfico 13 la mayoría de las mujeres respondieron son adecuadas,





En el gráfico 14 muestra que la mayor parte de las mujeres opinan que el trato brindado en admisión es bueno.

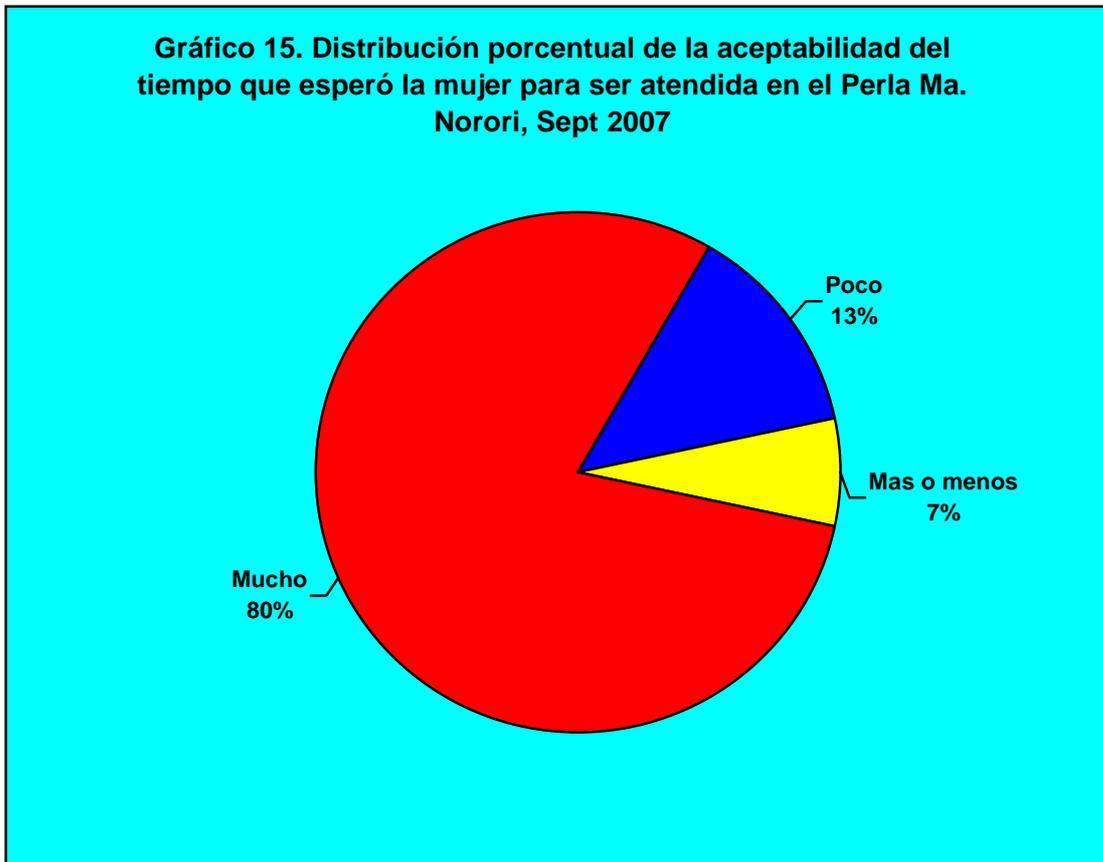


El tiempo de espera para ser atendidas, según estimaciones de las usuarias es como sigue a continuación (anexo tabla 2)

<b>Medidas</b>	<b>Minutos</b>
• Valor mínimo:	15
• Percentil 25:	60
• Mediana:	60
• Percentil 75:	120
• Valor máximo:	240



El 80% de las mujeres opinan que es mucho el tiempo que tienen que esperar para ser atendidas como se puede observar en el gráfico 15.





En relación al horario de atención para los controles prenatales casi la totalidad de las usuarias respondieron que es adecuado reflejado en el gráfico 16.



El tiempo de duración de la consulta, según

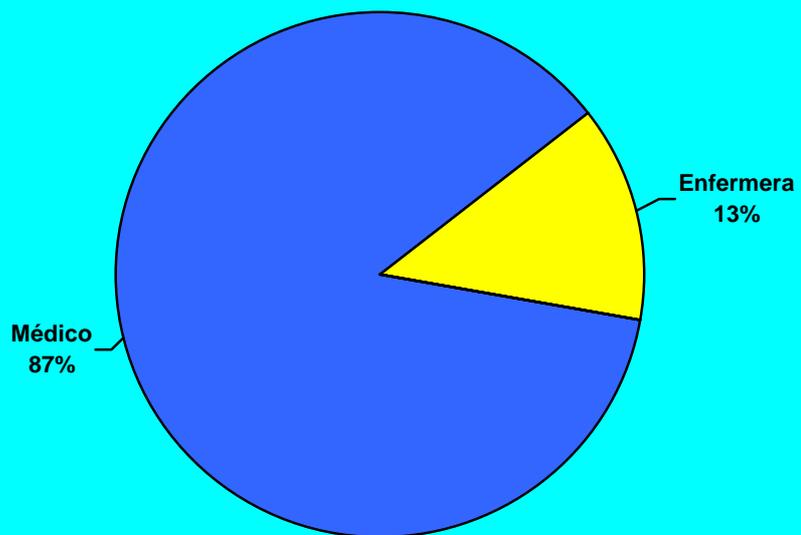
estimaciones de las usuarias es como sigue a continuación (anexo tabla 3)

Medidas	Minutos
• Valor mínimo	15
• Percentil 25	20
• Mediana	20
• Percentil 75	30
• Valor máximo	30

La mayor parte de los controles prenatales son realizados por médicos como se muestra en el gráfico 17.

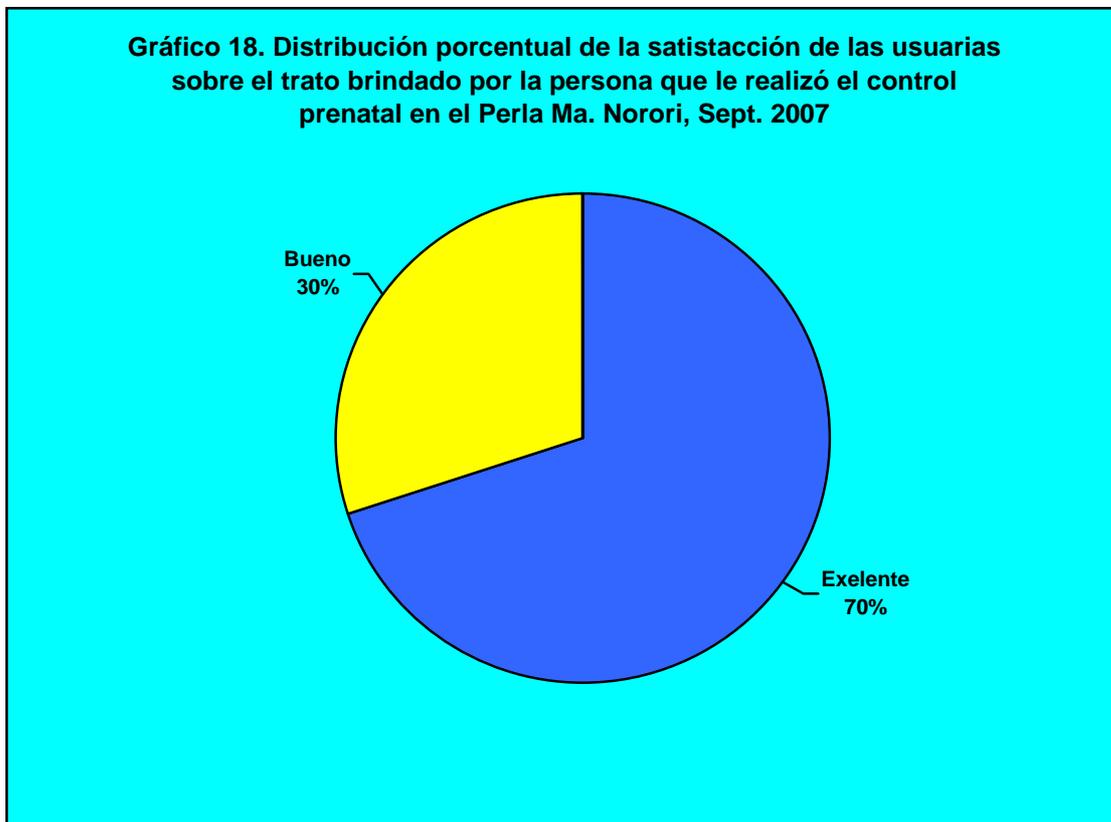


**Gráfico 17. Distribución porcentual de la persona que le realizó el control prenatal en el Perla Ma. Norori, Sept. 2007**





El 70% de las mujeres entrevistadas opinan que el trato brindado por los médicos y enfermeras del componente es excelente según se observa en el gráfico 18.

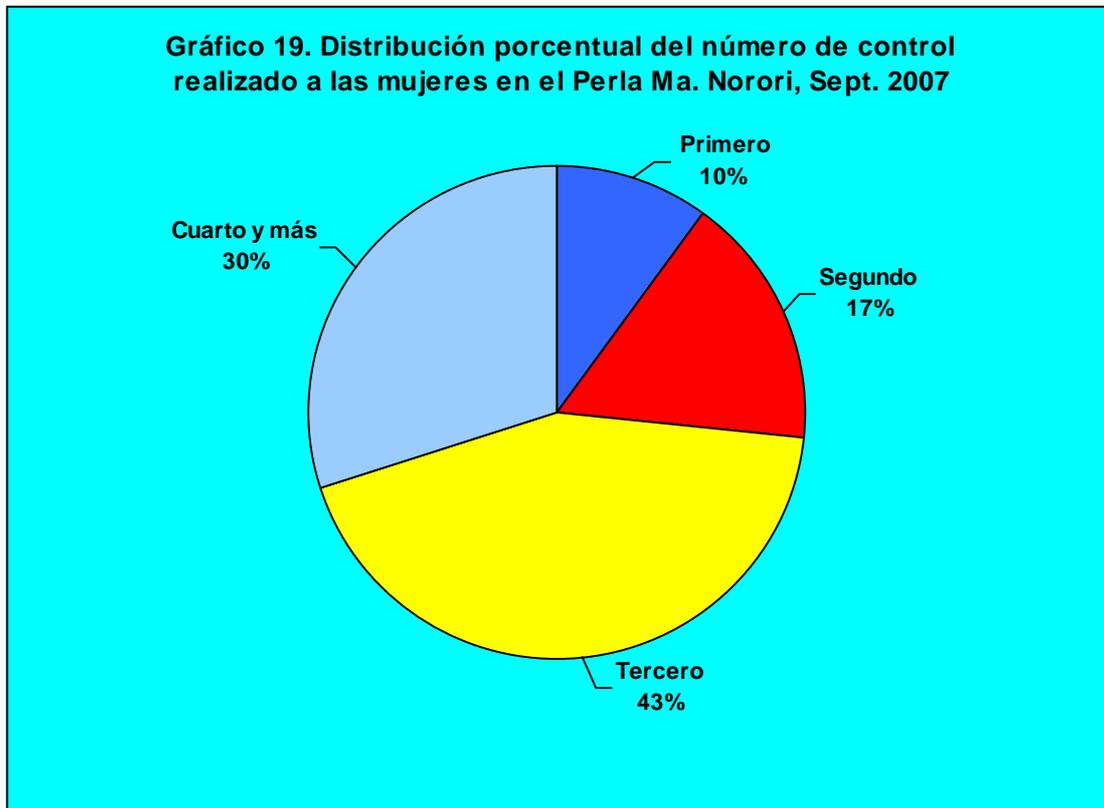


Al preguntar que le pareció el trato brindado por la persona que le realizó el control justificaron su respuesta de la siguiente manera.

Opiniones sobre el trato recibido	Número
• Amable	18
• Comprensible	9
• Respetuoso	2
• Tranquilo	1



El 90% de las mujeres entrevistadas se les realizó controles subsecuentes y solo una minoría en el primer control según se muestra en el gráfico 19 que se detalla a continuación.



Entre las actividades realizadas durante el control mencionadas por las usuarias están las siguientes:

<b>Actividades en el control prenatal</b>	<b>Número</b>
• Signos vitales	30
• Examen físico completo	30
• Valoración de embarazo	30
• Actividades educativas	30
• Peso	29
• Otros	20
• Revisión ginecológica	13



## 7 DISCUSION

### 7.1 Valoración de los recursos

En cuanto al personal médico y de enfermería asignado al componente se consideran que es poco y tienen una adecuada capacitación. Los datos de la autoevaluación se analizaron por separado para los médicos y las enfermeras y se obtuvo muy buen puntaje para los médicos, mientras que las enfermeras resultaron con calificaciones muy bajas; quienes mostraron su mayor debilidad sobre el dominio en los objetivos del componente, los contenidos educativos según control, enfoques de riesgo, nos hace reflexionar sobre el poco manejo de la información, que da como consecuencia la baja calidad en el servicio de atención a la mujer.

En cuanto a los materiales con que cuenta el centro de salud, estos son insuficientes debido a que ya finalizaron su vida útil, como por ejemplo la mesa ginecológica; en el caso de los medicamentos partiendo de la opinión del personal están abastecidos con la lista básica, pero para algunas de las patologías que presentan las usuarias es insuficiente.

En relación a la infraestructura del local y principalmente la del consultorio médico es inadecuada por tener un espacio reducido, con escasa privacidad, en la que se brinda atención al mismo tiempo a dos pacientes. La consulta es constantemente interrumpida tanto por el personal de salud como por las usuarias, producto de que en este lugar se atiende a la par otros componentes afines a la Atención Integral a la mujer, por lo que se considera que hay una alteración en el orden, al observarse la falta de indicaciones de restricciones de parte del centro de salud para las usuarias, mientras que la opinión de las usuarias es diferente refiriendo que las condiciones ambientales y estructurales del consultorio son adecuadas; existe escasa ventilación debido a que solo cuenta con una ventana entrando poco aire, aunque cuentan con un abanico este es escaso para la cantidad de personas que se encuentran en el consultorio. Respecto a la iluminación es insuficiente producto de los cortes de energía eléctrica con periodo de duración en



ocho horas programados para este sector.

En cuanto a la sala de espera es muy pequeña, las bancas son suficientes para las usuarias, sin embargo las mismas son de madera brindando poca comodidad a la mujer embarazada; además faltan condiciones para ejecutar la actividad educativa.

## **7.2 Valoración del cumplimiento de las normas de CPN**

En lo que respecta a la observación directa durante realización de los CPN, según las normas la anamnesis a las pacientes embarazadas se realiza en todos los controles, pero el personal médico y de enfermería la cumple únicamente durante el ingreso al componente, lo que limita la actualización de datos por la aparición de nuevos eventos que influyen en desarrollo adecuado del embarazo.

En cuanto a los exámenes de laboratorio, estos son prescritos a todas las pacientes en el momento del ingreso, pero falta actualizarlos durante la evolución del embarazo. Las causas del bajo porcentaje de toma de PAPS no fueron justificadas por el personal.

Respecto a la revisión de expedientes clínicos de las usuarias, los datos de identificación y antecedentes se cumplieron en alto porcentaje, con respecto a los datos sobre embarazo actual, hay ausencia de casillas en amarillo marcadas indicando alto riesgo obstétrico, mientras los exámenes de laboratorio y la consejería según control, están incompletos en la mayoría de las historias clínicas, situación que repercute negativamente sobre la calidad del servicio brindado en el componente.

Respecto a las actividades educativas en sala de espera, hay carencia de las mismas desaprovechando tiempo valioso para educación en salud a las usuarias sobre y esta actividad falta durante la consulta según el control.



### **7.3 Valoración del grado de conocimientos, actitudes y prácticas de las usuarias sobre CPN**

En lo que corresponde a los conocimientos de las MEF sobre control prenatal, es bajo por el hecho de encontrar que no todas respondieron que la vacuna antitetánica es útil para evitar el tétano neonatal, desconocer sobre signos y síntomas de peligro durante el embarazo y de la vacuna podría pensarse que se deba a la falta de promoción y educación por parte del personal, así como al poco interés que muestran las usuarias en relación al componente, diferente a lo encontrado en el estudio realizado por Valadez Figueroa y colaboradores representan sobre conocimientos, actitudes y cuidados alternativos en Jalisco en la Universidad de Guadalajara, México, el conocimiento era adecuado sobre factores de riesgo y conocimientos inadecuados de signos, síntomas y control prenatal por parte de las MEF.

En relación a las prácticas, el bajo porcentaje de mujeres que darían lactancia materna exclusiva indica poca promoción, la cultura del biberón y ablactación temprana y alteración de la situación socioeconómica obliga a las mujeres dejar a sus hijos a temprana edad para reincorporarse en las actividades laborales ya que son en la mayoría madres solteras.

Con respecto a la realización de los exámenes de laboratorio prescrito por el personal de salud no todas las mujeres se los realizarían inmediatamente refleja el poco interés de las mujeres y la falta de consejería del personal de salud sobre la importancia de los exámenes de laboratorio.

En cuanto a la actitud de las MEF, en general es positiva reflejando la importancia del control prenatal para una evolución y culminación satisfactoria del embarazo, sin embargo, se encontró una debilidad en el instrumento al momento de realizar las preguntas muy dirigidas, contrario a esto son los hallazgos en el estudio en Guadalajara, México que tienen una actitud negativa hacia la atención prenatal.



#### **7.4 Valoración de las coberturas de CPN**

Sobre los datos obtenidos de la encuesta, se encontró en general una cobertura en el componente que esta referido a mujeres del área urbana, cumpliéndose con la captación precoz y una alta concentración de los controles prenatales. La mayoría son realizados por médicos generales, pero se desconoce si corresponde al primero o último control prenatal como esta normado, lo que ocurre producto de la falta de precisión en el instrumento.

En lo que corresponde a la captación precoz es alta y solo una pequeña parte de las encuestadas se realizaron el ingreso después del primer trimestre, de éstas la mitad justificó su respuesta “porque no querían que supieran que estaba embarazada” y el grupo de edad en que predominó fue en las adolescentes con 66.6%. Contrario a lo reflejado en el estudio realizado por Echeverri Ramírez acerca de la evaluación del CPN en el centro de salud la Paz Centro, los resultados de los datos de cobertura en general fueron bajos.

La ausencia de muertes maternas indica que es un logro positivo del componente.

#### **7.5 Valoración del grado de satisfacción de las mujeres embarazadas**

En general la mayoría de las usuarias están satisfechas con el trato brindado por el personal que realiza los CPN y con el horario de atención, pero no con el tiempo de espera para poder ser atendidas ya que en la mayoría de los casos es de hasta de una hora producto de la demanda de consulta, el estudio de Echeverri M. (1993) realizado en al Paz Centro consideraron que aunque es de una hora había insatisfacción, el MINSA establece en el análisis del sector salud (2001) reporta un promedio de una hora y media. Sobre el tiempo que dura la consulta según las usuarias respondieron que la mediana de tiempo de consulta resulto ser de veinte minutos.



## 8. CONCLUSIONES

La calidad en que se desarrolla el control prenatal en el centro de salud Perla María Norori es regular debido a que:

El personal de salud para la demanda de servicio es insuficiente, recibe capacitaciones sistemáticas en relación a CPN, pero tienen bajo nivel de conocimiento en cuanto a los objetivos del componente, los contenidos educativos según control, metodología de enfoque de riesgo, factores relacionados con mortalidad materna y perinatal, manejo de emésis gravídica, candidiasis vaginal, anemia y requerimientos nutricionales diarios durante el embarazo.

En cuanto a los recursos disponibles hacen falta medicamentos, materiales y mobiliario, la infraestructura es inadecuada y se ve afectada por los racionamientos de luz eléctrica durante ocho horas y en consecuencia falta el agua potable.

Otro punto que afecta la calidad en CPN es el incumplimiento de las normas, ya que durante la observación de las actividades está ausente la actualización de datos de la anamnesis, toma del cultivo de secreción vaginal, toma del PAP y la indicación del urocultivo. En la revisión de expedientes los datos del embarazo actual las casillas en amarillo en las pacientes de alto riesgo obstétrico están sin marcar, los exámenes de laboratorio son incompletos al igual que la consejería según control.

El nivel de conocimientos y prácticas que posee la población es bajo y las actitudes de las mujeres es positiva sobre el control prenatal.

En lo que se refiere a cobertura es alta.

En lo que corresponde a la satisfacción de las usuarias, opinan que es excelente el trato brindado por el personal de salud, pero están insatisfechas con el tiempo que tienen que esperar para ser atendidas.



## 9. RECOMENDACIONES

Creemos oportuno que las autoridades del centro de salud organicen el comité de calidad que permita el establecimiento del círculo de calidad con fines a dar respuesta a:

Capacitar a todo el personal, en especial a las enfermeras que han obtenido baja puntuación.

Mejorar el cumplimiento de las normas de control prenatal.

Mejorar los conocimientos y prácticas de las usuarias en relación a control prenatal.

Organizar un programa educativo que fortalezca los conocimientos y prácticas de las mujeres especialmente en la alimentación durante el embarazo, la función de la vacuna antitetánica signos de peligro en la embarazada y lactancia materna exclusiva.

Gestionar la institucionalización de citas programadas en el control prenatal.

Antes de la designación de un recurso médico y de enfermería, convendría hacer un estudio previo sobre la necesidad de recursos humanos para este componente.

Gestionar al MINSA el suministro de recursos materiales para el control prenatal.

Formular proyectos para el mejoramiento de la infraestructura del centro de salud y en especial del consultorio de CPN.



## 10. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Ministerio de Salud (MINSAL). Protocolo para la atención Obstétrica y Pediátrica. Dirección de atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia. Nicaragua. Marzo 2001.
- 2) Ramírez SST. J. Najera. Migende L.G. "Percepción De La Calidad De La Atención De Los Servicios De Salud En México".
- 3) Ministerio de Salud (MINSAL). Ley General de Salud. Diario Oficial La Gaceta. Managua Nicaragua. 2002. Páginas 9, 10,18-20, 26-27.
- 4) Ministerio de Salud (MINSAL). Plan Nacional de Salud. Páginas 52-54, 113-115.
- 5) Donabedian, A. Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. Investigación sobre servicios de salud: una antología. OPS, Publicación Científica N° 554.
- 6) MINSAL. Manual del Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 1996.
- 7) Abaunza Y. Calidad de atención del control prenatal en el Jicaral y Malpaisillo. Tesis para optar al título de doctor en medicina y cirugía. León Nicaragua. UNAN-LEON. 1985.
- 8) Echeverri M. Evaluación del control prenatal en el centro de salud de La Paz Centro. Tesis para optar al título de doctor en medicina y cirugía. León Nicaragua. UNAN-LEON.1993.
- 9) Alduvin G. Satisfacción del usuario con el control prenatal en el municipio de Quezalaguaque y Santa Rosa del Peñón. Tesis para optar al título de doctor en medicina y cirugía. León Nicaragua. UNAN-LEON. 1997.
- 10) Salgado E. Calidad del control prenatal en el centro de salud de Sutiava de la ciudad de León. Trabajo de investigación por estudiante del IV año de medicina UNAN-LEON. 2002.
- 11) Resumen de la Encuesta de Demografía y Salud (ENDESA 1998). Fecha de acceso 30 de julio 2007. Disponible en: [Http://www.inec.gob.ni/endesa/resumeninf.pdf](http://www.inec.gob.ni/endesa/resumeninf.pdf).
- 12) Ministerio d salud (MINSAL). División de RRHH y docencia. PROSIM-GTZ. Gerencia de calidad. 2001
- 13) Herramientas de la calidad. Fecha de acceso 30 de julio 2007. Disponible en: [Http:// mshnic.org. ni/ home/ biblioext/ gesector salud. Pdf.](http://mshnic.org.ni/home/biblioext/gesector%20salud.Pdf)



- 14) F Martínez. Salud publica. Editorial Mc Graw Hill- Interamericana.1997.
- 15) Acevedo D. Cumplimiento de Normas en Control Prenatal de Embarazos con Riesgo Obstétricos, Hospital Milton Rocha E. de Cukra Hill, 1992.
- 16) SCHWARCZ, RICARDO L. Obstetricia. 5ª Edición. Buenos Aires. Editorial El Ateneo, 1999.
- 17) Gómez, E. El Control Total de la Calidad como una estrategia de Comercialización. Editorial Legis. Bogotá., 1991.
- 18) Pérez R. Satisfacción del Cliente. Tipo: Artículo, Fecha de Publicación: 10/2003.
- 19) Ministerio de Salud, "Investigación Operativa en salud Materno Infantil" Compendio 2000, Cáp. IV.
- 20) MALAGON, G y Col. Auditoria en Salud. Una Gestión Eficiente. Editorial Médica Panamericana. Bogotá, Colombia. 1998.
- 21) Vidal LM, Reyes H. Diseño de un sistema de monitoria para el desarrollo de programas de garantía de calidad. Salud Pública Mex.1993; 35:326-331.
- 22) Donabedian, A. La Calidad de la Atención Médica. La Prensa Médica Mexicana. México, 1984.
- 23) Mariño, H. Gerencia de la Calidad Total. Tercer Mundo Editores. Colombia.1992.



# ANEXOS



### Anexo 1

**Entrevista a profundidad para informantes claves para conocer la opinión que tiene el personal de salud sobre el componente control prenatal del Centro de Salud Perla Maria Norori” del departamento de León.**

1 Número de especialistas en Gineco-obstetra atendiendo el programa: \_\_\_\_\_

2 Número de médicos generales atendiendo el programa: \_\_\_\_\_

3 Número de licenciadas en enfermería atendiendo el programa: \_\_\_\_\_

4 Número de auxiliares de enfermería atendiendo el programa: \_\_\_\_\_

5 Hay un responsable de educación en salud en la unidad: \_\_\_\_\_

6 En general **¿Cómo valora la calidad en que se desarrolla el componente CPN en esta unidad de salud?** ¿Cuáles son sus fortalezas y debilidades? ¿Cómo valora el componente CPN?

7 **¿Cómo valora los recursos disponibles para el control prenatal?** En cuanto a sus recursos humanos y capacitación? Sobre la planta física, sobre sus recursos materiales y medicamentos para valorar el control prenatal?

8 **¿En qué medida se cumplen las normas de control prenatal?** ¿Cómo valora las actividades que se llevan a cabo para evaluar el componente control prenatal? ¿Cómo valora las actividades de educación y capacitación? ¿Con qué dificultades se ha encontrado ante el cumplimiento de las normas?

9 **¿Cómo valora las coberturas del control prenatal?** ¿Cómo valora las cifras reportadas por el componente? ¿Cómo está la captación precoz? ¿Cómo está la prevalencia de los embarazos con alto riesgo obstétrico? ¿Cómo está la mortalidad materna? ¿Qué logros se han alcanzado?

10 **¿Cómo percibe el interés de la población ante el CPN?**



### Anexo 2

**Guía de observación para evaluar el grado de adecuación de materiales e infraestructura del componente control prenatal del centro de salud Perla Maria Norori. del departamento de León.**

#### 1 Equipamiento

MATERIALES	SI(1)	NO(2)	CANT(3)	CONDICIÓN(4)	OBSERVACION(5)
1.1.Escritorio					
1.2.Silla					
1.3.Mesa ginecológica					
1.4.Ropa de cama					
1.5.Lámpara					
1.6.Báscula					
1.7.Estetoscopio					
1.8.Tallímetro					
1.9.Cinta obstétrica					
1.10.Gestograma					
1.11.Espéculos					
1.12.Papelería necesaria					
1.13.Tensiometro					

#### 2. Infraestructura

DESCRIPCION	SI(1)	NO(2)
2.1 Local accesible geográficamente a la población.		
2.2 Local con adecuada iluminación		
2.3 Local con adecuada ventilación		
2.4 Local con buena limpieza		
2.5 Local con espacio suficiente		
2.6 Este local tiene un sitio con privacidad		
2.7 Local tiene área de espera acondicionada para el la usuaria		
2.8 Local con mueblería adecuada para la atención de la paciente		
2.9 Este local cuenta con archivadoras para el sistema de registro		



**Anexo 3**

**Guía de observación para valorar el cumplimiento de las normas del control prenatal en el centro de salud Perla Maria Norori del departamento de León.**

**1. Cargo de la persona que realiza el control prenatal**

- 1.1. Gineco-obstetra\_\_ (1)
- 1.2. Médico general\_\_ (2)
- 1.3. Enfermera\_\_ (3)

**2. Actividades realizadas durante el control**

Actividades	1er control(1)	2do control(2)	3ro control(3)	4to control(4)
2.1 Preclínica:				
2.1.1 Peso actual				
2.1.2 Medición de talla				
2.1.3 Presión arterial				
2.2 Clínica:				
2.2.1 Anamnesis				
2.2.2 Examen clínico				
2.2.3 Examen de Mama				
2.2.4 Evaluar crecimiento fetal				
2.2.5 Número de fetos				
2.2.6 Presentación fetal				
2.2.7 Valoración de pelvis				
2.2.8 Evaluar riesgo perinatal				
2.2.9 Contenidos educativos				
2.2.10 Toma de PAP				
2.2.11 Toma Cultivo secreción vaginal.				
2.3 Post clínica:				
2.3.1 Examen de glicemia.				
2.3.2 Examen de VDRL.				
2.3.3 Examen de VIH				
2.3.4 Examen general de orina				
2.3.5 Biometría hemática completa				
2.3.6 Urocultivo.				
2.3.7 Examen odontológico				
2.3.8 Grupo y Rh				
2.3.9 Antitetánica				



#### Anexo 4

### Cuestionario para la evaluación del grado de conocimiento de las normas de atención de control prenatal por el personal de salud del centro de salud Perla María Norori del departamento de León.

1. ¿Qué es el control prenatal?

**Respuesta:**

El control prenatal significa la vigilancia de la evolución del embarazo, a través de consultas periódicas dentro de los nueve meses de gestación, con el objetivo de detectar, prevenir, solucionar o anular los riesgos detectados.

2. ¿Cuándo se dice que el control prenatal es óptimo?

**Respuesta:**

El control prenatal es óptimo cuando presenta los siguientes requisitos:

- Precoz, iniciado durante el primer trimestre de embarazo.
- Periódico o continuo, las consultas se programan según los riesgos de cada embarazada.
- Completo o integral, de forma que cubra todo el embarazo.
- Con amplia cobertura, de manera que cada territorio debe conocer a todas sus embarazadas.
- Gratuidad en todos los aspectos de la consulta.

3. ¿Menciones al menos 5 objetivos que comprenden el control prenatal?

**Respuesta:**

- Cumplir las normas del control prenatal.
- Optimizar el control prenatal, precoz, periódico, continuo y completo.
- Discriminar el embarazo normal y de bajo riesgo del alto riesgo.
- Clasificar el riesgo obstétrico.
- Atender según el riesgo.
- Capacitar personal y adecuar servicios.
- Garantizar accesibilidad a los servicios de emergencia.
- Lograr referencia y contrarreferencia eficiente.
- Controlar y solucionar el riesgo detectado en nivel correspondiente.
- Educar a la paciente y a su pareja sobre cuidados durante el embarazo y control prenatal.
- Conocer cifras anuales de embarazos y planificar con adecuada atención.
- Captar al menos el 55% de las mujeres embarazadas.
- Lograr parte institucional en el 100%.
- Prevenir el tétano neonatal.
- Promocionar la lactancia materna.
- Incorporar y adiestrar a las parteras.
- Promocionar la planificación familiar en pacientes con altos riesgos obstétricos.
- Promocionar el bienestar fetal.
- Educar a la embarazada a cerca de la higiene, alimentación y sexualidad.
- Conocer el listado de pacientes con factores de riesgos que pueden ser controlados en consultas externas de alto y bajo riesgos.



4. ¿Indique que actividades le realizaría a una paciente en su ingreso al control prenatal?

**Respuesta:**

Actividades	1er control(1)
Anamnesis	*
Cálculo de la edad gestacional	*
Diagnóstico del embarazo	*
Examen clínico completo	*
Medición de la talla	*
Determinar peso actual	*
Vacuna anti tetánica	*
Determinar grupo y Rh	*
Examen general de orina	*
Determinar hemoglobina	*
Entrega de hierro	*
Glicemia	*
VDRL	*
VIH-test de Elisa	*
Examen odontológico	*
Examen de mamas	*
Papanicolaou	*
Tomar presión arterial	*
Evaluar crecimiento fetal	*
Contenido educativo	*
Evaluar riesgo perinatal	*
Cultivo de secreción vaginal	*

5. ¿Enumere los contenidos educativos que deben ser impartidos en el control prenatal?

**Respuesta:**

Período	Temas
Primer trimestre	Higiene. Signos y síntomas normales del embarazo. Signos y síntomas de complicaciones más frecuentes en este período, explicando lo que debe hacer. Importancia del control del embarazo. Orientaciones sobre alimentación adecuada. Abuso de sustancias y sus repercusiones.
Segundo y tercer trimestre	Importancia del cumplimiento de las indicaciones y el tratamiento. Preparación para el amamantamiento. Ejercicios: dar importancia a los ejercicios de flexibilidad, evitar los de rebote. Signos de alerta o complicaciones más frecuentes en este período y sobre lo que se debe hacer. Preparación para el parto, indicaciones de cómo se inicia, cuando y donde debe de acudir. Ventajas y beneficios de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses. Importancia del control puerperal. Espaciamento intergestacional y planificación familiar. Importancia del control de crecimiento y desarrollo del recién nacido.



6. ¿Explique con sus propias palabras como aplica la metodología de enfoque de riesgo en el control prenatal?

**Respuesta:**

Las normas y la organización de la atención deben diferir según el grado de riesgo que la embarazada tenga lo que respecta a objetivos, contenidos, números de consultas prenatales y tipo de personal que presta la atención.

7. ¿Qué entiende por embarazo de alto riesgo?

**Respuesta:**

Cuando existen factores de riesgos (sociales, genéticos y fundamentalmente biológico) solos o asociados y cuya presencia puede significar un mayor compromiso y alteraciones en el embarazo, el parto y el puerperio, con repercusión en el estado de salud de la madre, el feto o ambos.

8. ¿Enuncie los factores que están relacionados con mortalidad materna y perinatal?

**Respuesta:**

- Factores socio económicos.
- Factores de riesgos reproductivos
  - Antecedentes generales
  - Antecedentes patológicos personales
  - Antecedentes obstétricos patológicos
- Factores de alto riesgo obstétrico
  - En el embarazo actual
  - Durante el parto
  - Durante el puerperio
- Factores de los servicios de salud

9. ¿Qué factores de riesgos en servicios de salud están relacionados con mortalidad materna y perinatal?

**Respuesta:**

Falta de accesibilidad a la atención materna.

- Número insuficiente de personal adiestrado.
- Escasez de personal de salud.
- Suministro inadecuado de material, equipo y medicamentos.
- Tratamiento médico ineficaz.
- Ausencia de servicios de planificación familiar.
- Deficiente calidad de atención.
- Deficiente capacidad de respuesta de los servicios de emergencia.
- Inadecuado sistema de referencia y contrarreferencia.



10. ¿Indique las consecuencias de escasez de personal de salud, deficiente calidad de atención y el tratamiento médico ineficaz en control prenatal?

**Respuesta:**

Moralidad materna y perinatal

11. ¿Mencione las conductas a seguir en una paciente con infección de vías urinarias recurrentes?

**Respuesta:**

- Realización de urocultivo, para investigar agente etiológico y sensibilidad.
- Administrar antibiótico, según resultado de urocultivo.
- Aumentar la ingesta de agua a dos litros por día.
- Educación sobre la patología.
- Consejería sobre signos de peligro y que hacer.
- Evitar el uso de ropa interior ajustada.
- Realizar examen general de orina y urocultivo de control posterior al tratamiento.

12. Indique las acciones que realizaría en una paciente con pre-eclampsia leve

**Respuesta:**

- Manejo si es posible por un obstetra.
- Uso de antihipertensivos si es necesario: alfametildopa 250 mg cada 12 horas o hidralazina 50 mg cada 8 horas hasta lograr una presión arterial diastólica menor a 90 mmHg.
- Reposo absoluto.
- Monitoreo semanal de los niveles de proteína y presión arterial
- Vigilar vitalidad fetal.
- Vigilar signos de eclampsia
- Alertar sobre signos de peligro o de complicaciones y como actuar.

13. Exponga la conducta que debe seguir en una paciente con emésis gravídica.

**Respuesta:**

Tratamiento conservador:

- Controlar el estado nutricional, con comidas más frecuentes y de menor cantidad
- Dieta rica en hidratos de carbono.
- Administrar vitamina B6 (clorhidrato de piridoxina).
- Uso de sedantes en pequeñas dosis.
- Uso de antihistamínicos en pequeñas dosis.
- Brindar psicoterapia de apoyo.

14. ¿Cuál es el tratamiento de la candidiasis vaginal durante el embarazo?

**Respuesta:**

- Clotrimazol tabletas vaginales 100 mg diario por 7 a 10 días.
- Papanicolaou posterior al tratamiento.
- Promover el uso de preservativo.
- Evitar el uso de ropa interior ajustada
- Limpieza, baño y cambio de ropa diario
- Consejería sobre signos de peligro.



15. Señale el tratamiento de la anemia durante el embarazo

**Respuesta:**

- Alimentación rica en hierro: frijoles, hojas de remolacha o rábano, carne de pollo o huevo 2 veces por semana, hígado de res y pollo, etc.
- Tabletas de hierro 60 mg diario por 4 meses y luego pasar al esquema semanal.
- Realización de biometría hemática completa posterior al tratamiento.
- Consejería sobre nutrición y alimentación.
- Vigilar adecuado crecimiento fetal.

16. ¿Cuáles son los requerimientos diario de calorías, proteínas y de hierro durante el embarazo?

**Respuesta:**

- Calorías: 150 Kcal día en el primer trimestre y 350 Kcal día en el segundo y tercer trimestre.
- Proteínas: 8gr día.
- Hierro: 0.8 mg diario en la primera mitad del embarazo y 4.4 mg en la segunda mitad del embarazo y al finalizar 8.4 mg diario.

17. ¿Cuáles son los diagnósticos diferenciales de un sangrado transvaginal en la segunda mitad del embarazo?

**Respuesta:**

- Placenta previa.
- Desprendimiento prematuro de placenta normo-inserta.
- Rotura uterina.

18. ¿Cuál es la definición de aborto?

**Respuesta:**

Es toda interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de amenorrea, con un peso del producto inferior a 500 gr.



**Anexo 5**

**Guía de evaluación para valorar el cumplimiento de las normas del control prenatal en las actividades de la historia clínica perinatal base en el centro de salud Perla Maria Norori del departamento de León.**

**1 Registro de datos**

ASPECTOS	SI(1)	NO(2)
1.1 Identificación:		
1.1.1 Número de historia clínica		
1.1.2 Nombre completo de la embarazada		
1.1.3 Domicilio		
1.1.4 Localidad.		
1.1.5 Edad en años		
1.1.6 Nivel de escolaridad		
1.1.7 Estado civil		
1.2 Antecedentes:		
1.2.1 Familiares.		
1.2.2 Personales		
1.2.3 Obstétricos		
1.3 Embarazo actual:		
1.3.1 Talla		
1.3.2 Fecha de ultima regla		
1.3.3 Fecha probable de parto		
1.3.4 Vacuna antitetánica		
1.3.5 Examen físico		
1.3.6 Revisión odontológica		
1.3.7 Pelvis		
1.3.8 Cérvix normal		
1.3.9 Papanicolaou		
1.3.10 Exámenes de laboratorio completos		
1.3.11 Fecha del control correspondiente		
1.3.12 Semana de amenorrea		
1.3.13 Determinación de presión arterial y su evaluación		
1.3.14 Peso en cada control y su evaluación		
1.3.15 Altura Uterina		
1.3.16 Presentación.		
1.3.17 Frecuencia cardíaca fetal después de las 20 semanas		



1.3.18 Movimientos. Fetales después de las 18 semanas		
1.3.19 Casillas en amarillo marcada en caso de paciente ARO		
1.3.20 Consejería según control.		



### Anexo 6

#### Entrevista de salida para evaluar el grado de satisfacción de usuarias externas del control prenatal en el centro de salud del Perla María Norori del departamento de León.

Estamos realizando un estudio sobre lo que opina usted de la atención brindada en el programa de control prenatal de esta unidad. Se agradece su amable colaboración.

4.1. ¿Qué opina usted sobre las condiciones ambientales y estructurales del consultorio donde se le realiza el control prenatal?

Adecuado \_\_\_\_ (1)

Inadecuado \_\_\_\_ (2)

4.2. ¿Cómo fue el trato brindado en el servicio de admisión?

Excelente \_\_\_\_ (1)

Buena \_\_\_\_ (2)

Regular \_\_\_\_ (3)

Mala \_\_\_\_ (4)

4.3. ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar para ser atendido en la consulta?

4.4 ¿Cómo le pareció el tiempo que esperó?

Poco \_\_\_\_ (1)

Más o menos \_\_\_\_ (2)

Mucho \_\_\_\_ (3)

4.5 ¿Cómo le parece el horario para asistir a su control prenatal?

Adecuado \_\_\_\_ (1)

Inadecuado \_\_\_\_ (2)

4.6 ¿Cuánto tiempo duró su control prenatal?

4.7 ¿Quién le realizó el control prenatal?

Médico \_\_\_\_ (1)

Enfermera \_\_\_\_ (2)

Otro \_\_\_\_ (9)

4.8 ¿Qué le pareció el trato brindado por la persona que le realizó el control prenatal?

Excelente \_\_\_\_ (1)

Buena \_\_\_\_ (2)

Regular \_\_\_\_ (3)

Mala \_\_\_\_ (4)

Razone su respuesta \_\_\_\_\_

4.9 ¿Qué número de control se realizó el día de hoy?

Primero \_\_\_\_ (1)

Segundo \_\_\_\_ (2)

Tercero \_\_\_\_ (3)

Cuarto o más \_\_\_\_ (4)

4.10 Mencione las actividades que le realizaron el día de hoy en su control prenatal.



### Anexo 7

## Encuesta para valorar el grado de conocimientos, prácticas y actitudes así como la cobertura del componente de control prenatal a las mujeres en edad fértil que acuden al centro de salud Perla María Norori del departamento de León.

Introducción: Somos médicas egresadas de la UNAN León y estamos interesadas en finalizar nuestra monografía, de manera que existe la disposición de realizar un estudio en las mujeres que hayan estado embarazadas en los últimos dos años (2005-2006), por lo que esperamos que usted pueda ayudarnos al permitirnos hacerle la entrevista personal. Queremos manifestarle que la información que proporcione es únicamente con fines de estudio, de contar con su apoyo, le agradecemos su voluntaria participación.

### 1 Datos generales

1.1 Edad\_\_ años

1.2 Área: Rural\_\_ (1) Urbana\_\_ (2)

1.3 ¿Qué grado de escolaridad tienen?

	Escolaridad	
0	Ninguna	
1	Primaria	
2	Secundaria	
3	Universitaria	

1.4 Estado civil: Soltera\_\_ (1) Casada\_\_ (2) Acompañada\_\_ (3) Otra\_\_ (4)

### 1 Cobertura

2.1 Cuando usted estaba embarazada de (nombre) ¿se hizo control prenatal (se chequeo el embarazo alguna vez)?

a) Si\_\_ (1) ¿con quién se chequeo?

2.1.1 Médico general\_\_ (1)

2.1.2 Ginecólogo\_\_ (2)

2.1.3 Enfermera\_\_ (3)

2.1.4 Comadrona\_\_ (4)

2.1.5 Partera\_\_ (5)

2.1.6 Otro\_\_ (especifique) \_\_\_\_\_ (6)

2.1.7 No se controló \_\_ (7)

b) No\_\_ (2) pase a la pregunta 2.3

2.2 ¿Cuántos meses de embarazo tenía usted cuando se hizo su primer control prenatal?

a) Primeros tres meses\_\_ (1)

b) Después de los primeros tres meses\_\_ (2)

c) No sabe\_\_ (98)

2.3 ¿Por qué no se hizo la consulta para el primer control durante los primeros tres meses?

a) Por trabajo: si\_\_ (1) no\_\_ (2)

b) Le queda lejos si\_\_ (1) no\_\_ (2)

c) No quería que supiera que estaba embarazada si\_\_ (1) no\_\_ (2)

d) No tenía dinero si\_\_ (1) no\_\_ (2)

e) No sabía que estaba embarazada si\_\_ (1) no\_\_ (2)

f) Otro si\_\_ (1) no\_\_ (2)

g) No sabe \_\_ (98)



2.4 ¿Cuántos controles prenatales se realizó usted durante el embarazo?

2.5 ¿Dónde recibió su último control prenatal?

- a) Hospital\_\_ (1)
- b) Policlínica\_\_ (2)
- c) Centro de salud\_\_ (3)
- d) Puesto de salud\_\_ (4)
- e) Casa base\_\_ (5)
- f) Agente comunitario\_\_ (6)
- g) Clínica de pro familia\_\_ (7)
- h) Clínica de IXCHEN\_\_ (8)
- i) Clínica de SI mujer\_\_ (9)
- j) Clínica privada\_\_ (10)
- k) Empresa médica previsional\_\_ (11)
- l) Consultorio médico privado\_\_ (12)
- m) Partera\_\_ (13)
- n) Otro\_\_ Especifique\_\_\_\_\_ (14)
- o) No sabe\_\_ (98)

2.6 ¿Presentó alguna sintomatología durante el embarazo?

- 2.6.1 Dolor de cabeza si\_\_ (1) no\_\_ (2)
- 2.6.2 Zumbido de oído si\_\_ (1) no\_\_ (2)
- 2.6.3 Inflamación de los pies si\_\_ (1) no\_\_ (2)
- 2.6.4 Presión alta si\_\_ (1) no\_\_ (2)
- 2.6.5 Amenaza de aborto/ sangrado  
Antes del quinto mes de  
embarazo si\_\_ (1) no\_\_(2)
- 2.6.6 Infección de los riñones/  
ardor al orinar y fiebre si\_\_ (1) no\_\_ (2)
- 2.6.7 Anemia si\_\_ (1) no\_\_ (2)
- 2.6.8 ITS-VIH SIDA si\_\_ (1) no\_\_ (2)
- 2.6.9 Diabetes si\_\_ (1) no\_\_ (2)
- 2.6.10 Otro si\_\_ (1) no\_\_ (2)  
Especifique\_\_\_\_\_
- 2.6.11 No sabe \_\_ (98)

2.7 ¿Dónde se atendió el parto?

- a) Hospital o centro de salud\_\_ (1)
- b) Domicilio\_\_ (2)
- c) Otro\_\_ (3)

2.8 ¿En esta casa a muerto una mujer embarazada en los últimos dos años?

- a) Si\_\_ (1)
- b) No\_\_ (2)



### 3 Conocimientos

- 3.1 ¿Tiene conocimiento de la existencia de una consulta para el seguimiento de la mujer embarazada en el Centro de salud?
- Si\_\_ (1)
  - No\_\_ (2)
- 3.2 ¿A los cuántos meses de embarazo debe acudir la mujer para su ingreso al Control Prenatal?
- En los tres primeros meses de embarazo\_\_ (1)
  - Del cuarto a sexto mes de embarazo\_\_ (2)
  - De siete a ocho meses de embarazo\_\_ (3)
  - De nueve meses de embarazo\_\_ (4)
- 3.3 ¿Cuándo considera necesario que una mujer embarazada debe acudir de inmediato al centro de salud y/o hospital? Esperar respuesta espontánea.
- Vómito si\_\_ (1) no\_\_ (2)
  - Sangrando vaginal si\_\_ (1) no\_\_ (2)
  - Dolor de cabeza si\_\_ (1) no\_\_ (2)
  - Dolor en el vientre si\_\_ (1) no\_\_ (2)
  - Salida de líquido transparente y abundante por la vagina si\_\_ (1) no\_\_ (2)
  - Inflamación de los pies si\_\_ (1) no\_\_ (2)
- 3.4 ¿Sabe usted para que se aplica la vacuna antitetánica a las embarazadas?
- Para que no le dé tétano a la madre\_\_ (1)
  - Para que se desarrolle bien el niño\_\_ (2)
  - Para que no le dé tétano al niño\_\_ (3)
  - Para prevenir un aborto\_\_ (4)

### 4 Prácticas

Si usted estuviera embarazada:

- 4.1 ¿Qué tipo de alimentación consumiría?
- Rica en hierro, calcio, fósforo y yodo si\_\_ (1) no\_\_ (2)
  - Vegetales si\_\_ (1) no\_\_ (2)
  - Frutas si\_\_ (1) no\_\_ (2)
  - Cereales si\_\_ (1) no\_\_ (2)
- 4.2 ¿Qué actividades realizaría normalmente? Esperar respuesta espontánea.
- Caminar pequeñas distancias si\_\_ (1) no\_\_ (2)
  - Realizar ejercicios moderados si\_\_ (1) no\_\_ (2)
  - Realizar las actividades domésticas normales si\_\_ (1) no\_\_ (2)
  - Otras si\_\_ (1) no\_\_ (2)
- 4.3 ¿Cuánto tiempo daría lactancia materna exclusiva?
- Por un año\_\_ (1)
  - Los seis primeros meses\_\_ (2)
  - El primer mes\_\_ (3)
  - No daría de lactar\_\_ (4)
- 4.4 ¿Se realizaría los exámenes de laboratorio prescritos por el personal de salud?
- Inmediatamente\_\_ (1)
  - Cuando se sienta mal\_\_ (2)
  - No me los realizaría\_\_ (3)
  - Hasta el último mes de embarazo\_\_ (4)



## 5 Actitudes

Si usted estuviera embarazada:

5.1 ¿Consideraría importante acudir al centro de salud a realizarse sus controles?

- a) Muy de acuerdo\_\_ (1)
- b) De acuerdo\_\_ (2)
- c) Ni en acuerdo ni en desacuerdo\_\_ (3)
- d) En desacuerdo\_\_ (4)
- e) Muy en desacuerdo\_\_ (5)

5.2 ¿Cumpliría con el horario de atención y las citas programadas en el CPN?

- a) Muy de acuerdo\_\_ (1)
- b) De acuerdo\_\_ (2)
- c) Ni en acuerdo ni en desacuerdo\_\_ (3)
- d) En desacuerdo\_\_ (4)
- e) Muy en desacuerdo\_\_ (5)

5.3 ¿Cumpliría con las orientaciones educativas brindadas por el personal de salud?

- a) Muy de acuerdo\_\_ (1)
- b) De acuerdo\_\_ (2)
- c) Ni en acuerdo ni en desacuerdo\_\_ (3)
- d) En desacuerdo\_\_ (4)
- e) Muy en desacuerdo\_\_ (5)



**Anexo 8**  
**MARCO MUESTRAL**

BARRIOS	NÚMERO DE MANZANAS
Laborío 1y2	622, 623, 624, 625, 626, 627, 612, 619, 630, 631
Laborío 3	608, 607, 610, 611, 612, 614, 615
Laborío 4 y 18 de Agosto	501, 502, 503, 601, 602, 603, 606, 607
Laborío 5	616, 617, 620, 621, 628, 629
Guadalupe 1y2	410, 412, 413, 414, 415, 416, 420, 421, 422, 424
Guadalupe 3	408, 405, 417, 418, 427,
Guadalupe 4 y Mario Quant	419, 425, 426, 303, 304, 305, 410, 416, 420
Carlos Fonseca y Che Guevara	801, 802, 803, 102, 103, 104, 105, 107, 108, 109
Emir Cabeza y Brisas de Acosasco	201, 202, 206, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215
Sagrario y San Sebastián	200, 202, 203, 205, 208, 219, 209, 210, 211, 212, 212, 213, 220, 301, 214, 215, 216, 217, 218, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309
Juan Ramón Sampson	401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 411, 412, 413, 414, 415
Walter Ferreti	804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824



Anexo 9  
**MUESTRA DE MANZANAS SELECCIONADA**

BARRIOS	NÚMERO DE MANZANAS
Laborío 1y2	622, 624, 625, 626, 619
Laborío 3	608, 611, 615
Laborío 4 y 18 de Agosto	503, 601, 603, 606
Laborío 5	620
Guadalupe 1y2	420, 424
Guadalupe 3	
Guadalupe 4 y Mario Quant	425
Carlos Fonseca y Che Guevara	801, 102, 105
Emir Cabeza y Brisas de Acosasco	208
Sagrario y San Sebastián	200, 209, 211, 218, 303, 304, 305, 307, 308, 309
Juan Ramón Sampson	401, 404,
Walter Ferreti	815, 819, 824



Cuadro 1 Distribución porcentual de los datos generales de la encuesta realizada a las mujeres en edad fértil para valora cobertura, el grado de conocimientos, prácticas y actitudes del control prenatal en el centro de salud Perla Maria Norori.

<b>Datos generales</b>	<b>% (n=366)</b>
<b>Edad en años</b>	
15-19	22.4
20-34	73.0
35-49	4.6
Total	100.0
<b>Área geográfica</b>	
Rural	0.0
Urbana	100.0
Total	100.0
<b>Escolaridad</b>	
Ninguna	2.2
Primaria	36.9
Secundaria	42.6
Universitaria	18.3
Total	100.0
<b>Estado civil</b>	
Soltera	34.7
Casada	18.9
Acompañada	46.4
Total	100.0



Cuadro 2 Distribución porcentual de tiempo que tuvieron que esperar las usuarias externas para ser atendidas en control prenatal

<b>Minutos</b>	<b>Porcentaje</b>
Menor de 30	6.6
30-59	10.0
60-89	43.3
90-119	0
120-149	33.3
150-179	0
180-209	3.3
210- 239	0
240-269	3.3
Total	100

Cuadro 3 Distribución porcentual del tiempo que dura el control prenatal, según las usuarias externas.

<b>Minutos</b>	<b>Porcentaje</b>
Menor de 15	0
15-30	100
31-45	0
Total	100

