

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA.
UNAN- MANAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.**



**Tesis para optar al Título de Especialista en Dirección de Servicios de Salud
y Epidemiología**

**Cumplimiento de la Norma para la Atención Prenatal de bajo riesgo en
Embarazadas. Centro de Salud Altagracia. Primer trimestre del año 2016**

Autora:

Dra. Aracely Dávila Guzmán

Asesor Clínico

Dr. MSP Manuel Ignacio Largaespada Flores.

Asesor Metodológico

Dr. MSP Julio Piura López.

Managua, Abril 2017.

Dedicatoria

A Dios

A mis padres,

Mis hijas

Maestros; Tutores y Compañeros de Residencia

Por la comprensión brindada en este itinerario

Que he escogido en el área del conocimiento.

OPINION DEL TUTOR

La Norma 011 es un documento de gran utilidad para cualquier profesional de la salud que realice atención de la mujer. El cumplimiento de los pasos de cada uno de sus aspectos es un tiempo breve, agilizar su posterior análisis para la oportuna identificación de los factores de riesgos en embarazadas, su uso sencillo y de bajo costo.

El trabajo monográfico elaborado por la Dra. Aracely Dávila evalúa el Cumplimiento de la Norma para la Atención Prenatal de bajo riesgo en Embarazadas atendidas en el Centro de Salud Altagracia durante el primer trimestre del año 2016 con el fin de resaltar las debilidades que se encuentren en las atenciones de la atención prenatal y garantizar las recomendaciones para mejorar la calidad de atención de embarazadas.

Dr. MSP Manuel Ignacio Largaespada Flores.

I. INTRODUCCIÓN.

El Gobierno de Unidad y Reconciliación Nacional a través del ministerio de salud, inició la implementación de un Modelo de Atención integral con el propósito de mejorar las condiciones de vida de los nicaragüenses, así como mejorar las condiciones de calidad de los servicios de salud. Entre los puntos más vulnerable y sensible ante esto son las mujeres embarazadas, la sensibilidad humana y el trato con calor humano es esencial más en esta etapa de la mujer donde merece una alta atención de calidad de parte del núcleo familiar, social y de todos los ministerios no solo públicos si no de instituciones privadas que este involucrados y que incidan en el derecho de la mujer; de tener la visión que no solo es una vida si no dos vida.

Hoy en día se han realizados cambios significativos y educacionales continuos en cuanto a la importancia de embarazadas en la atención primaria la cual desempeña un rol básico de gran valor donde a través de la promoción y prevención tratando de dar una atención de alta calidad a las mujeres gestantes. Todas las actividades y acciones relacionadas con la atención prenatal son determinantes para una atención integral lo que directamente incide en la reducción de la mortalidad materno- infantil así como su proceso continuo nos permite la visión de prever factores de riesgo que conlleve a secuelas de por vida tanto de la madre como el hijo o desenlaces de mortalidad.

Con el interés del cuidado de dos vidas se debe de buscar siempre la participación activa de la familia, personal de salud, de la misma embarazada y de igual forma de la comunidad con el fin de proteger, apoyar, animar a esta población tan sensible. Tal razón de manera de carácter personal me he motivado de realizar dicha evaluación de la Norma con el fin de dar a conocer si se cumple en su totalidad ya que todas las actividades que se realizan en cada atención prenatal son de evaluarse permanentemente para dar origen a autocríticas; propósitos de metas y mejoras para conseguir el éxito en cuanto a esto.

Por lo que el presente estudio se orienta a dar respuesta a la siguiente interrogante:
¿Cuál es el Cumplimiento de la Norma para la Atención Prenatal de bajo riesgo en Embarazadas atendidas en el Centro de Salud Altagracia en el Primer trimestre del año 2016?

II- ANTECEDENTES

En un estudio realizado en Lima-Perú acerca de la calidad de la atención prenatal en los establecimientos de salud de primer nivel se encontró que, las dimensiones adecuadas fueron la accesibilidad, seguridad y competencia profesional. Las dimensiones inadecuadas fueron la capacidad del profesional, eficacia, satisfacción la usuaria, eficiencia, continuidad y comodidades. En los estudios sobre los controles prenatales de Centros de Salud de Lima Ciudad se ha encontrado similitudes en la influencia de la calidad del control prenatal en la capacidad profesional, accesibilidad, satisfacción las usuarias, continuidad y comodidades. Se ha observado que los patrones eficacia, eficiencia y seguridad son privativos a los esquemas cuantitativos y los dimensiones clima organizacional y cultura organizacional son hallazgos de los esquemas cualitativos. (1)

Se implementó desde 1980 en este país por la dirección del programa materno infantil del MINSA y el grupo nacional de Gineco obstetricia las normas de control prenatal, mismas que fueron difundidas en atención primaria para capacitar a todo el personal de salud. En el año 1988 la misma dirección realiza investigaciones sobre enfoques de riesgo en atención materno-infantil y crea bajo criterios de riesgo normas de atención del embarazo. Estas sufrieron cambios a inicios de los años 90 y para 1993-1994 como parte del compromiso del gobierno de Nicaragua de modernizar el estado se realizan reformas en el sector salud con el propósito de descentralizar el aparato administrativo y mejorar la calidad de atención en salud enfocando la salud de manera integral, es así que surge el modelo de atención integral a la mujer y la niñez. (2)

En 1992, Milton Rocha, realiza estudio del municipio de Kukra Hill acerca del cumplimiento de las normas del control prenatal de embarazos con riesgos obstétricos, el cual se encontró lo siguientes: En los embarazo de bajo riesgo, los datos generales fueron llenado correctamente en el 88% de los casos los antecedentes familiares y personales no se registraron en el 100% de los casos, los datos del embarazo actual no se anotaron correctamente en un 95%, los datos de

las consultas subsecuentes de control prenatal se llenaron correctamente en 94%, no se elaboró la curva de incremento de peso y altura uterina en 99% y 97% respectivamente. (Rocha, 1992)

Se realizó un estudio sobre el cumplimiento de las normas del control prenatal en unidades urbanas de atención primaria del municipio de Bluefields, encontrando que el 100% de las gestantes se le registró datos personales, el 36% de expedientes carecía de historia clínica perinatal los antecedentes patológicos personales y familiares no fueron llenado en un 38.7% y 46.7% respectivamente los antecedentes obstétricos solamente el intervalo intergenésico no se encontró datos en un 4.9%. La captación durante el primer trimestre fue de 33.4% estas fueron 10 realizadas por personal médico en un 45.8%, por auxiliares de enfermería 31.1%, enfermeras 4.9% y personal no capacitado 18.2%. Las curvas de incremento de peso y altura uterina no fueron llenado en un 100% de las gestantes, el 51.1% de los expedientes no se les anotó la aplicación de toxoide tetánico previa, los exámenes de laboratorio no se registraron en el 51.1%, el tipo y Rh no se registró en el 91.1%. Solamente el 32.2% de los embarazo fueron clasificados; en embarazo ARO (15.6%) y normal (19.6%) el 42% de las embarazadas ameritaba ser clasificado como embarazo ARO, no existía seguimiento del embarazo ya que del total del embarazo estudiados solamente el 37.4% tenían en su historia clínica datos sobre la conclusión del mismo (Caballero García, 1995).

En Cuba se realizó un estudio que la reducción de las muertes materna básicamente se centra en las atenciones prenatales (García 2005).

III- JUSTIFICACIÓN.

Los resultados del presente estudio servirán de base para la realización de talleres con el personal de salud haciendo énfasis en el cumplimiento de la Norma de atención de las embarazadas de bajo riesgo, promoviendo que se tome conciencia de la importancia del cumplimiento de esta Norma a fin de contribuir a la mejora permanente de la calidad de la atención que se brinda en el Centro de salud y de esta manera se puedan detectar tempranamente dichos factores de riesgo evitando complicaciones obstétricas.

El control prenatal constituye la base del bienestar materno-fetal y predice el pronóstico de la mujer embarazada.

Las principales causas de la mortalidad materna y perinatal son previsibles mediante una atención temprana, sistemática y de alta calidad, que permite identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal.

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos. Existen varios indicadores que permiten determinar si el control prenatal otorgado por las autoridades de la salud es adecuado, algunos comentan que el número de visitas prenatales es un indicador, sin embargo se han propuesto modelos de atención prenatal que destacan por ejemplo, un número de 4-5 consultas prenatales que bastarían para denominar una atención prenatal de calidad, esto fundamentado no en la cantidad de citas de control sino en la calidad de la atención médica desde el trato hasta brindar una atención de calidez que permita la satisfacción de las usuarias.

Y últimamente se ha incrementado el número de consultas espontáneas en las emergencias obstétricas en hospitales de referencias Nacional en la cual se ha identificado embarazadas con carnet perinatal con mal llenado de la hoja de HCP y

falta de orientación de la embarazada acerca de los signos de alarma y la conducta. Así como la falta de continuidad convirtiéndose en inasistentes de la Unidad donde ingresó y acuden a otras unidades no correspondiente a su sector en busca de una satisfacción de la atención por lo que he considerado de vital provecho valorar el cumplimiento de la Norma de embarazadas de bajo riesgo para prevenir de manera oportuna factores de riesgos que perjudiquen potencialmente a madre- hijo en pacientes atendidas en el Centro de Salud Altagracia durante el periodo del primer trimestre del año 2016.

IV- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El estudio está orientado a valorar el cumplimiento de la Atención Prenatal de bajo riesgo dando respuesta a la siguiente interrogante:

¿Cómo es el Cumplimiento de la Norma para la Atención Prenatal de bajo riesgo en Embarazadas atendidas en el Centro de Salud Altagracia durante el primer trimestre del año 2016?

V- OBJETIVOS

OJETIVO GENERAL:

Evaluar el cumplimiento de la Norma para la Atención Prenatal de bajo riesgo en Embarazadas atendidas en el Centro de Salud Altagracia durante el primer trimestre del año 2016.

OBEJTIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar las características socio demográficas de las pacientes en estudio que fueron atendidas en el centro de salud de Altagracia primer trimestre del 2016.
2. Describir características Gineco- obstétrica más relevante según la Norma de las pacientes incluidas en el estudio.
3. Establecer los principales puntos críticos en el cumplimiento de dicha Normativa.
4. Identificar el tipo de recurso humano que predomina en la atención prenatal de las embarazadas atendidas en dicho Centro.

VI- MARCO TEORICO.

La calidad se define como un proceso de mejoramiento continuo y medible (Chassin M, 1999), en donde todas las áreas de la organización participan activamente en el desarrollo del servicio con la finalidad de satisfacer las necesidades del cliente, logrando con ello mayor productividad. Para que se lleve a cabo el proceso de atención, hay que observar tres componentes: la atención técnica, la relación interpersonal y el medio ambiente (comodidades). Se entiende por calidad de atención, al grado por el cual los servicios de salud aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados y éste es consistente con el conocimiento profesional actual.

Sin embargo, es poco probable que una sola definición de calidad en salud, sea aplicable en todas las situaciones, en todo caso, la calidad en salud siempre lleva implícitos dos conceptos: el primero está referido a la excelencia técnica, es decir, decisiones adecuadas y oportunidad en la toma de las mismas, con habilidad en el manejo de algunas técnicas y buen juicio para proceder, en otras palabras, "hacer lo correcto, correctamente" y el segundo concepto está referido a las adecuadas interacciones entre los agentes involucrados en dar y obtener salud, las que deben caracterizarse por fluidez en las comunicaciones, confianza, empatía, honestidad, tacto y sensibilidad. Donabedian, implanta el esquema de mejoramiento continuo de la calidad a (Loeguering L, 1994) basando sus principios, en el postulado: *"...la valoración de la calidad de la atención, debe considerar no sólo el desempeño del médico, sino también el del paciente..."*.

del/a recién nacido/a. La atención debe ser precoz, periódica, continua, completa, de amplia cobertura, con calidad y equidad. (MINSA M. d., Normas y protocolos de Atención Prenatal, Parto, Puerperio y Recién Nacido/a de bajo Riesgo., 2008)

Definimos atención prenatal como la serie de visitas programadas de la embarazada con el personal de salud, donde se brindan cuidados óptimos, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados

El control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos y oportunidad, diferenciado, acorde al riesgo y humano, tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva. Puede ser utilizado en la disminución de la morbilidad materna y perinatal, valorando el riesgo obstétrico, detectando y tratando enfermedades que agravan la gestación, previniendo las complicaciones obstétricas, (alertando a los hospitales para equiparse convenientemente en cuanto a medicamentos, materiales quirúrgicos, banco de sangre, limpieza e higiene, dotación de sueros, tocólisis, etc.) también preparando física y emocionalmente a la madre para el parto, lactancia materna y para un adecuado cuidado del recién nacido.

La atención prenatal óptima debe de cumplir con los siguientes requisitos básicos:

1. PRECOZ: Es cuando la primera atención se efectúa durante los 3 primeros meses de embarazo.
2. PERIODICA: Es la frecuencia con que se realizan las atenciones prenatales de las embarazadas que acuden a las unidades de Salud. (Guidotti, 2002)
3. CONTINUA: Es la secuencia de las atenciones que se brindan de forma sistemática e ininterrumpida.
4. COMPLETA: Es cuando el contenido de las atenciones garantizan el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la embarazada. (MINSA M. d., Protocolos para la atención obstétrica. , 2001)
5. AMPLIA COBERTURA: Es el porcentaje de población embarazada que es controlada. La cobertura meta por territorio es del 100%. (Guidotti, 2002)
6. CALIDAD: Las atenciones deben brindarse previo consentimiento informado, con base en estándares clínicos, gerenciales y de satisfacción a las embarazadas, que se fundamentan en la aplicación del presente protocolo.
7. EQUIDAD: La población tiene oportunidad de acceder y utilizar los servicios sin distinción de edad, condición económica, raza, religión, credo político y son accesibles desde el punto de vista cultural adaptando sus intervenciones según las necesidades de las poblaciones indígenas y comunidades étnicas. (MINSA M. d., 2005)

Actualmente en nuestro país (MINSA M. d., 2008) se considera como mínimo que una gestante con embarazo de bajo riesgo reciba cuatro controles prenatales, distribuidas de la siguiente manera; Primera consulta ante de las doce semanas de gestación, segunda consulta a las 26 semanas de gestación, tercera consulta a las 32 semanas de gestación y la cuarta consulta a las 38 semanas de gestación.

Primera atención prenatal: La primera atención debe ser siempre brindada por el recurso más calificado disponible que exista en la Unidad de Salud, se espera que dure entre 30 a 40 minutos. El recurso debe entregar a la mujer embarazada su carne perinatal y explicar la utilidad e importancia del mismo; así como su obligatoriedad de portación para toda consulta. Debe realizarse durante el primer trimestre o preferentemente antes de la semana 12 de embarazo, sin embargo, se puede efectuar según la edad gestacional que se identifique en la embarazada en el momento de la primera atención. Después de haber efectuado revisión de las 13 actividades básicas, proceda a completar los aspectos particulares de esta primera atención.

1. Interrogatorio: Es importante preguntar a la embarazada sobre ciertos factores de riesgo potencial y reales como estar empleada o no, el tipo de trabajo o la exposición a agentes teratogénicos (metales pesado, químicos tóxicos, radiación ionizante), vivienda (tipo-tamaño-número de ocupantes), condiciones sanitarias, disponibilidad de servicios básicos (agua potable, luz eléctrica, letrina-inodoro). Investigar sobre malaria o hepatitis en áreas endémicas, además averiguar sobre alergia, uso actual de medicamentos, trombosis o embolia, desprendimiento o placenta previa en embarazos anteriores, partos distócicos anteriores, Retardo del Crecimiento Uterino, y también sobre si es Portadora del VIH y sida, ya que éstos pueden significar un riesgo para desarrollar complicaciones durante el embarazo por lo que deberá ser referida al especialista para que sea atendida según normativa.
2. Examen Físico Efectuar medición de Talla materna.
3. Determinar el Índice de Masa Corporal (IMC). El índice se obtiene del cálculo del peso en Kg entre la Talla en metros, se expresa en Kg/m². Es importante además relacionar el IMC con el Incremento de Peso Materno ya que sus

valores son directamente proporcionales, es decir, a mayor IMC mayor será el IPM.

4. Buscar signos clínicos de anemia severa: palidez en piel, uñas, conjuntiva, mucosa oral y punta de lengua, así como, falta de aire.
5. Se recomienda un examen vaginal de rutina durante el embarazo (durante la primera visita), utilizando un espéculo para revisar el estado del cuello uterino, presencia de Infecciones de Transmisión Sexual o efectuar toma de muestra de citología exfoliativa (Papanicolaou), si no ha sido realizado el control anual con consentimiento de la embarazada y si su condición clínica lo permite. Si la embarazada no lo acepta durante la primera visita, deberá quedar consignado en el expediente y brindar consejería para persuadirla y poder realizárselo posteriormente. Si hay evidencia de sangrado transvaginal se debe referir, excepto si el personal de salud es especialista quien decidirá la conducta según Protocolo de Emergencias Obstétricas.
6. Exámenes de Laboratorio En orina: Examen General de Orina (EGO). En sangre: Prueba de VIH-SIDA previa consejería y consentimiento informado de la embarazada, RPR, Hemoglobina (Hb), Tipo y Rh, Glucemia El Ultrasonido no debe ser indicado de rutina en la evaluación de un embarazo sin riesgo, cuando exista ALGUN FACTOR DE RIESGO SEGÚN EL FORMULARIO DE CLASIFICACION Y FACTORES DE RIESGO DE HCPB referir a médico especialista quien la valorará y decidirá su ABORDAJE CLINICO. En caso de bacteriuria positiva: explique a la usuaria sobre el cuadro clínico, los riesgos en el embarazo y la importancia de cumplir el tratamiento.
 - Reposo según el cuadro clínico.
 - Ingesta de líquidos forzados
 - Explique que debe acudir a la unidad de salud si los síntomas persisten después de 3 ó 4 días.
 - Evalúe presencia de dinámica uterina, en caso de trabajo de parto inicie tratamiento útero inhibidor y maduración pulmonar según esquema del Protocolo de Atención al Parto Pretérmino.

- Inicie antibióticoterapia.
- Nitrofurantoina 100 mg por vía oral cada 12 horas por 10 días.
- Cefalexina 500 mg, cada 6 horas por 7 días por vía oral
- Agregar analgésico: Acetaminofén 500 mg cada 6 horas por vía oral.

Una semana después de finalizado el tratamiento debe realizarse un examen de orina con cintas cualitativas buscando nitritos. Si existen síntomas sugestivos de infección de vías urinarias es necesario hacer urocultivo y antibiograma.

Si el urocultivo sigue siendo positivo repita el tratamiento por 10 días más y administre:

- Nitrofurantoina y Vitamina C 500 mg al día por 10 días y luego continuar con terapia supresiva: Nitrofurantoina 50 mg por día hasta completar los 30 días o hasta el final del parto según el cuadro clínico y tolerancia de la paciente.
- Urocultivo según norma.
- Identifique esquema según sensibilidad de antibiograma.
- Repita el urocultivo al terminar el tratamiento dos semanas después.
- Si el urocultivo es positivo repita el esquema.

7. Identifique factores de riesgo del embarazo actual

- Infecciones vaginales recurrentes (candidiasis, vaginosis)
- Sospecha de diabetes gestacional. Referir a nivel de mayor nivel de mayor resolución.
- Explorar especialmente en adolescentes sentimientos, inquietudes y dudas relacionadas con el embarazo. Así como la relación de apoyo de la pareja y/o la familia.
- Pedirle a la embarazada que registre cuando nota los primeros movimientos fetales (según el trimestre en que se realice la primera Atención Prenatal)
- Preguntar por algunos signos y síntomas que pueden presentarse en este trimestre y orientar según sea el caso:
- Náuseas y vómitos frecuentes, orientar comer 3-4 galletas simples o rosquillas antes de levantarse (en la cama); sugerir alimentación blanda de

lo que guste y tolere, ingerido en pequeñas cantidades, cada 2 a 3 horas; tomar líquidos en pocas cantidades en intervalos de cada hora; evitar comidas grasosas, ácidas y condimentadas. Se puede indicar Dimenhidrinato 1 tableta antes de las comidas principales.

- Várices, aconsejar reposo en decúbito dorsal o lateral por 15 minutos cada 4 horas con las piernas elevadas; caminar de puntillas varias veces al día, usar medias elásticas.

- Cefalea, investigar causa, analgésico oral como Acetaminofén 300mg. cada 6 u 8 horas • Acidez, indicar comer poca cantidad de dulce; comer despacio; indicar el hidróxido de aluminio o leche después de cada comida;

- Cistitis, ingerir líquido en abundancia, como mínimo 8 vasos de agua al día; indicar EGO, si no mejora en 24 horas referirla a atención especializada Si la captación se está realizando en el tercer trimestre del embarazo, orientar para que inicie la preparación del parto psicoprofiláctico y explicar la importancia de la lactancia materna exclusiva y anticoncepción posparto. Sensibilizar a la embarazada para que invite a su pareja (o miembro de la familia o amiga) a las siguientes atenciones para que puedan involucrarse en las actividades y aprendan cómo apoyarla a lo largo del embarazo. Situaciones especiales

- En el caso de que el actual embarazo es producto de abuso sexual, abordar en conjunto con un equipo interdisciplinario donde exista esta probabilidad, de no haber posibilidad realizar una referencia oportuna a las redes de apoyo.

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

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

1. Interrogatorio

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

- Preguntar acerca de la fecha en que la madre tuvo el primer reconocimiento de los movimientos fetales para registrarlo en el expediente clínico.
- Indagar acerca del cumplimiento de todas las indicaciones de la primera atención, la ingesta de otros medicamentos, diferentes al hierro y ácido fólico.
- Interpretar y dar a conocer a embarazada los resultados de exámenes prescritos en la primera atención prenatal.

2. Examen Físico Además de lo realizado en la primera atención prenatal, efectuar lo siguiente:

- Determinar la presentación del feto según maniobras de Leopold.
- Auscultar latidos fetales.
- Considerar el examen vaginal utilizando un espéculo únicamente si no fue realizado en la primera visita. Si la embarazada está sangrando, no realizarlo y referirla. Si el personal de salud es especialista lo puede efectuar y realizar manejo según Protocolo de Emergencias Obstétricas.
- Revisar la presencia de edema generalizado. Pruebas de Laboratorio Sangre: repetir indicación de Hemoglobina sólo si en el primer resultado del examen estaba por debajo de 11 g/l o se detectan signos de anemia severa en el examen físico de esta atención. Indicar nuevamente el resto de exámenes si no se los ha realizado aun (VIH/ SIDA, RPR, Tipo y Rh, Glucemia). 114 Protocolo para la atención prenatal Identifique factores de riesgo del embarazo actual Lo principal a indagar en esta atención prenatal es lo relacionado a: dolor, sangrado, “flujo vaginal” (líquido amniótico, ITS), signos y síntomas de anemia severa.....,

Dotado con estas características y orientaciones es un fenómeno de gran desarrollo en los últimos treinta años. Aplicado en forma rutinaria, normatizada. (DiPrete I, 2004) y extensiva, conjuntamente con criterios de riesgo, referencias, niveles de asistencia, atención institucional del parto, y la atención inmediata de los recién nacidos, contribuye a evitar muertes y lesiones maternas y perinatales. Los controles prenatales de centros de salud son atenciones de primer nivel. En nuestro país existen cuatro niveles de atención, de tal manera que se presta una atención piramidal, el mayor volumen (80%) lo presta el primer nivel donde trabajan

profesionales generales en instituciones de menor tamaño, con atenciones ambulatorias, principalmente de consulta externa y urgencias, el énfasis en este nivel es el trabajo en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad. En nuestra realidad, los controles prenatales de centros de salud, son realizados por profesionales en obstetricia y médicos generales. En general, para realizar un control prenatal efectivo, de por sí ambulatorio, no se precisan instalaciones costosas, aparatos complicados, ni laboratorio sofisticado; pero sí se requiere el uso sistemático de una historia clínica que recoja y documente la información pertinente, y el empleo criterioso de tecnologías sensibles que anuncien tempranamente la existencia de un riesgo mayor que el esperado. En los centros de salud, la tecnología empleada es una adaptación de la Historia Clínica Perinatal Simplificada, el Carné Perinatal y el Sistema Computarizado para computadoras personales implementados desde 1983, basado en los criterios del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP). En el Perú, no hay normas y procedimientos para normalizar el control prenatal, porque falta un mayor compromiso de la institución que lo deben observar y mejorar como es el caso del Instituto Especializado Materno Perinatal. El CLAP propuso y aún está en uso en nuestro medio, la utilización de la Historia Clínica Perinatal y su correspondiente Carné Perinatal, como una medida que facilita la supervisión del cumplimiento de las normas y su evaluación, pasos indispensables para el correcto cumplimiento del proceso normativo. Se constituye además en la fuente de datos que permitirá a los servicios disponer de la información necesaria para la toma de decisiones. La Historia Clínica Perinatal comienza con datos de identificación, edad y caracterización socio-educacional y continúa con ciertos antecedentes familiares u obstétricos de reconocida importancia para el pronóstico del embarazo actual. En el sector EMBARAZO figuran aquellos datos o exámenes que deben ser anotados o recordados en cada control. Su registro induce al cumplimiento de una serie de acciones que deben ser realizadas en la atención perinatal. El sector PARTO o ABORTO incluye la información básica para el control del período de dilatación, así como los datos del parto y alumbramiento más importantes para el futuro control de la puerpera y el neonato. El sector RECIEN NACIDO incluye los datos

fundamentales del examen que deberá efectuarse a todo neonato y el tipo y nivel de cuidado requerido. En el sector PUERPERIO se resume las acciones desarrolladas en el postparto o postaborto e incluye un capítulo dedicado al asesoramiento en contracepción.

Tanto el componente neonatal, como el materno, finalizan con el estado al egreso y patologías diagnosticadas. El Carné Perinatal contribuye a que los datos fundamentales

Relativos al control prenatal, al ser registrados sistemáticamente en cada consulta, lleguen a manos de quien atiende posteriormente a la embarazada. La principal desventaja en el sistema es que la falta de datos en algún período del proceso de atención compromete la calidad de la asistencia de las etapas siguientes. Esta situación se presenta, por ejemplo, toda vez que el parto no se realiza en la misma institución en donde se efectúa el control prenatal. Lo mismo ocurre cuando el control postparto y pediátrico se realiza fuera de la institución donde nació el niño. Para poder contactar los niveles en la atención materna se utiliza el Carné Perinatal. El carné perinatal debe estar siempre en poder de la embarazada, quien lo utilizará para toda acción de salud que reciba en su estado grávido o puerperal (54). En el ámbito internacional, aún no existe consenso acerca de la definición del control prenatal adecuado; algunos autores han definido los criterios en forma objetiva y otros lo han hecho de manera arbitraria. Una de las formas más comunes para calificar al control prenatal considera dos indicadores: el inicio de la atención y el número de consultas acumuladas. Sin embargo, se ha considerado que el número de consultas debe ser ajustado de acuerdo con la edad gestacional. En 1973, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos, propuso la primera tabla, considerando las variables mencionadas y ésta o algunas versiones modificadas de la original han sido utilizadas como criterio de referencia para la evaluación de la utilización. En 1994 Kotelchuck (6) propuso una nueva tabla, donde la utilización de la atención se caracteriza, de acuerdo a dos dimensiones independientes, el inicio adecuado y la recepción adecuada de servicios. El estudio del control prenatal se ha abordado desde diferentes puntos de vista: asistencial, gerencial, de calidad y como instrumento de reducción de morbimortalidad materna perinatal.

En el campo asistencial, se ha investigado desde el punto de vista materno y perinatal. Desde el punto de vista materno, se ha encontrado ventajas como medida de prevención de enfermedades (7,8), mejor tiempo para el parto, ventajas con los días de hospitalización (9), el no tener control prenatal incrementa el riesgo de parto pretérmino (10), las embarazadas mayores de 40 años participan menos en el control prenatal y controles pediátricos (11). En el campo perinatal, el control prenatal se ha estudiado ampliamente en su relación con el bajo peso al nacer (12, 13, 14,15), pero se ha demostrado que ésta, no es una relación causal, se ha encontrado que el bajo peso puede disminuir en las que tienen más controles prenatales por los consejos nutricionales que en los controles se imparten. En el campo gerencial, se ha estudiado la implementación de modelos de control, capacitación y vigilancia de las actividades del control prenatal en la atención primaria, la vigilancia del cumplimiento en las normas institucionales de atención a las gestantes, así como la identificación de grupos con menor probabilidad de recibir atención esquemas de utilización adecuada, los errores existentes en el proceso de información, la utilización de nuevos protocolos y modelos de atención, así como identificación de barreras, así mismo los indicadores son peores en adolescentes que no tienen control prenatal pues se ha demostrado que es mejor si se inicia en el primer trimestre, la paridad está asociada con la utilización del control prenatal(14,16,17,18,19,20,21,23).

El inadecuado control prenatal es más común entre mujeres menores de 20 años o en las multíparas sin educación, en México se encontró que la satisfacción de la usuaria hacia el control prenatal está relacionada con el trato recibido durante la consulta y el tiempo de espera para recibirla, pero no con la capacidad del profesional, edad o género, otros estudios indicaron que las norteamericanas inician más en el primer trimestre sus controles prenatales que las francesas (21.2% versus 4%), también se ha estudiado la actitud de la paciente con los consejos dados en el control prenatal como el dejar de fumar y uso de vitaminas, se concluyó que las que tienen mejor actitud hacia el control prenatal y usan más los suplementos vitamínicos que aquellas con menor actitud, los que tienen más controles prenatales, usan más las ecografías, en promedio 4.7 ecografías, también se ha

demostrado baja cobertura de seguimiento materno en la atención primaria, en España se ha demostrado que el 54% tienen control prenatal adecuado, también se ha estudiado la cantidad promedio de controles prenatales con los factores económicos y resultados adversos del embarazo, esto se ha visto en países en desarrollo, pero no así en los países desarrollados(14,24,25,26,27,28). A nivel operativo se ha estudiado que el control prenatal tiene barreras para implementarse, por lo complejo que puede ser, por falta de recursos o por insuficiente información del programa, la forma en como reportan los datos, está relacionada con el impacto del control prenatal, se ha estudiado que el control prenatal inadecuado cuesta 233 dólares más que el adecuado, los costos bajan de mayor a menor, tras la utilización de un modelo de sólo médicos, de un modelo mixto entre enfermeras y médicos o un modelo de sólo enfermeras, en embarazos de bajo riesgo, pero no hay diferencias en estos tres modelos, para la atención se ha visto que en los controles prenatales faltan estandarizarse, pues las peticiones no son resueltas en todos los establecimientos de forma uniforme, también se ha demostrado la necesidad de capacitación, en los que realizan los controles prenatales, sobre todo a nivel de registro de la información(30,31,32,).

Aunque en la actualidad la calidad y calidez en el control prenatal, no son adecuadas, pues prevalece más la cantidad de atenciones prenatales que la calidad de atención. Los estudios sobre calidad del control prenatal se han enfocado en la satisfacción del cliente, nivel de recuerdo de los pacientes en los profesionales involucrados en el control prenatal (99% recuerda al ginecólogo, 32% al profesional en obstetricia, 22% al médico general y 1% a otros profesionales)(33), se ha encontrado la eficacia de algunas recomendaciones realizadas en el control prenatal a través de las pacientes, el 56% realiza actividades como medida de la presión arterial, examen de orina, peso, talla, examen pélvico e historia clínica obstétrica en las dos primeras consultas, 32% indicaron alguna vez en las entrevistas realizadas que durante los controles prenatales sobre nutrición, uso de vitaminas, tabaco, alcohol, drogas, examen de mamas y ganancia de peso, también se ha tratado de usar índices de mejora del control prenatal(32,34), se ha estudiado que cuando los controles son adecuados, el promedio de consultas es de nueve,

también que los controles prenatales de establecimientos de salud privado tienen mejores indicadores que los del hospital(35), en Finlandia se demostró que el 87% de las mujeres acuden a su ginecólogo para chequearse en los últimos cinco años, teniendo más probabilidad de asistir a sus controles prenatales cuando se embarazan, la educación que se da sobre hábitos nocivos es del 25% en tabaquismo, 26% en alcoholismo y 16% en drogadicción(37). En Estados Unidos uno de los problemas que afrontan los controles prenatales es que son desiguales de acuerdo a la raza y condición de inmigración (38), es menor en las de raza negra, o en asiáticas (39), en ese país, las latinas empiezan sus controles prenatales a partir del cuarto mes (40), para el año 2001 ya se indicaba el modo de estudiar el control prenatal bajo el esquema de Donabedian (estructura proceso y resultado) (39).

En el campo de la mejora de indicadores de morbimortalidad materna se incluyó últimamente en la estrategia: Plan para la reducción de la mortalidad materna (en el impacto que este control prenatal tiene en la mortalidad perinatal) y en el proyecto 2000(21), se realizó un estudio para evaluar al control prenatal tradicional con un nuevo modelo de atención más efectiva en los resultados materno y perinatales, no encontrándose mucha diferencia en cinco indicadores estudiados (44). El riesgo de muerte materna es 9.8 veces mayor en ausencia del control prenatal y parto institucional (45), en Colombia se determinó que el 48% de los casos de muertes maternas habían tenido control prenatal (16) los modelos de mejoramiento continuo de la calidad mejoran significativamente el indicador de mortalidad perinatal (14). ¿Cuáles son las dimensiones de la calidad de atención que se encuentran en los controles prenatales de primer nivel de atención? Para poder abordar esta pregunta es necesario responder otras más ¿cómo están los controles prenatales en nuestra realidad?, ¿Cómo se realizan actualmente en los centros de salud?, ¿Se ha estudiado la calidad del control prenatal?, ¿Qué dimensiones de la calidad tienen los controles prenatales de centros de salud?, ¿Tiene las mismas dimensiones que los demás servicios o presentan algún patrón especial? y ¿cuál es la mejor forma de abordar su estudio? Un alcance de cómo están los controles prenatales en nuestra realidad nos lo indica la Encuesta Nacional de Demografía y Salud(58) en

1996 encontró en nuestro país, que el 67% de las gestantes recibió control prenatal por un profesional de la salud (54% de ellas, con por lo menos cuatro controles), ya para el año 2000(50), el 85% de las madres que habían dado a luz a niños menores de 5 años, recibió asistencia prenatal, siendo casi la totalidad (84%) por parte de profesionales o técnicos de salud (35% por médicos, 36% por Obstetras y 13% por enfermeras, sanitarios, promotoras), el cuidado prenatal se ha incrementado en doce puntos porcentuales respecto al observado en 1996, pero aún se observa un 15.5% de gestantes que no reciben atención prenatal. Como una medida de respuesta a la atención materna en general y en especial al control prenatal, el Ministerio de Salud determinó como problema prioritario la reducción de la baja cobertura en la atención y la reducción de la exclusión, para lo cual propuso el lineamiento de la extensión y universalización del aseguramiento en salud, instrumentalizado a través del Seguro Integral de Salud (SIS)(49) el objetivo del SIS es lograr que las prestaciones de salud sean continuadas, reponiendo los insumos utilizados en dichas prestaciones (atención de salud preventivas y recuperativas) y lograr que la atención de salud a los beneficiarios del SIS sea inmediata y en términos de calidad. Estas prestaciones se dan a gestantes, niños de 0 a 4 años, niños y adolescentes de 5 a 17 años. El seguro cubre las prestaciones de salud (atenciones y consultas otorgadas a los beneficiarios del SIS) y pago por prestación (reconocimiento del pago a los establecimientos prestadores de servicios de salud). La distribución de los pagos está dada, en un primer momento, en la reposición total de medicamentos e insumos médicos quirúrgicos suministrados a los beneficiarios del SIS o su adquisición con los excedentes. Así mismo y si aún se cuenta con excedentes, estos se destinarán a la adquisición de otros bienes y servicios que requieran el establecimiento prestador de servicios de salud. Así como otros gastos que garanticen la atención y calidad del servicio de salud, pero por falta de presupuesto y para llegar a un mejor impacto en los indicadores este lineamiento se ha focalizado.

Una posible explicación a las interrogantes planteadas sería a nivel de las dimensiones de la calidad de atención. La calidad de atención presenta una variedad de dimensiones. Diprete y colaboradores (55) indican que son ocho los

más importantes, la competencia profesional, eficacia, satisfacción del cliente, accesibilidad, eficiencia, continuidad, seguridad y comodidades. Un problema de calidad puede tener más de una dimensión, y éstas proporcionan un marco útil porque le sirven al equipo de salud para analizar y definir sus problemas y calcular la medida en la que cumplen con sus propias normas del programa. Se trata de dimensiones que son particularmente importantes en el medio de los países en desarrollo, se indican aquellas dimensiones que están presentes en los controles prenatales de primer nivel de atención.

Competencia profesional. Se refiere a la capacidad y al desempeño de las funciones de los grupos de salud, del personal administrativo y del personal de apoyo. Se relaciona con la ejecución de las pautas y normas para el ejercicio de la profesión y la realización en términos de fiabilidad, precisión, confiabilidad y uniformidad. Esta dimensión es pertinente tanto para los servicios clínicos como no-clínicos. Para los grupos de salud, comprende las técnicas relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento así como la capacidad de suministrar asesoramiento efectivo en salud y establecer una buena relación con el paciente. La competencia profesional también puede referirse a los recursos materiales: por ejemplo, una máquina de rayos X debe proporcionar radiografías que respondan a las normas aceptadas en forma constante. Su desmedro puede variar de desviaciones menores de los procedimientos normales a errores de importancia que disminuyen la eficacia o ponen en peligro la seguridad del paciente.

Accesibilidad. La accesibilidad o acceso, implica la eliminación de las barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de atención de salud. Comprende barreras de índole geográfica, económica, social, organizacional, cultural, o lingüística. El social o cultural se relaciona con la aceptabilidad de los servicios ofrecidos, teniendo en cuenta los valores culturales y las actitudes locales. El organizacional se refiere a la medida en que la organización de servicios es conveniente para los posibles clientes; las horas de atención de las clínicas y los sistemas de turnos, el tiempo de espera y la modalidad de la prestación de servicios.

Eficacia. Debe responder a las preguntas: Cuando el tratamiento se aplica correctamente, ¿Produce los resultados deseados? y ¿Es el tratamiento

recomendado y la tecnología usada la más apropiada para el medio en el cual se presta el servicio? La eficacia en el ámbito central define las normas y especificaciones. Para determinar si esta es una estrategia eficaz, el peligro que evita el procedimiento debe compararse con los beneficios netos que reporta, tomando en cuenta las complicaciones asociadas.

Satisfacción del cliente. Se refiere a la relación entre proveedores y clientes, entre administradores y proveedores y entre el equipo de servicios de salud y la comunidad. Las buenas relaciones interpersonales contribuyen a la eficacia de la asesoría prestada en materia de salud y al establecimiento de una buena relación general con los pacientes, produciendo confianza y credibilidad, y se demuestran por medio del respeto, la confidencialidad, la cortesía, la comprensión. La manera de escuchar y comunicarse es también un aspecto importante. Los servicios de salud se pueden prestar de una manera profesionalmente competente, pero si las relaciones interpersonales no son adecuadas, se corre el riesgo de que la atención sea menos eficaz.

Eficiencia. Los servicios eficientes son los que suministran atención más óptima al paciente y comunidad; es decir, suministran el mayor beneficio dentro de los recursos con los que se cuenta, dado que los recursos de atención de salud son generalmente limitados. La eficiencia exige que los proveedores de salud eviten suministrar atención innecesaria o inapropiada y que la atención deficiente que se da como resultado de normas inefectivas, se minimice o se elimine. Sin embargo, sería engañoso dejar implícito que las mejoras de calidad jamás exigen recursos adicionales, pues algunas mejoras cuestan dinero.

Continuidad. Implica que la usuaria puede recibir la serie completa de servicios de salud que necesita sin interrupciones, suspensiones ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento. A veces, la continuidad se logra asegurándose de que las usuarias visiten al mismo proveedor de atención primaria; en otras situaciones, se logra mediante el mantenimiento de registros bien ordenados y archivados, para que un nuevo miembro del grupo de salud conozca la historia clínica del paciente. Su carencia puede comprometer la eficacia, reducir la calidad de satisfacción del cliente y disminuir la eficiencia de la atención.

Seguridad. Implica la reducción de riesgos, de infecciones, efectos colaterales perjudiciales u otros peligros que pudieran relacionarse con la prestación de los servicios. Si bien la seguridad pareciera revestir mayor importancia cuando se prestan servicios clínicos complejos, existen también aspectos relativos a esta última en cuanto a la prestación de los servicios básicos de salud. Por ejemplo, las salas de espera en los centros de salud, pueden exponer a los pacientes a infecciones si no se toman medidas para prevenirlo. Si un trabajador de salud no proporciona las instrucciones adecuadas.

Comodidades. Las comodidades se refieren a las características de los servicios de salud que no están directamente relacionadas con la eficacia clínica, pero que acrecientan la satisfacción del cliente y su deseo de volver al establecimiento en el futuro. Se relacionan con el aspecto físico del establecimiento, el personal y los materiales; así como con las comodidades físicas, la limpieza y la privacidad o las características que tornan la espera más placentera, pues son importantes para atraer clientes y mantener la relación con los mismos, así como para asegurar la continuidad y cobertura de los servicios. Estas dimensiones básicamente han salido gracias a estudios de tipo cuantitativo. Generalmente la calidad de atención ha sido en su mayoría estudiada bajo el esquema cuantitativo, donde el investigador, es quien estudia al sujeto investigado sin que este (sujeto investigado) forme parte del proceso de construcción del conocimiento, este tipo de investigaciones tiende a manejar datos muy válidos y precisos, parámetros fundamentales dentro de este tipo de investigaciones. A grandes rasgos podemos afirmar que en las ciencias sociales (con ellas, las ciencias médicas) han prevalecido dos grandes perspectivas. La primera, el positivismo, donde se postula que el único conocimiento aceptable es el conocimiento científico que obedece a ciertos principios metodológicos únicos. Los procedimientos utilizados son: el control experimental, la observación sistemática del comportamiento y la correlación de variables. En este caso, la teoría científica sólo se ocupa de los hechos, ya que tiene que ser aséptica, desinteresada, sus valores no deben interferir con el problema a estudiar y universal. Bajo este paradigma se indica que es posible acercarnos a conocer la realidad de modo objetivo, la objetividad es uno de los rasgos más importantes. La filosofía

contemporánea ha criticado los postulados sobre los que se sustenta al enfoque positivista, especialmente los relativos a la existencia de un lenguaje científico universal y la correspondencia entre teoría y verdad. La segunda perspectiva es la fenomenológica, este postulado se apoya en que la experiencia parte del supuesto de que lo subjetivo, no sólo puede ser fuente de conocimiento, sino incluso presupuesto metodológico y objeto de la misma ciencia. La teoría es una reflexión en y desde la práctica, esta realidad está constituida no sólo por hechos observables y externos, sino también por significados, símbolos e interpretaciones elaboradas por el propio sujeto a través de una interacción con los demás. Por tanto la teoría cualitativa se centrará en la identificación de las reglas que subyacen, siguen y gobiernan los fenómenos sociales. Lo que se buscan son patrones de intercambio, resultado de compartir significados e interpretaciones sobre la realidad. No busca la explicación o la causalidad, sino la comprensión, pues es una de las dimensiones y objetivos fundamentales de este tipo de teoría. Los valores inciden en la investigación y forman parte de la realidad, y la misma investigación es influida por los valores del contexto social y cultural. El conocimiento no es aséptico ni neutro; es un conocimiento relativo a los significados de los seres humanos en interacción, sólo tiene sentido en la cultura y en la vida cotidiana. No aspira a establecer leyes, sino a fijar conceptos y establecer regularidades y señalar su importancia para el presente, no busca la generalización, sino que es ideográfica y se caracteriza por estudiar con profundidad una situación concreta. Desarrolla hipótesis individuales que se dan en casos individuales. Los métodos cualitativo-cuantitativos pueden aplicarse conjuntamente, según las exigencias de la situación investigada, la ciencia se vale de ambos métodos, pues le proporciona una visión más amplia de la realidad, es decir se complementan. Una forma de lograr esta complementariedad es la triangulación de métodos, la cual es la conjugación o combinación de datos de naturaleza cualitativa y cuantitativa, dando lugar al diseño mixto, interpretativos para un mismo fenómeno lo cual permite contrastar datos. La triangulación contribuye a corregir los inevitables sesgos que se hallan presentes en cada uno. Gracias a la utilización de ambos paradigmas, se ha podido identificar dos elementos, de los muchos que deben estar insertos dentro del estudio de la calidad del control prenatal

que han surgido tras la realización del estudio cualitativo, como es el caso del clima organizacional (55) y la cultura organizacional (56).

Clima Organizacional. El ambiente donde una persona desempeña su trabajo diariamente, el trato que un jefe puede tener con sus subordinados, la relación entre el personal e incluso la relación con proveedores y clientes, todos estos elementos van conformando lo que denominamos Clima Organizacional. Este puede ser un vínculo o un obstáculo para el buen desempeño de la organización en su conjunto o de determinadas personas que se encuentran dentro o fuera de ella, puede ser un factor de distinción e influencia en el comportamiento de quienes la integran. En suma, es la expresión personal de la "percepción" que los trabajadores y directivos se forman de la organización a la que pertenecen y que incide directamente en el desempeño de la organización. Tiene varios elementos: como la Estructura, la cual representa la percepción que tienen los miembros de la organización acerca de la cantidad de reglas, procedimientos, trámites, normas, obstáculos y otras limitaciones a que se ven enfrentados en el desempeño de su labor. La responsabilidad, el cual es la percepción de parte de los miembros de la organización acerca de su autonomía en la toma de decisiones relacionadas a su trabajo, es decir, el sentimiento de ser su propio jefe y saber con certeza cuál es su trabajo y cuál es su función. El desafío, que corresponde a determinados riesgos que pueden correr durante el desempeño de su labor. Las relaciones, la cual es la percepción por parte de los miembros acerca de la existencia de un ambiente de trabajo grato y de buenas relaciones sociales, tanto entre pares como entre jefes y subordinados. La cooperación, la cual es el sentimiento de los miembros de la organización sobre la existencia de un espíritu de ayuda de parte de los directivos y de otros empleados del grupo. Los estándares son medidos a través de los miembros de una organización que lo perciben. El conflicto, el cual es énfasis en que los problemas salgan a la luz y no permanezcan escondidos o se disimulen y la Identidad, el cual es el sentimiento de que uno pertenece a la organización y la sensación de compartir los objetivos personales con los de la organización.

Cultura Organizacional. El patrón general de conductas (o modos de comportarse en la organización), creencias (firme asentimiento y conformidad con las actividades

en la organización), principios fundamentales (o bases que deben estar originando la organización de servicios de salud) y valores (aptitudes expresadas en la organización que le dan impulso y significado a la prestación de los servicios de salud) compartidos por los miembros de la organización.

La Atención Prenatal como sistema de prevención se inició hacia alrededor del año 1901, y se puede asegurar que con esto la obstetricia ha logrado tres objetivos importantes en los últimos treinta años: i) Implementación y extensión de la atención prenatal, ii) Selección y manejo del riesgo perinatal y, iii) clasificación, selección y aplicación de los métodos de vigilancia feto-maternos. Los objetivos de la vigilancia perinatal, están dirigidos a disminuir la mortalidad materna y la morbimortalidad perinatal. Para lograrlo es necesario efectuar una atención precoz, periódica, continua, completa y de buena calidad. Los objetivos de las atenciones prenatales deben garantizar el derecho a que la madre y su hijo-a alcancen al final de la gestación un adecuado estado de salud, por lo que es necesario brindar una atención que contribuya a la detección de cualquier complicación, procurando así disminuir la morbi - mortalidad materna y perinatal. En Nicaragua en el año 2007, la cobertura de Atención Prenatal fue de un 91% (ENDESA 2006), con predominio en las zonas urbanas y aunque en los servicios públicos se han hecho esfuerzos para mejorar la atención perinatal, éstos han resultado insuficientes para hacer que los servicios se tornen más eficientes y efectivos. La Atención Prenatal precoz, se inicia desde el momento en que la madre sospecha la gestación, debiéndose garantizar cuatro atenciones prenatales como mínimo. Es muy importante también enfatizar en los aspectos de calidad, que constituye un componente importante para poder identificar e interpretar de forma óptima los hallazgos encontrados y poder realizar de forma oportuna las intervenciones necesarias tanto diagnósticas como de atención inmediata y de referencia. El Ministerio de Salud, para garantizar la atención, diseñó el presente protocolo, que pretende homogenizar el accionar del personal profesional y técnico con el propósito de unificar el proceso de atención y fortalecer la capacidad del personal de los servicios de salud.

V- MATERIAL Y MÉTODO

1. Tipo de Estudio.

Corresponde a una Investigación evaluativa.

2. Lugar y Periodo:

Centro de Salud Altagracia durante el primer trimestre del año 2016

3. Universo:

Está constituido por 306 casos todas las pacientes embarazadas se atendieron su APN en el centro de salud en el periodo a estudio

Muestra: Está constituida por 100 casos siendo de tipo una muestra no probabilística por conveniencia.

4. Unidad de análisis:

Cada una de las mujeres que fueron ingresadas al programa de APN en el Centro de salud de Altagracia y cuyo expediente clínico estaba disponible.

5. Operacionalización de las variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR
Edad	Tiempo en años transcurridos desde el nacimiento hasta el momento de la embarazada	Años registrados en el expediente clínico	a)15 a 19 años b)20 a 24 años c)25 a 29 años d) Más de 30 años.
Procedencia	Lugar geográfico de residencia	Origen registrado en el	a)Rural b) Urbano

	habitual de la paciente.	expediente clínico	
Estado Civil	Estatus o Condición de embarazada al momento de su ingreso	Registrado en el expediente clínico	<ul style="list-style-type: none"> a) Soltera b) Casada c) Acompañada d) No consignado
Escolaridad	Nivel académico alcanzado por la paciente.	Registrado en el expediente clínico	<ul style="list-style-type: none"> a) a)Analfabeta b) Primaria c) Secundaria d) Universitaria o técnico e) No consignado.
Número de partos	Partos que ha tenido la paciente nacidos vivos o muertos vía vaginal o cesárea.	Reportado en la HCPBS	<ul style="list-style-type: none"> a) Primigesta b) Bigesta c) Más de tres partos
Semanas de gestación	Tiempo transcurrido del embarazo desde su concepción hasta el momento del ingreso	Registrado en el expediente clínico	<ul style="list-style-type: none"> a) Menos de 12 semanas b) 12 a 26 semanas c) 26 a 32 semanas d) Más de 32 semanas

Número de APN	Número de visitas de la embarazada con el personal de salud.	Registrado en el expediente clínico	a) Un control a) Dos controles b) Tres controles c) Cuatro controles d) Más de cuatro controles
Edad materna en riesgo	Se considera si cuando tiene menos de 20 años o mayor de 35 años.	Registrado en el expediente clínico	a) Si b) No
Analfabeta	Se considera Si según registro de expediente.	Registrado en el expediente clínico	a) Si b) No
Soltera	Se considera Si según registro de expediente.	Registrado en el expediente clínico	a) Si b) No
Talla Baja	Se considera Si según registro de expediente.	Registrado en el expediente clínico	a) Si b) No
Antecedentes familiares	Se considera Si según registro de expediente.	Registrado en el expediente clínico	a) Si b) No

Paridad (nulípara o múltipara)	Se considera Si según registro de expediente.	Registrado en el expediente clínico	a)Si b)No
Periodo intergenésico Corto(menor de 24 meses)	Se considera Si según registro de expediente.	Registrado en el expediente clínico	a)Si b)No
Trabajo con predominio físico (excesiva carga horaria, exposición a agentes físico-químicos-biológicos; stress)	Se considera Si según registro de expediente.	Registrado en el expediente clínico	a)Si b)No
Violencia en el embarazo	Se considera Si según registro de expediente.	Registrado en el expediente clínico	a)Si b)No
Número de visitas	Es el tiempo transcurrido entre una visita y otra, frecuencia con que se realiza la atención prenatal de la embarazada que acude a la atención de salud.	Registrado en el expediente clínico	a) Una atención b) Dos atenciones c) Tres atenciones d) Cuatro a más atenciones

Calidad de las visitas	Se considera adecuada cuando se cumple con los parámetros establecidos en la Norma	Registrado en el expediente clínico	a) Adecuada b) Inadecuada
Llenado de formulario de clasificación	Se considera que cumple si se encuentra el formulario de clasificación en el expediente	Registrado en el expediente clínico	a) Cumple b) No cumple
Llenado de HCP	Se considera que cumple si se encuentra correctamente llena en el expediente clínico.	Registrado en el expediente clínico	a) Cumple b) No cumple
Expediente completo	Se considera que cumple cuando en la hoja de evolución esta completo con signos vitales, examen físico completo, tratamiento adecuado, identificación de factores de riesgos y Consejería.	Registrado en el expediente clínico	a) Cumple b) No cumple

Indaga sobre factores sociales	Se considera que cumple si se identifican los factores sociales	Registrado en el expediente clínico	a) Cumple b) No cumple
Clasificación del riesgo	Se considera Si cuando se encuentra la hoja de clasificación del riesgo en el expediente	Registrado en el expediente clínico	a) SI b) NO
Tipo del riesgo	Se considera Alto cuando se realiza una adecuada clasificación del embarazo y este registrado en el expediente	Registrado en el expediente clínico	a) Alto b) Bajo
Registro de la PA	Se considera Si cuando se registra en el expediente clínico y HCP	Registrado en el expediente clínico	a) SI b) No
Registro del Peso	Se considera Si cuando se registra en la hoja de evolución del expediente clínico y HCP	Registrado en el expediente clínico	a) SI b) No
Registro de la Talla	Se considera Si cuando se registra en la hoja de evolución del expediente clínico y HCP	Registrado en el expediente clínico	a) SI b) No
Examen médico completo	Se considera Si cuando se registra en la hoja de evolución del expediente clínico.	Registrado en el expediente clínico	a) SI b) No

Se mide altura uterina	Se considera Si cuando se registra en la hoja de evolución del expediente clínico y HCP	Registrado en el expediente clínico	a) SI b) No
Se registra la frecuencia cardiaca fetal	Se considera Si cuando se registra en la hoja de evolución del expediente clínico y HCP	Registrado en el expediente clínico	a) SI b) No
Se registra la situación fetal	Se considera Si cuando se registra en la hoja de evolución del expediente clínico y HCP	Registrado en el expediente clínico	a) SI b) No c) No aplica
Se registra la presentación fetal	Se considera Si cuando se registra en la hoja de evolución del expediente clínico y HCP	Registrado en el expediente clínico	a) SI b) No
Cálculo de la Edad gestacional	Se considera Si cuando se registra en la hoja de evolución del expediente clínico y HCP	Registrado en el expediente clínico	a) SI b) No
Aplicación de la vacuna antitetánica	Se considera Si cuando se registra en la hoja de HCP	Registrado en el expediente clínico	a) SI b) No
Hacer prueba de Hemoglobina	Se considera Si cuando se registra en la hoja de evolución del	Registrado en el expediente clínico	a) SI b) No

	expediente clínico y HCP		
Realizar Glicemia	Se considera Si cuando se registra en la hoja de evolución del expediente clínico analizada y registrada en la HCP	Registrado en el expediente clínico	a) SI b) No
Realizar sífilis	Se considera Si cuando se registra en la hoja de evolución del expediente clínico analizada y registrada en la HCP	Registrado en el expediente clínico	a) SI b) No
Prueba rápida del VIH	Se considera Si cuando se registra en la hoja de evolución del expediente clínico analizada y registrada en la HCP	Registrado en el expediente clínico	a) SI b) No
Realizar examen de orina	Se considera Si cuando se registra en la hoja de evolución del expediente clínico analizada y HCP	Registrado en el expediente clínico	a) SI b) No
Solicitud de grupo sanguíneo y RH	Se considera Si cuando se registra en la hoja de evolución del expediente clínico analizada y registrada en la HCP	Registrado en el expediente clínico	a) SI b) No

Entrega de hierro y ácido fólico	Se considera Si cuando se registra en la hoja de evolución del expediente clínico.	Registrado en el expediente clínico	a) SI b) No
Entrega de Albendazol a las 26 semanas de gestación	Se considera Si cuando se registra en la hoja de evolución del expediente clínico.	Registrado en el expediente clínico	a) SI b) No
Entrega de Albendazol a las 38 semanas de gestación	Se considera Si cuando se registra en la hoja de evolución del expediente clínico.	Registrado en el expediente clínico	a) SI b) No
Entrega de Calcio a partir de las 20 semanas de gestación	Se considera Si cuando se registra en la hoja de evolución del expediente clínico.	Registrado en el expediente clínico	a) SI b) No
Entrega de Aspirina de tabletas 81 mg vo diario después de las 20 semanas	Se considera Si cuando se registra en la hoja de evolución del expediente clínico.	Registrado en el expediente clínico	a) SI b) No
Consejería en signos y síntomas de peligro durante el embarazo	Se considera Si cuando se registra en la hoja de evolución del expediente clínico.	Registrado en el expediente clínico	a) SI b) No

Recomendaciones para situaciones de peligro	Se considera Si cuando se registra en la hoja de evolución del expediente clínico.	Registrado en el expediente clínico	a) SI b) No
Instrucciones para el parto/Plan Parto	Se considera Si cuando se registra en la hoja de evolución del expediente clínico.	Registrado en el expediente clínico	a) SI b) No
Consejería en lactancia Materna	Se considera Si cuando se registra en la hoja de evolución del expediente clínico.	Registrado en el expediente clínico	a) SI b) No
Consejería de Planificación Familiar	Se considera Si cuando se registra en la hoja de evolución del expediente clínico.	Registrado en el expediente clínico	a) SI b) No
Detección y referencia de presentación pélvica o situación transversa del feto	Se considera Si cuando se registra en la hoja de evolución del expediente clínico analizada.		a) SI b) No
Cumplimiento de la normativa	Se considera cumple cuando se realiza la clasificación de riesgos de la embarazada; buen llenado de		a) Cumple b) No cumple

	la HCPB y expediente complete.		
Personal Tratante	Tipo de recurso que brinda la atención		a) MSS b) MG c) Enfermera
Atención especializada	Se considera si cuando hubo atención por el especialista		a) Si b) No

6. Obtención de la información:

Fuente de la información: Expediente Clínico.

Técnica de obtención de información: Revisión documental

Instrumento de Obtención de Información: Ficha de recolección de datos.

7. Procesamiento de la Información:

Por cada variable del estudio se realiza una tabla de distribución simple de frecuencia y gráficos correspondientes.

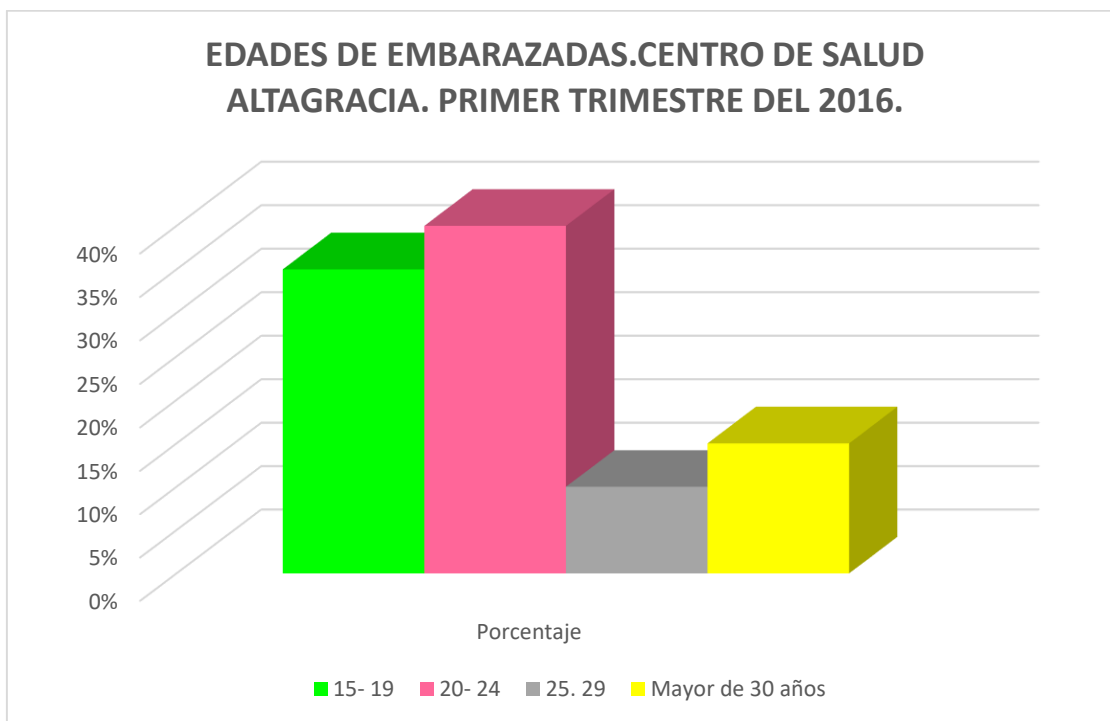
8. Aspectos éticos:

Para realizar el estudio se cuenta con la autorización del Director de la Unidad de Salud

VIII- RESULTADOS

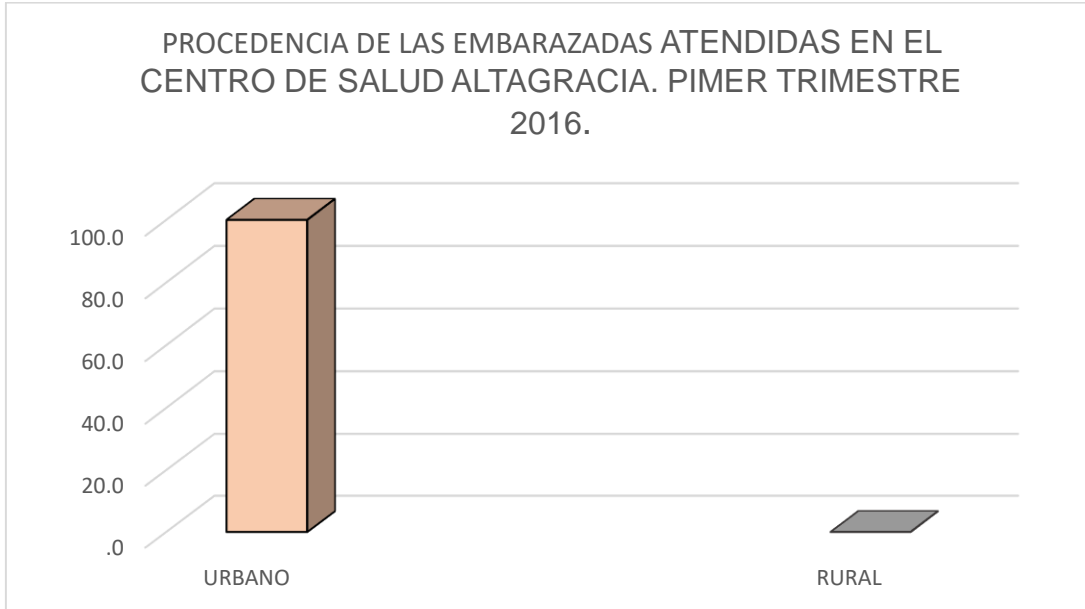
De todas la pacientes en estudio (100), el 40% (40 casos) estaban en el rango de edad de 20 a 24 años, un 35% (35 casos) pertenecían al grupo de 15 a 19 años, un 15% (15 casos) eran mayores de 30 años y un 10 % (10 casos) se encontraban entre los 25 a 29 años de edad.

Grafico 1



Fuente: Tabla 1.

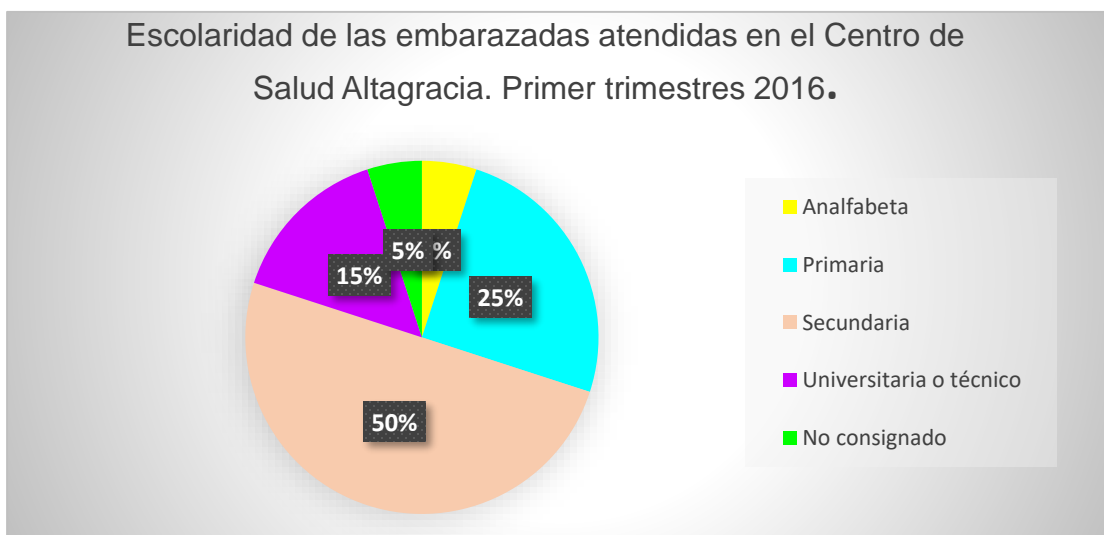
El 100% (100 casos) procedían de zonas urbanas.



Fuente: Tabla 2

El 50% (50 casos) de las pacientes tienen un nivel escolar alcanzado de la secundaria, 25% (25 casos) primaria; un 15% (15 casos) son Universitarias o técnicas y un 5% (5 casos) son analfabetas así como de igual manera 5% (5 casos) no se encontraba consignado en el expediente.

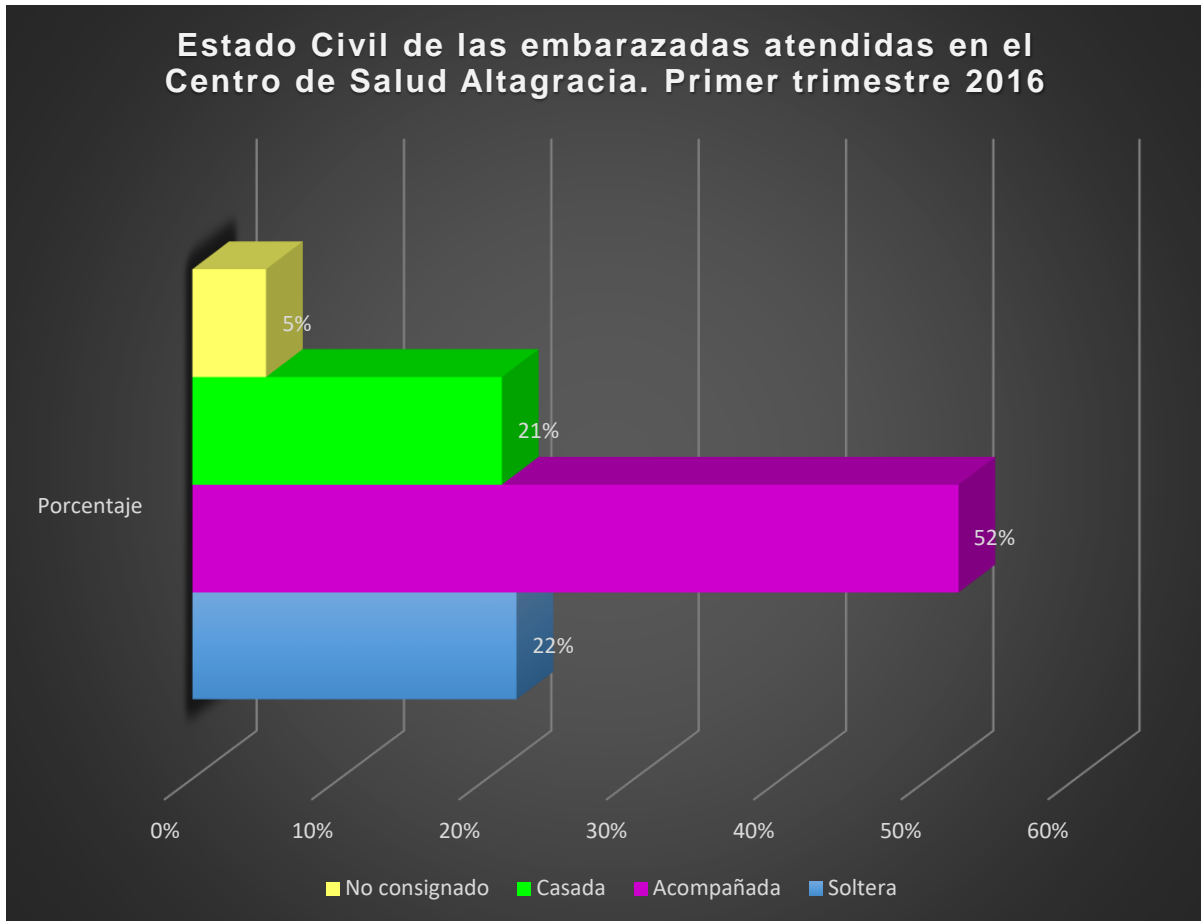
Grafico 3.



Fuente: Tabla 3

El 52% (52 casos) se encuentran acompañada, un 22%, (22 casos) son soltera, 21% (21 casos) casadas y no se registró su estado civil en un 5% (5 casos) solteras

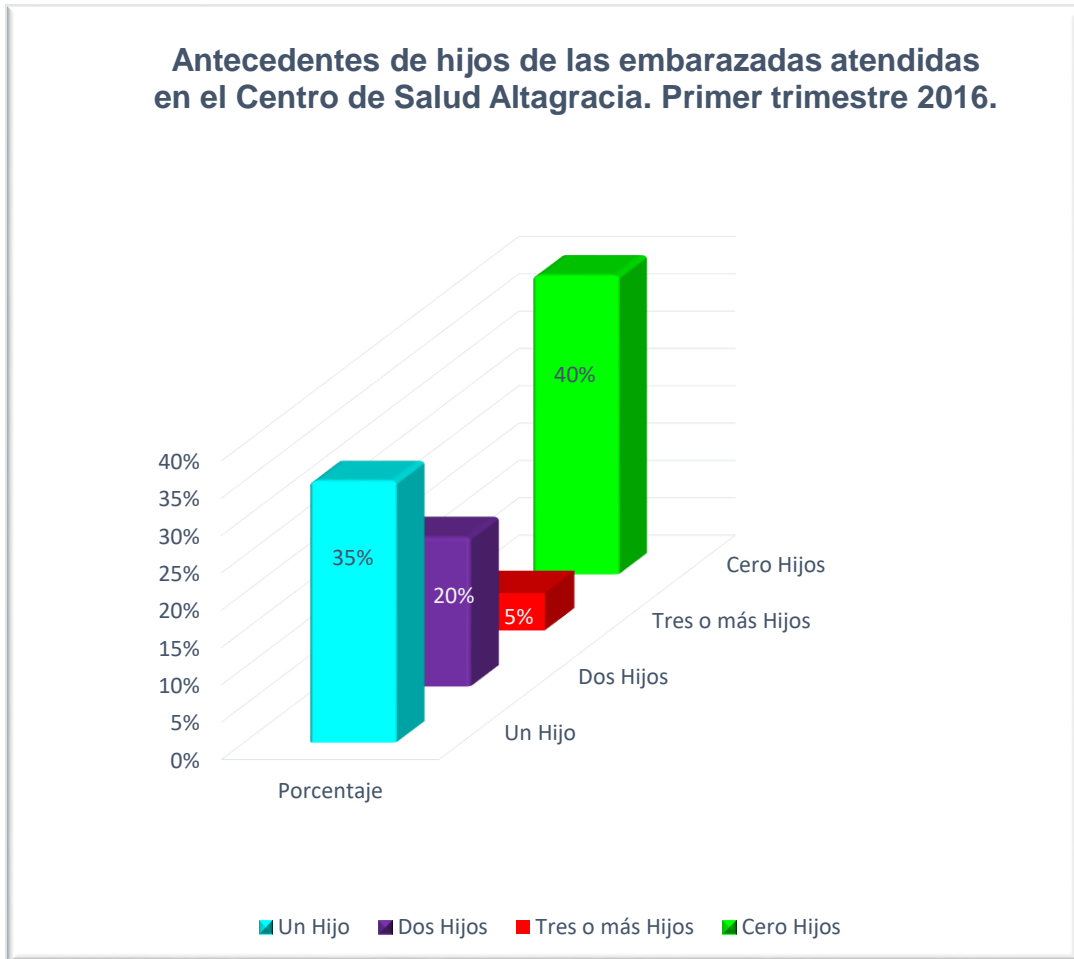
Grafico 4



Fuente: Tabla 4

El 40% (40 casos) no tenían antecedentes de hijos, el 35% (35 casos) tenían un hijo, un 20% (20 casos) con 2 hijos y el 5% (5 casos) de 3 a más hijos.

Grafico 5



Fuente: Tabla 5.

Del 100% de los casos en estudio el 70% (70 casos) fueron captadas en menos de 12 semanas, 20% (20 casos) fueron captadas a las 12 a las 26 semanas de gestación, el 5% (5 casos) de las 26 a las 32 semanas al igual un 5%(5 casos) a más de 32 semanas.

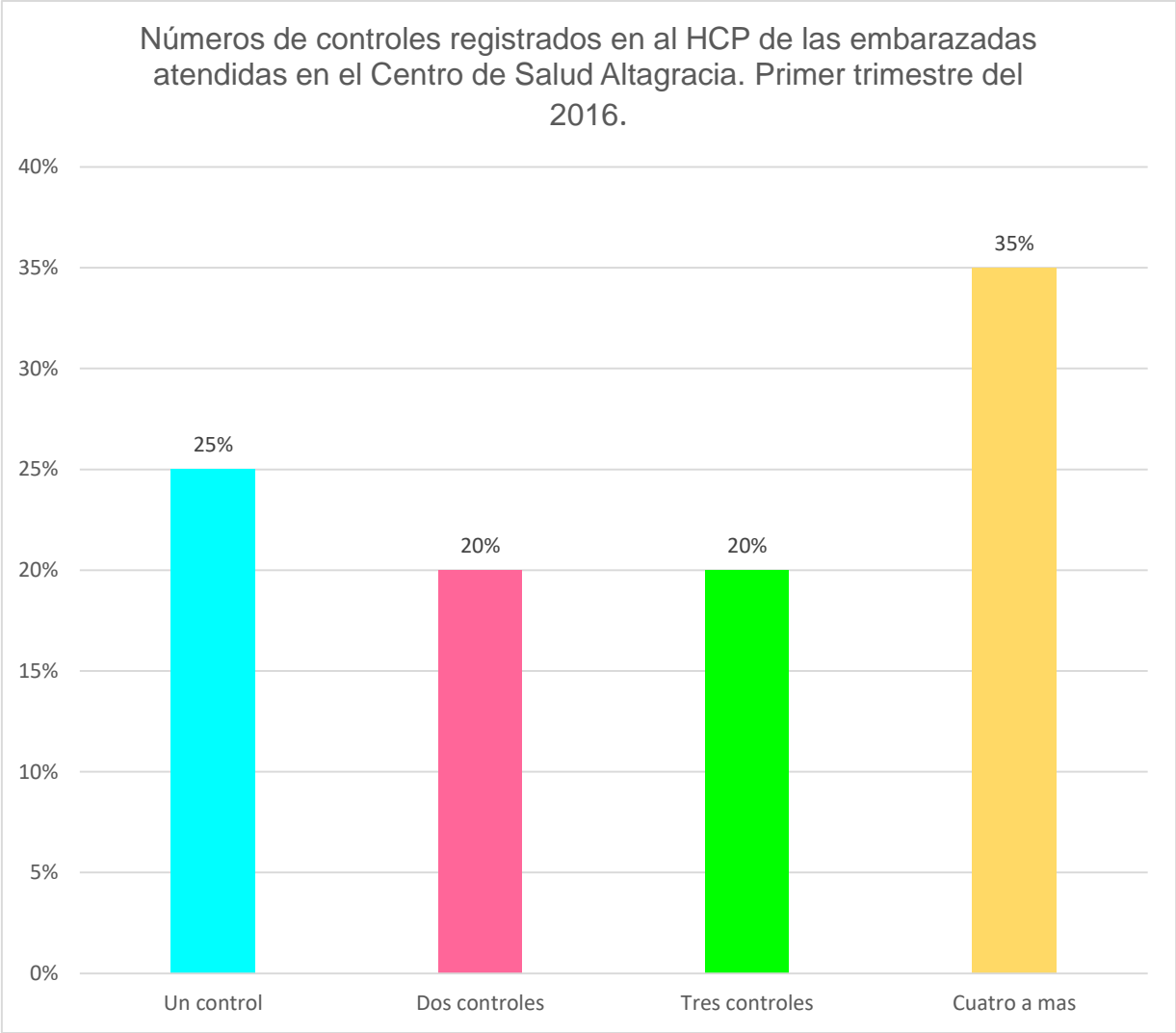
Grafico 6



Fuente: Tabla 6

En un del total de los casos presentaron más de cuatro controles 35% (35 casos), un 25% tenían un control (25 casos), el 20% (20 casos) tenían dos controles y el mismo porcentaje 20% (20 casos) tres controles.

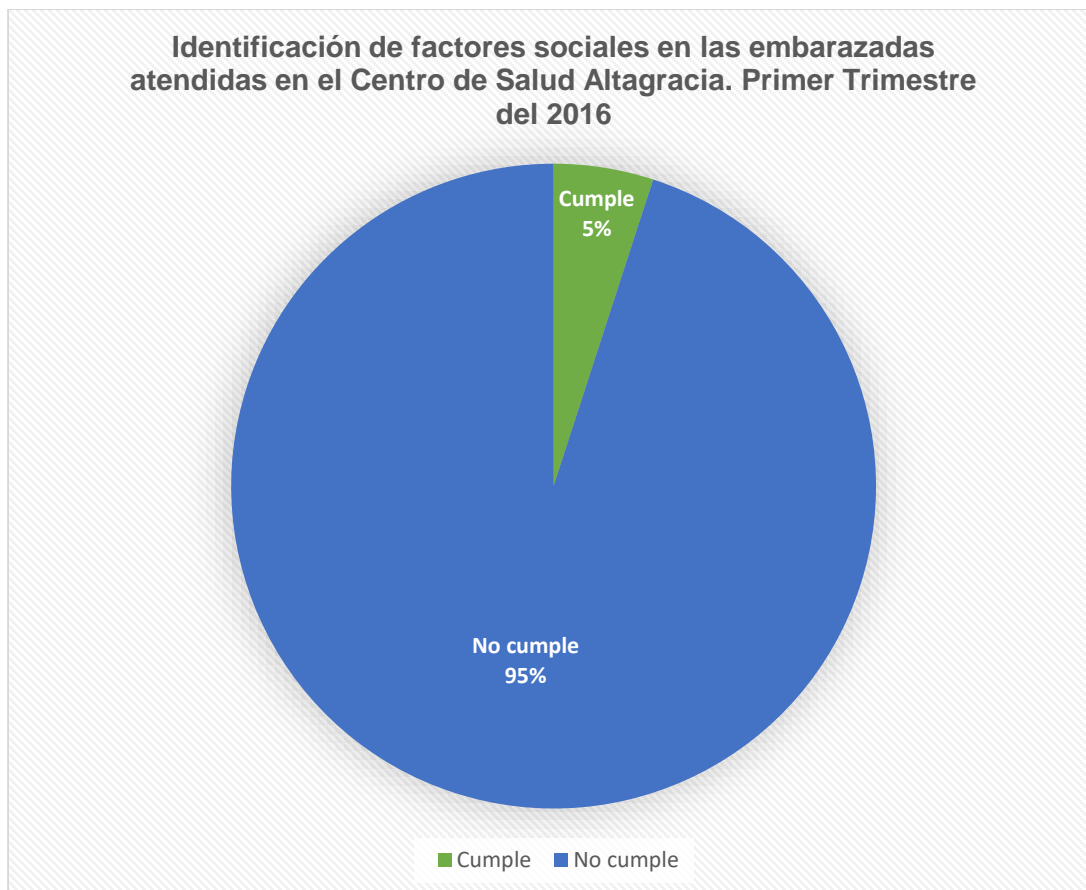
Grafico 7



Fuente: Tabla 7

Los factores sociales en un 95% (95 casos) no lo cumplieron y si lo cumplieron en un 5% (5 casos).

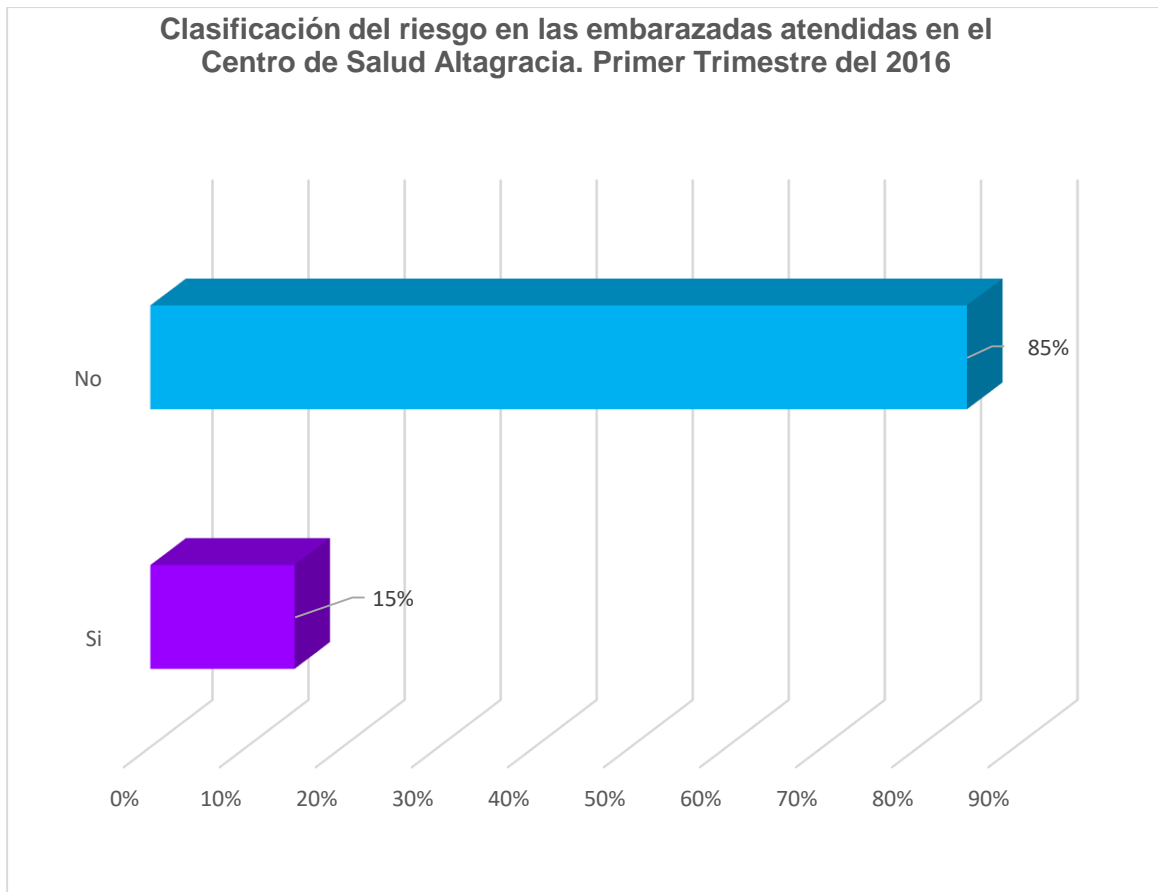
Gráfico 8



Fuente: Tabla 8

La clasificación del riesgo en un 85% (85 casos) no lo realizaron y si lo realizaron en un 5% (5 casos).

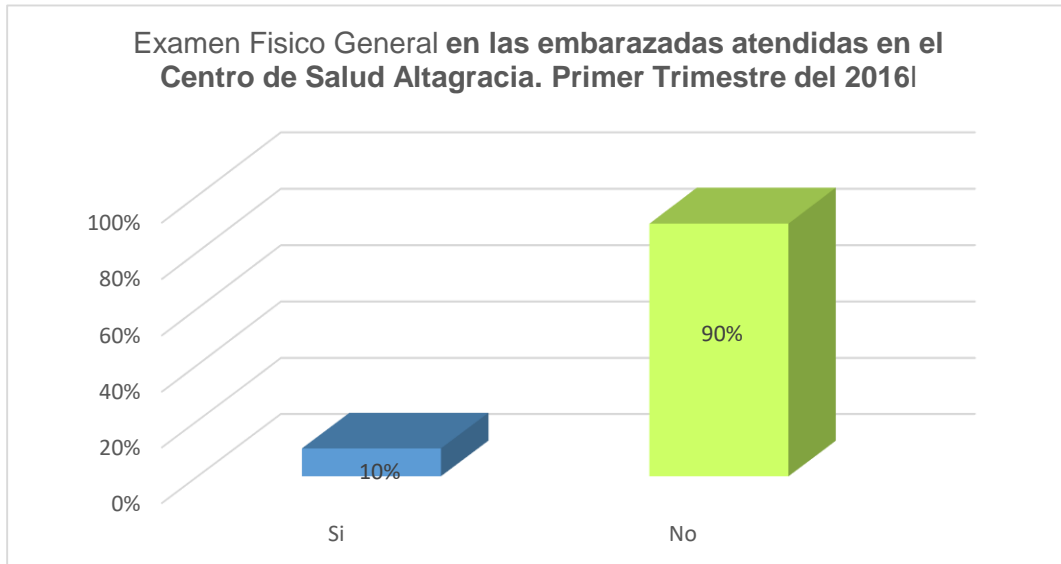
Gráfico 9



Fuente: Tabla 9

En cuanto al examen físico no lo realizaron el 90% (90 casos) y un 10% (10 casos) si realizaron el examen físico.

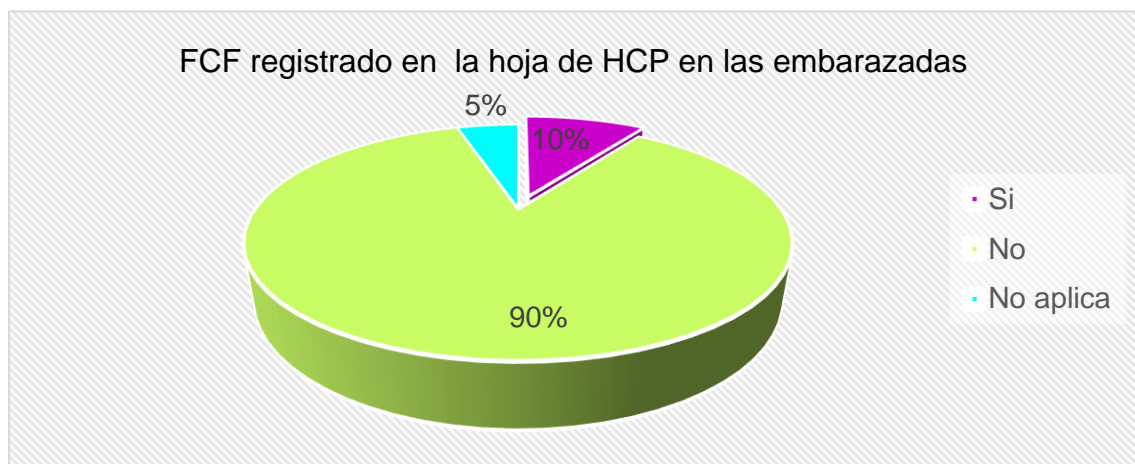
Gráfico10



Fuente: Tabla 10

El FCF en un 70% (70 casos) se registra en la hoja de HCP y hoja de evolución del expediente, un 25% (5 casos) no se registra en la hoja de HCP y un 5%(5 casos) no se encuentra consignado.

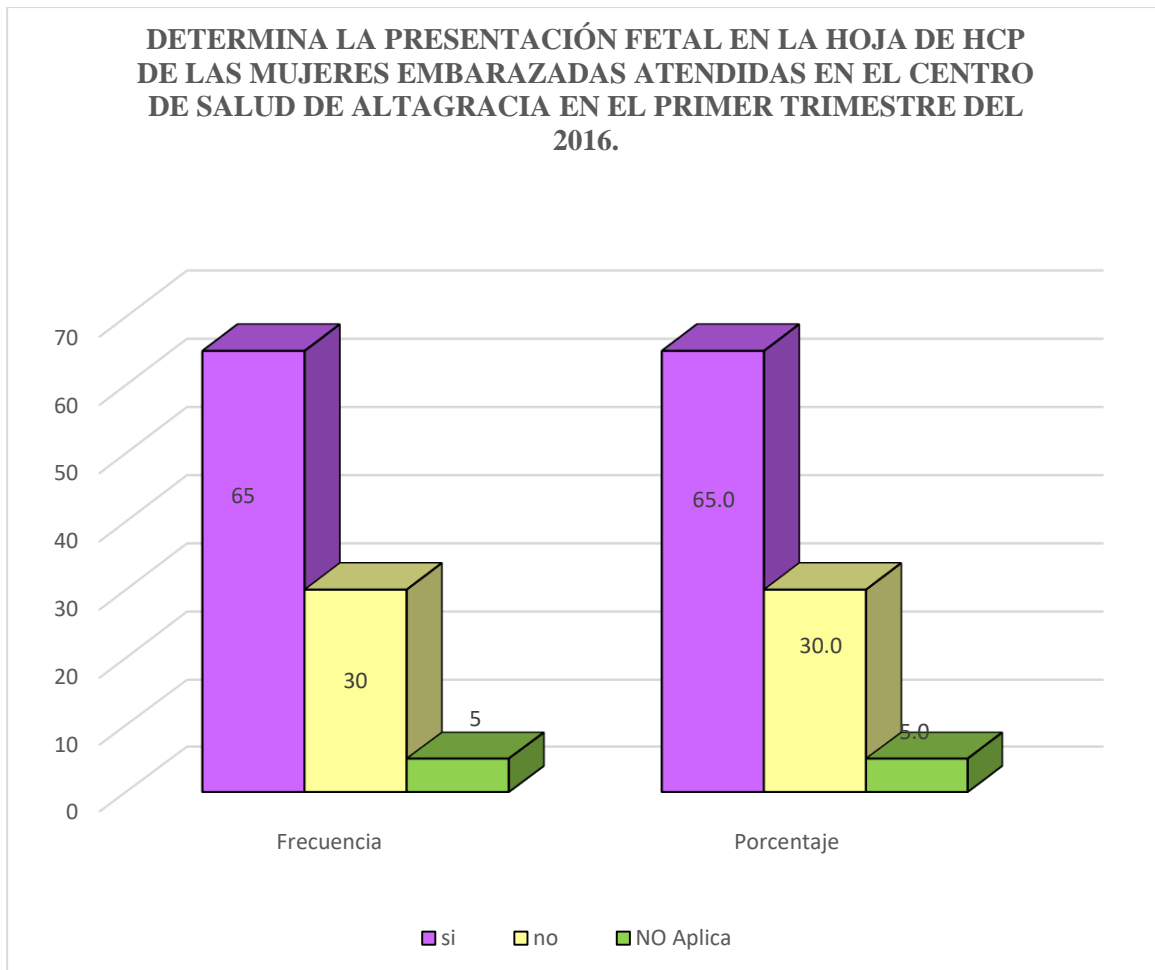
Gráfico 11



Fuente : Tabla 11

En el registro de la presentación fetal el 65%(65 casos) lo realizo, un 30%(30 casos) no lo registro y un 5% no aplico para esta actividad.

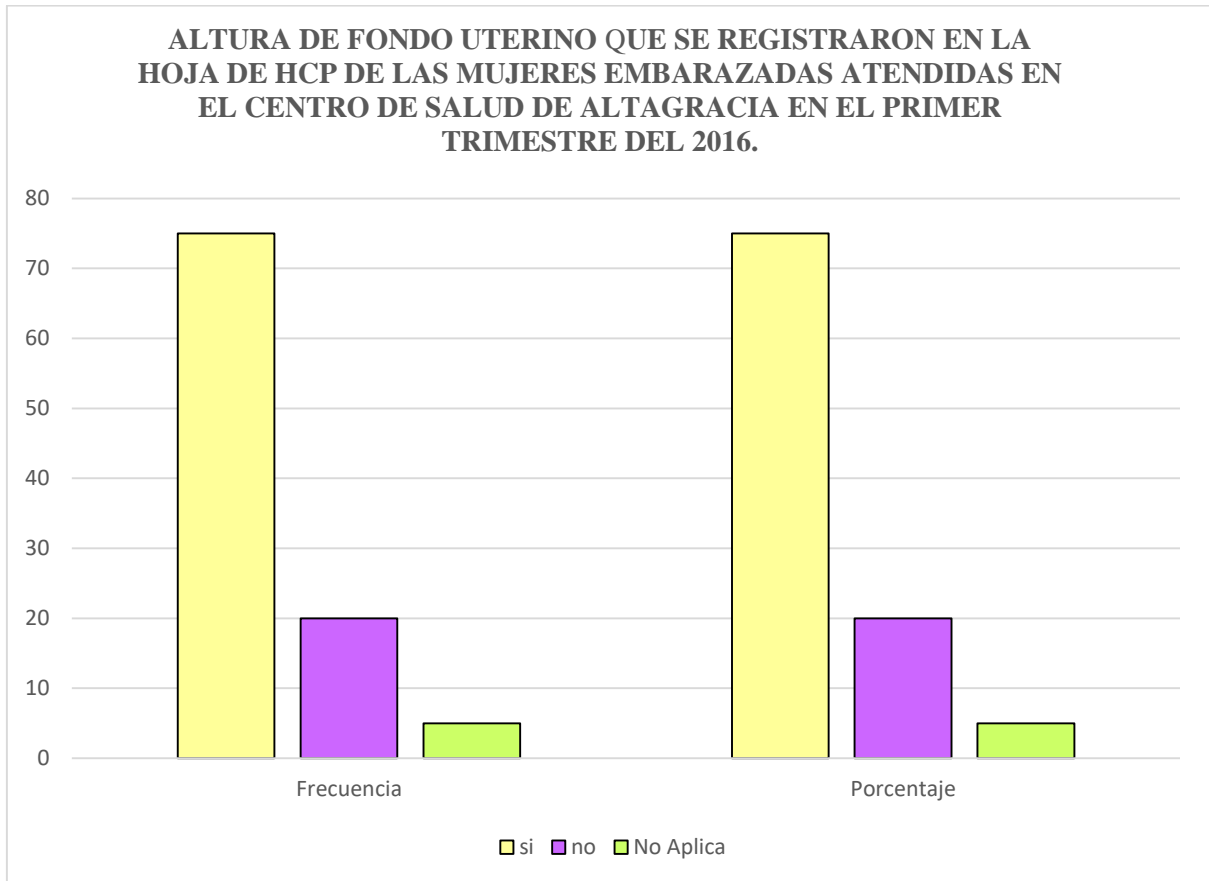
Gráfico 12



Fuente: Tabla 12.

La AFU en un 75% (75 casos) se registra en la hoja de HCP, un 20% (20 casos) se registra en la hoja de HCP y un 5%(5 casos) no se encuentra consignado.

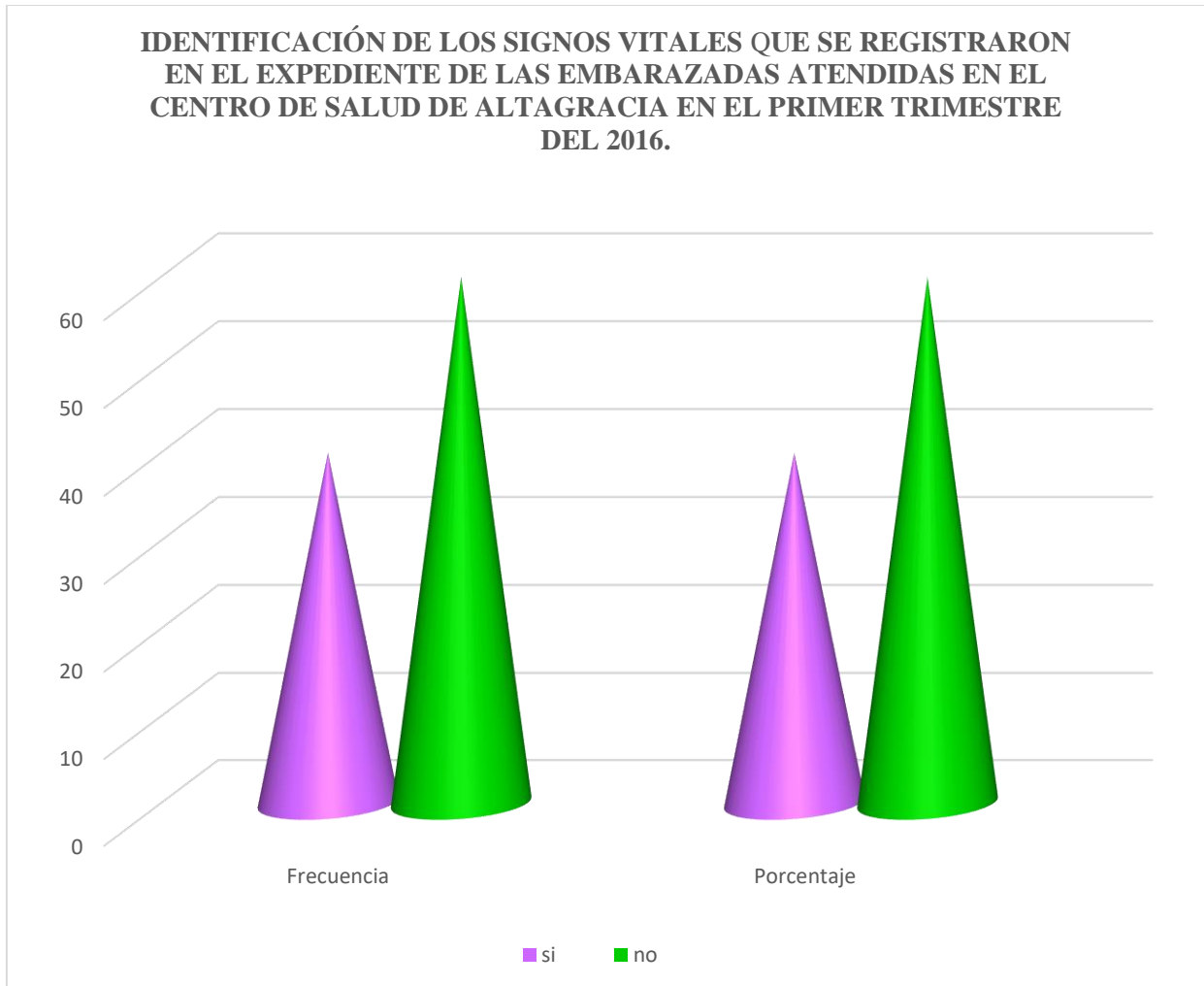
Gráfico 13



Fuente: Tabla 13

En relación de los signos vitales el 40% (40 casos) lo realizaron y un 60%(60 casos) no lo realizaron.

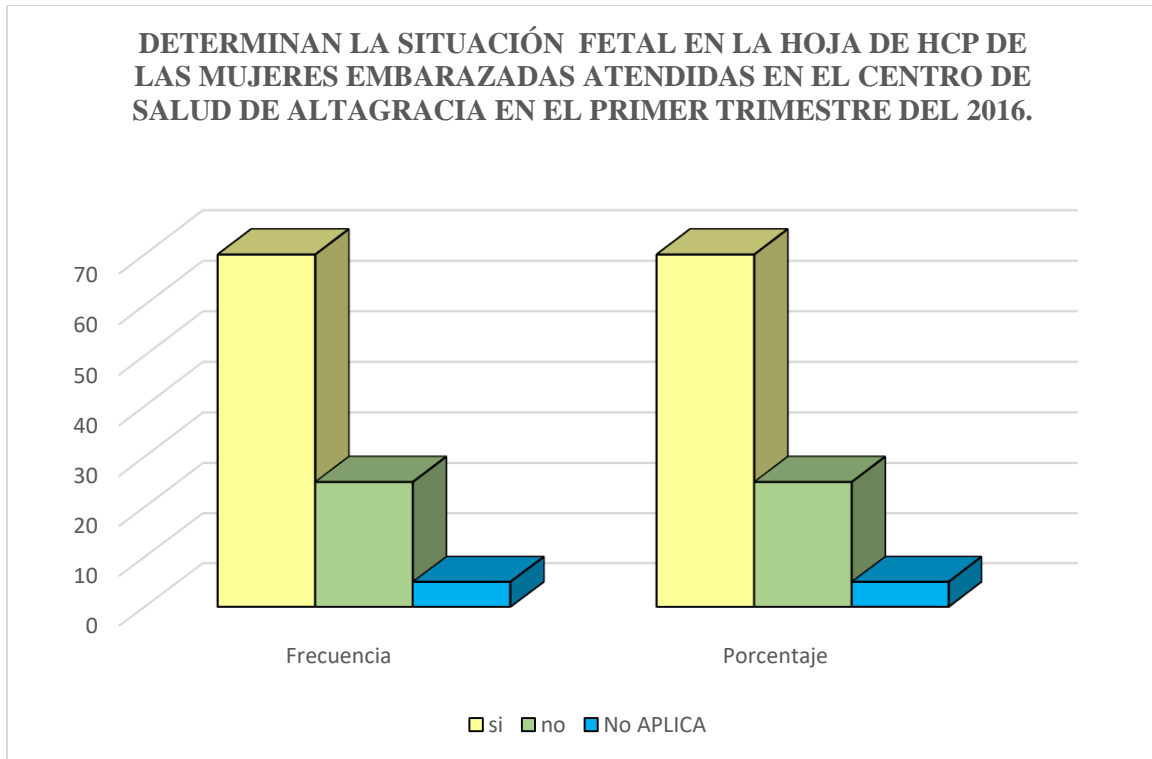
Gráfico 14



Fuente: Tabla 14

En el registro de la situación fetal el 70%(70 casos) lo realizo, un 25%(25 casos) no lo registro y un 5% no aplico para esta actividad.

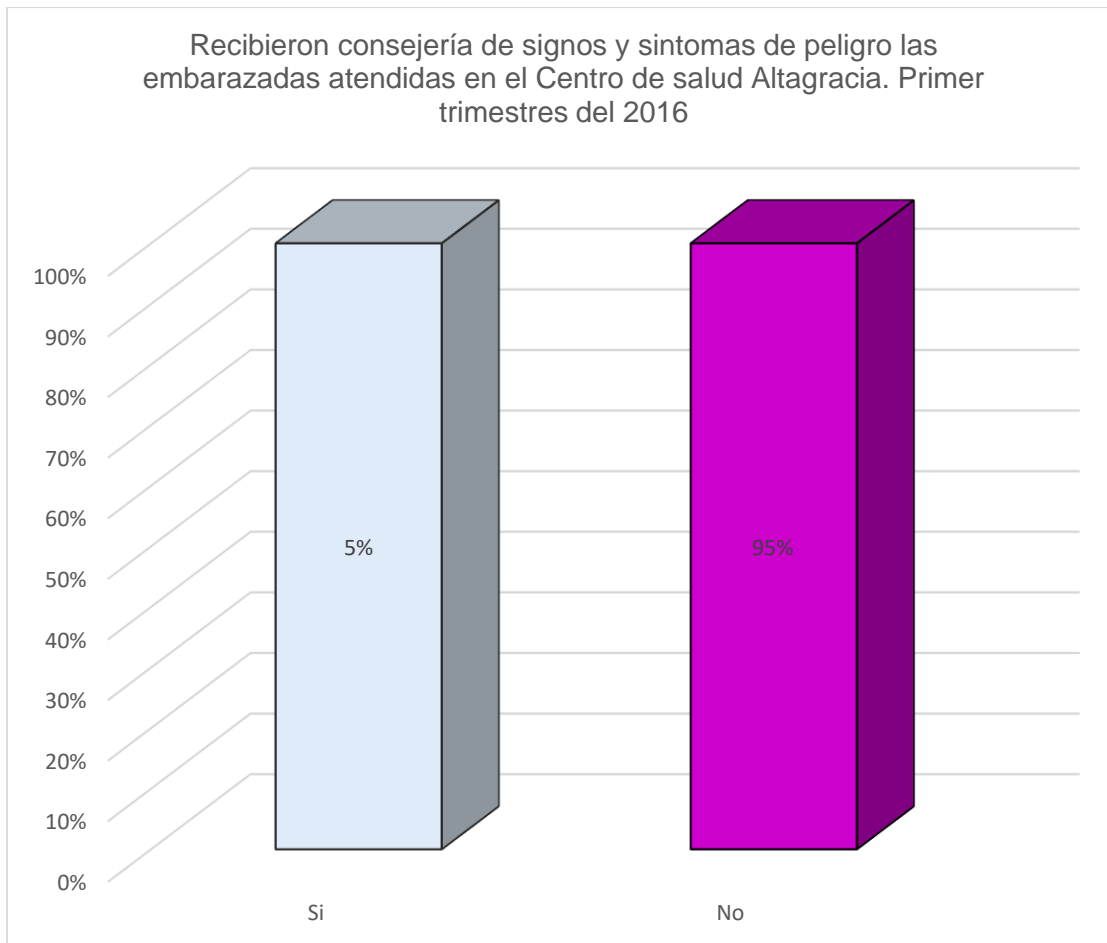
Gráfico 15



Fuente: Tabla 15

Consejería de signos y síntomas de peligro durante el embarazo el 5% (5 casos) lo registraron y un 95% (95 casos) no lo registraron.

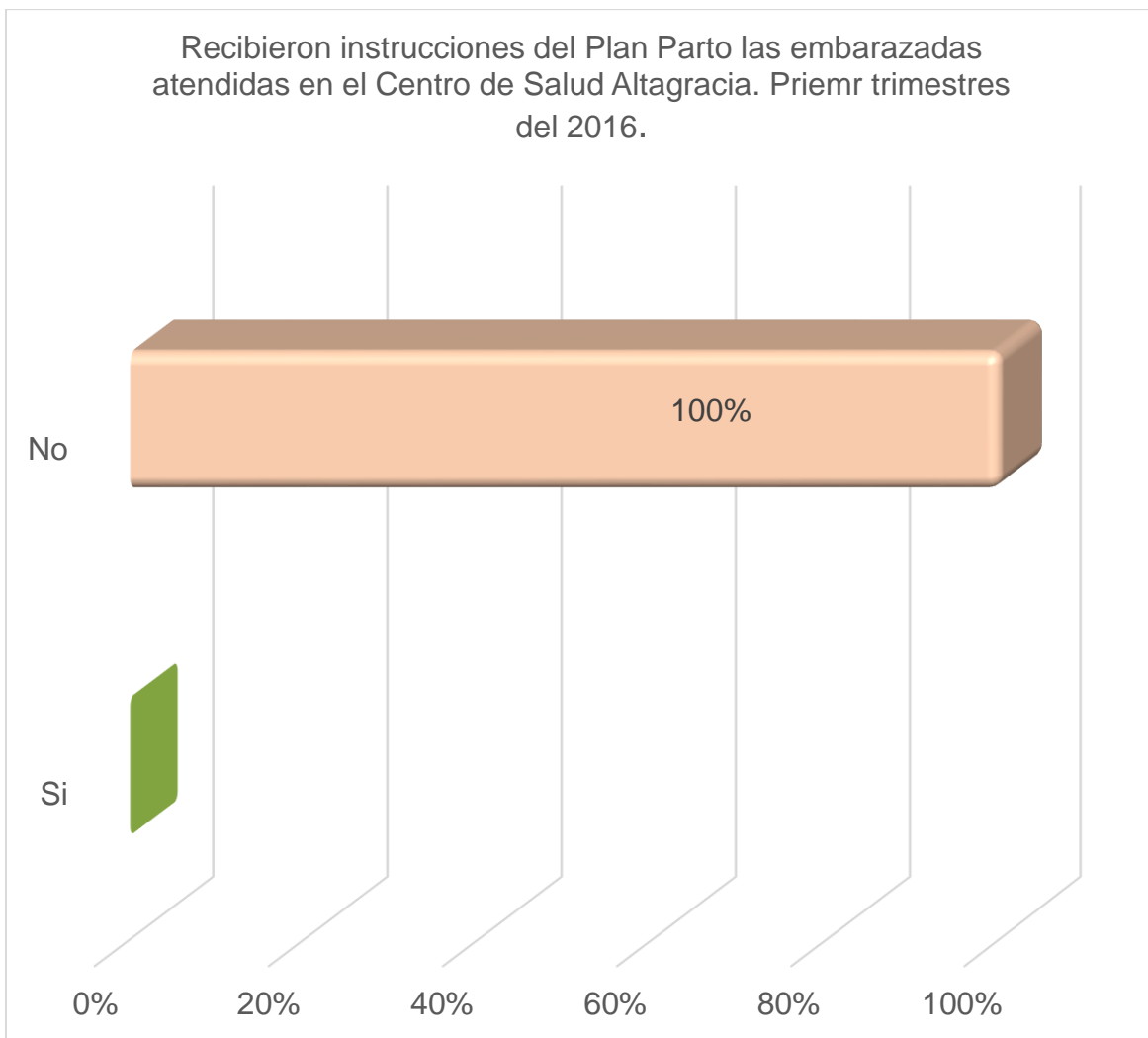
Gráfico 16



Fuente: Tabla 16

Las instrucciones del Plan Parto en un 100% (100 casos) no lo realizaron.

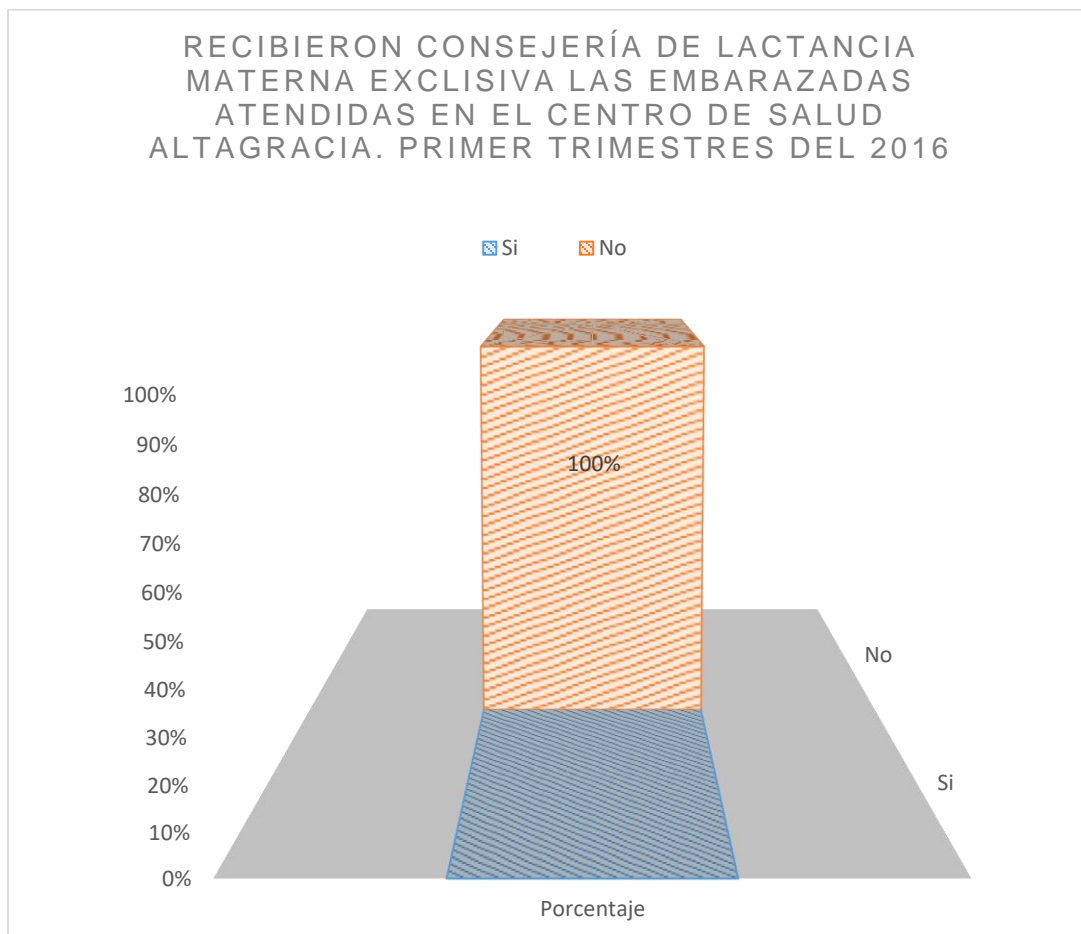
Gráfico 17



Fuente: Tabla 17

Consejería de Lactancia Materna Exclusiva si la realizaron en un 10%(10 casos) y no la realizaron en un 90%(90 casos).

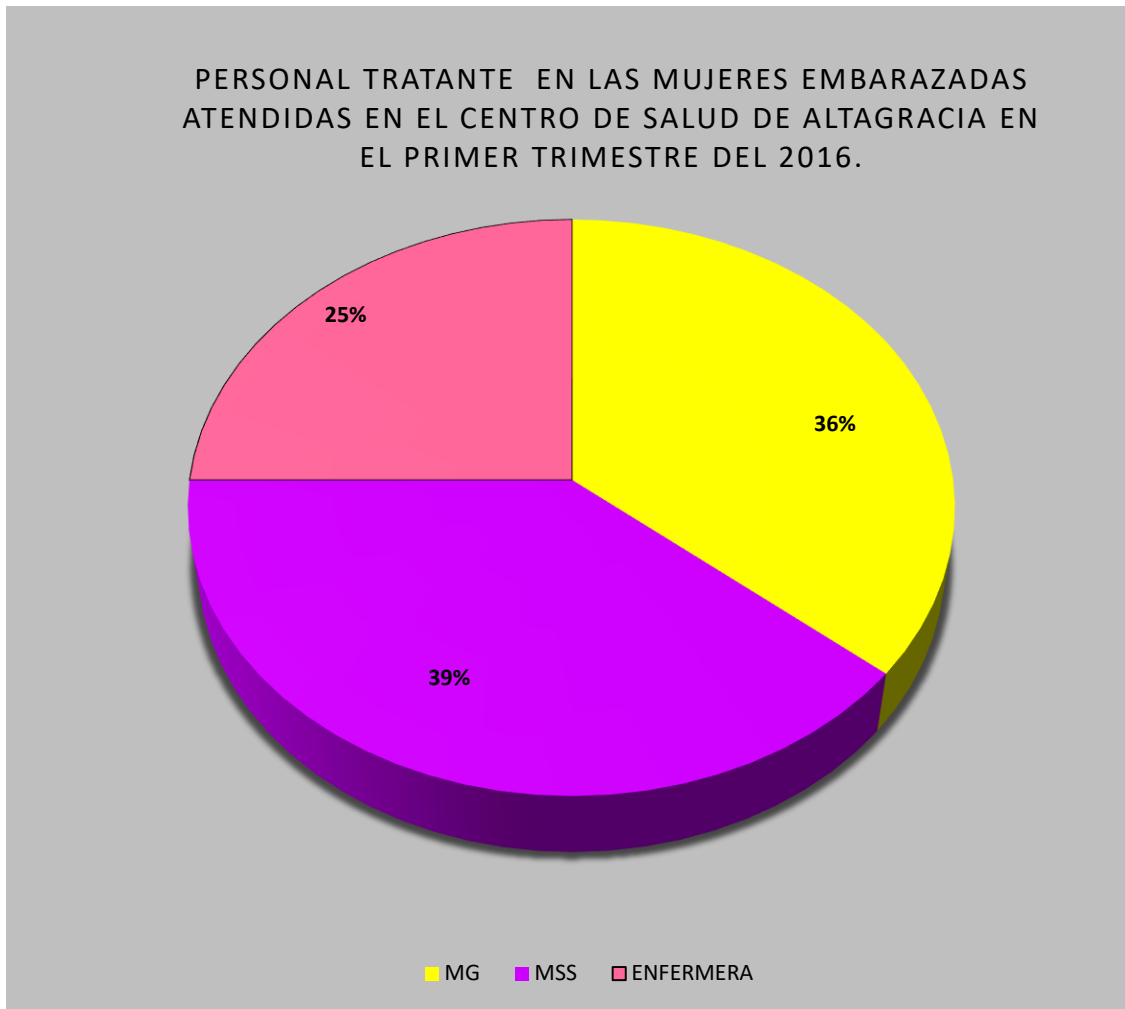
Gráfico 18



Fuente: Tabla 18

El personal tratante el 39% (39 casos) fueron atendidas por médicos sociales; 36% (36 casos) médico general y un 25% (25 casos) por enfermeras.

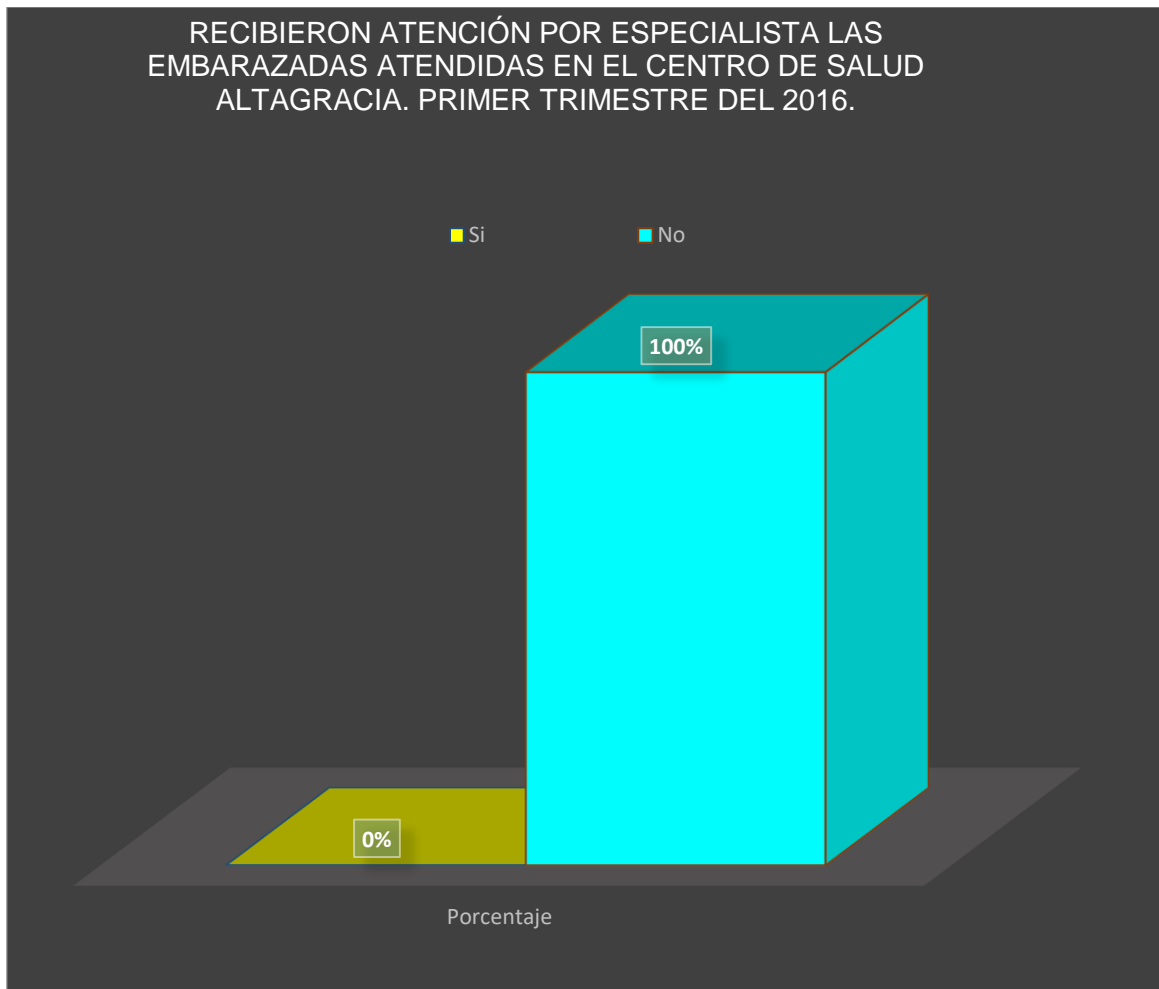
Gráfico 19



Fuente: Tabla 19

El 100% (100 casos) no fueron atendidas por el especialista en ninguna de las atenciones.

Gráfico 20



Fuente: Tabla 20

En cuanto al cumplimiento de la Norma fue del 5% (5 casos) reunieron todos los criterios y el 95% (95 casos) no cumplieron con algunos de los criterios.

Gráfico 21



Fuente 21

VI- ANALISIS.

Uno de los aspectos básicos que se valora para cumplimiento de la Norma 011 es realizar una anamnesis completa, adecuada y oportuna de cada embarazada parte de ello es tomar en cuenta los aspectos socio- demográficos que son importante para el control prenatal como la edad, procedencia, estado civil y escolaridad que son datos claves que predisponen a factores de riesgos cumpliéndose en su totalidad.

Según Norma 011 se debe de ingresar a toda paciente menos de las 12 semanas de gestación en base a los resultados obtenidos la mayor captación que realizo el Centro durante el periodo de estudio fue menos de las 12 semanas de gestación.

En la Norma 011 de la embarazada de bajo riesgo se le realizan cuatro atenciones prenatales: 1. Primera atención: menos de las 12 semanas de gestación; 2. Segunda atención prenatal: de las 12 a las 26 semanas de gestación; 3. Tercera atención prenatal: de las 26- a las 32 semanas y 4. Cuarta atención prenatal: Más de las de 32 semanas por lo que los resultados fueron de más de cuatro atenciones con este indicador hay que considerar si más valoración tiene una embarazada tienen más oportunidades para detectarse cualquier complicación a tiempo.

Según la Norma 011 se debe registrar en un 100% los factores sociales en cada atención prenatal lo cual los resultados indican que hay debilidad en este aspecto en un 95% no se registra en el expediente, se desconoce si la embarazada tiene antecedentes de violencia; pobreza; apoyo de la familia o de la pareja esto es con la finalidad de referir en caso necesario a otros especialista y orientarla sobre las alternativas tanto médicas, como psicológicas y judiciales de ser necesario.

El examen físico debe estar presente en cada atención prenatal no se cumple en alto porcentaje siendo muy importante para determinar anemia, desnutrición materna, examen vaginal de rutina describiendo todos los hallazgos siempre con el fin de evitar las complicaciones.

El FCF se debe realizar siempre a partir de la segunda visita de la atención según Norma los resultados obtenidos se realizan en un 70% por lo tanto se incumple.

La Norma hace referencia de las maniobras de Leopold para determinar la AFU, la situación del feto y la presentación registrar en un 100% lo cual se incumple por lo que crea deficiencias en la determinación si son menores al percentil 10 y mayores al percentil 90 para ser referidas al especialista en este caso como hay incumplimiento no se realiza los criterios adecuados en relación al crecimiento fetal, mal cálculo en la fecha probable del parto, embarazo gemelar y otros factores.

Los signos vitales son relevante porque se incumplen ya que determinan el riesgo de evolucionar a un proceso de hipertensión en el embarazo, infecciones en el momento de la consulta y de igual forma de carácter epidemiológico.

La Norma 011 refiere que en cada atención prenatal se tiene que realizar la clasificación del riesgo lo cual los resultados indican que solo el 15% lo cumplen esto genera una debilidad en lo que es la calidad de la atención lo que genere complicaciones de alto de riesgo obstétrico produciendo daño a la madre como el feto.

Es alto el porcentaje del incumplimiento de la consejería sobre signos y síntomas de peligro, de instrucciones del Plan Parto, falta de registro de la Planificación familiar, no está consignado en un alto porcentaje la consejería de lactancia materna todo esto es indispensable por que orienta la preparación adecuada que le brindamos a la embarazada en su proceso continuo de atenciones prenatales.

En cuanto al personal tratante la mayoría fue valorada por médico en servicio social que básicamente es un personal de salud en formación y produciendo debilidad en cuanto al cumplimiento de la Norma lo ideal es que los ingresos sean realizados por un personal altamente calificado y con mayor experiencia y a pesar que la unidad cuenta con especialistas ninguna de las pacientes de mi muestra fueron valoradas por especialista en ningún momento de su atención más del algunas de ellas si presentaron alto riesgo obstétrico.

VII- CONCLUSIONES

1. El 35% de embarazada se encuentran en las edades de riesgos predominando la Procedencia Urbana.
2. El 30% de las embarazadas se ubican entre el nivel de Analfabeta y Educación primaria.
3. El 40% de dichas embarazadas no tiene antecedentes de hijos seguidas con un 35% las embarazadas que tienen solo uno.
4. Un 65% presentan factores de riesgos potenciales en sus atenciones.
5. El 95% no cumple con las actividades de acciones básicas para todas las atenciones establecidas por el Ministerio de Salud.
6. El personal médico en servicio social predomino en la atención de las embarazadas.

VIII- RECOMENDACIONES.

A Nivel Ministerio de Salud:

1. de la normativa cada 5 años de acuerdo a la problemática de salud.
2. Fomentar estudios monográficos asociados a la atención prenatal.

A Nivel del SILAIS:

1. Implementar mecanismo de supervisión a nivel de las Unidades de Salud identificando necesidades de capacitación para personal médico y de enfermería.
2. Dar acompañamiento en la superación de debilidades observadas.

A Nivel de la Unidad de Salud:

1. Evaluar semanalmente los expedientes en base a la Norma 011 la cual aborda la atención prenatal de bajo riesgo que es donde se da la atención del embarazo normal.
2. Brindar asesoramiento técnico por el equipo de conducción de la unidad debido al incumplimiento de la norma.
3. Cumplir en forma sistemática el Monitoreo continuo del cumplimiento de las metas; revisión del censo gerencial; del intervalo de visitas así como la clasificación del embarazo etc.
4. Realizar evaluaciones periódicas al personal de salud tratante sobre el conocimiento de la Normativa 011.
5. Fortalecer y ampliar las evoluciones del embarazo haciendo resaltar en cada atención los factores sociales de riesgos así como un examen físico adecuado a la semana de gestación.

IX- BIBLIOGRAFIA.

Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional Ministerio de Salud. . (marzo, 2013). *Normativa 004: Norma para el Manejo del Expediente Clínico y Manual de Procedimientos para el Manejo del Expediente Clínico*. Managua: Salud. Managua: MINSA,.

Caballero García, G. (1995). *Cumplimiento de las Normas de Control Prenatal en Unidades de Atención Urbana de Atención Primaria*. Blufields: Tesis Monografica.

Chassin M, G. R. (1999). *La urgente necesidad de mejorar la calidad asistencial*. JAMA ed. esp.

1. DiPrete I, M. L. (30 de julio de 2004). *USAID*. Obtenido de Garantías de la calidad de la atención de salud en países en desarrollo:
<http://www.qaproject.org/pubs/PDFs/M1.pdf>
2. García, O. F. (2005). *Calidad del Control Prenatal en establecimiento de salud del primer nivel de atención*. Lima- Perú.
3. Guidotti, M. M. (2002). *Manejo de la complicaciones del embarazo y el parto. Guía para obstetras y Médicos*. Banco Mundial, OMS FNUAP: UNICEF.
4. Hinojosa, D. L. (miércoles de febrero de 2011). *EVALUACION DE LA CALIDAD DE REGISTRO DEL EXPEDIENTE CLINICO EN EL HOSPITAL SALOMON KLEIN GESTION*. Cochabamba-Bolivia.
5. Loeguering L, R. R. (1994). *Valoración de la calidad en la atención Médica. Clínica. Obstétrica Ginecológica*. (1 ed. ed.).
6. Ministerio de Salud y Deporte. (2008). *Manual de Auditoria en Salud Y Norma Técnica*. La Paz, Bolivia: Cacely.
7. MINSA, M. d. (2001). *Protocolos para la atención obstétrica*. . Managua: MINSA.

8. MINSa, M. d. (2005). *Guía metodológica para la elaboración de Protocolos*. Managua: Dirección de Regulación. MINSa.
9. MINSa, M. d. (2008). *Normas y protocolos de Atención Prenatal, Parto, Puerperio y Recién Nacido/a de bajo Riesgo*. (1er ed.). Managua: Ministerio de Salud.
10. Nicaragua, Gobierno de Unidad y Reconciliación Nacional, Ministerio de Salud. (2013). *Normativa 004: Norma para el Manejo del Expediente Clínico y Manual de Procedimiento para el manejo del Expediente Clínico*. Managua: Minsa.
11. Nicaragua, Gobierno de Unidad y Reconciliación Nacional, Ministerio de Salud. (2012). *N-090 Norma y Manual de Autoría de la Calidad de la atención Médica*. Managua: Minsa, Marzo.
12. Normas Jurídicas de Nicaragua. (2002). Ley No.423 Ley General de Salud. En r. d. Nicaragua, *La Gaceta No. 91*. Managua.
13. Parrales, C. M. (2015). *Calidad del LLenado de la Historia Clínica Perinatal en el Hospital de San Jose de Bocay*. Jinotega.
14. RMG Ramos. (16 de Enero de 2008). Recuperado el 17 de Junio de 2016, de [edigraphic.com:
https://www.google.com.ni/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjrfy9y67NAhUG4GMKHX-KDroQFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.medigraphic.com%2Fpdfs%2F0ral%2F0ra-2008%2F0ras081a.pdf&usg=AFQjCNGTcmDiA3F1Wy-7yELmSU3YP-gsKA](https://www.google.com.ni/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjrfy9y67NAhUG4GMKHX-KDroQFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.medigraphic.com%2Fpdfs%2F0ral%2F0ra-2008%2F0ras081a.pdf&usg=AFQjCNGTcmDiA3F1Wy-7yELmSU3YP-gsKA)

Anexos

TABLA 1: GRUPOS DE EDADES DE LAS EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALTAGRACIA EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2016.

GRUPOS DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15- 19	35	35%
20-24	40	40%
25-29	10	10%
Mayor de 30	15	15%
Total	100	100%

Fuente: Expedientes Clínicos de Pacientes en Estudio.

TABLA 2: PROCEDENCIA DE LAS EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALTAGRACIA EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2016.

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
URBANO	100	100%
RURAL	0	0%
TOTAL	100	100%

Fuente: Expedientes Clínicos de Pacientes en Estudio.

TABLA 3: NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LAS EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALTAGRACIA EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2016.

ESCOLARIDAD	TOTAL DE CASOS	PORCENTAJE
Analfabeta	5	5%
Primaria	25	25%
Secundaria	50	50%
Universitaria o Técnico	15	15%
NO COSIGNADO	5	5%
Total	100	100%

Fuente: Expedientes Clínicos de Pacientes en Estudio

TABLA 4: ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALTAGRACIA EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2016.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERA	22	22%
ACOMPAÑADA	52	52%
NO CONSIGNADO	26	26%
TOTAL	100	100%

Fuente: Expedientes Clínicos de Pacientes en Estudio

TABLA 5: NÚMERO DE HIJO DE LAS MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALTAGRACIA EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2016.

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
UN HIJO	35	35%
DOS HIJOS	20	20%
3 O MÁS	5	5%
CERO	40	40%
TOTAL	100	100%

Fuente: Expedientes Clínicos de Pacientes en Estudio

TABLA 6: SEMANAS DE GESTACION DE LAS MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALTAGRACIA EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2016.

SEMANA DE GESTACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menor de 12 semanas	70	70%
de 12 a 26 semanas	20	20%
de 26 a 32 semanas	5	5%
de las 32 a mas	5	5%
Total	100	100%

Fuente: Expedientes Clínicos de Pacientes en Estudio

TABLA 7: NÚMEROS DE CONTROLES QUE SE REGISTRARON EN LA HOJA DE HCP DE LAS EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALTAGRACIA EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2016.

NÚMEROS DE CONTROLES REGISTRADOS EN LA HCP	FRECUENCIA	PORCENTAJE
UN CONTROL	25	25%
DOS CONTROLES	20	20%
TRES CONTROLES	20	20%
CUATRO A MAS	35	35%
TOTAL	100	100%

Fuente: Expedientes Clínicos de Pacientes en Estudio

TABLA 8: IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES SOCIALES QUE SE REGISTRARON EN EL EXPEDIENTE DE LAS EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ALTAGRACIA EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2016.

FACTORES SOCIALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	5	5%
NO	95	95%
TOTAL	100	100%

Fuente: Expedientes Clínicos de Pacientes en Estudio

TABLA 9: CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DEL EMBARAZO EN EL EXPEDIENTE CLINICO ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALTAGRACIA EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2016.

CLASIFICACIÓN DEL EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	15	15%
NO	85	85%
TOTAL	100	100%

Fuente: Expedientes Clínicos de Pacientes en Estudio

TABLA 10: EXAMEN FISICO COMPLETO DE LAS EMBARAZADAS REGISTRADO EN EL EXPEDIENTE CLINICO ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALTAGRACIA EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2016.

EXAMEN FÍSICO GENERAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	10	10%
NO	90	90%
TOTAL	100	100%

Fuente: Expedientes Clínicos de Pacientes en Estudio

TABLA 11: FCF QUE SE REGISTRARON EN LA HOJA DE HCP DE LAS MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALTAGRACIA EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2016.

FCF	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	70	70%
NO	25	25%
NO APLICA	5	5%
TOTAL	100	100%

Fuente: Expedientes Clínicos de Pacientes en Estudio

TABLA 12: DETERMINA LA PRESENTACIÓN FETAL EN LA HOJA DE HCP DE LAS EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALTAGRACIA EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2016.

DETERMINA PRESENTACIÓN FINAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	65	65%
NO	30	30%
NO APLICA	5	5%
TOTAL	100	100%

Fuente: Expedientes Clínicos de Pacientes en Estudio

TABLA 13: ALTURA DE FONDO UTERINO QUE SE REGISTRARON EN LA HOJA DE HCP DE LAS EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALTAGRACIA EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2016

AFU	Frecuencia	Porcentaje
SI	75	75%
NO	20	20%
NO APLICA	5	5%
TOTAL	100	100%

Fuente: Expedientes Clínicos de Pacientes en Estudio.

TABLA 14: SIGNOS VITALES QUE SE REGISTRARON EN LA HOJA DE HCP DE LAS EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALTAGRACIA EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2016

SIGNOS VITALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	40	40%
NO	60	60%
TOTAL	100	100%

Fuente: Expedientes Clínicos de Pacientes en Estudio.

TABLA 15: DETERMINAN LA SITUACIÓN FETAL EN LA HOJA DE HCP DE LAS EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALTAGRACIA EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2016.

DETERMINAN SITUACIÓN FETAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	70	70%
NO	25	25%
NO APLICA	5	5%
TOTAL	100	100%

Fuente: Expedientes Clínicos de Pacientes en Estudio.

TABLA 16: CONSEJERÍA SOBRE SIGNOS Y SINTOMAS DE PELIGRO DURANTE EL EMBARAZO ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALTAGRACIA EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2016.

CONSEJERÍA DE SIGNOS Y SINTOMAS DE PELIGRO DURANTE EL EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	5	5%
NO	95	95%
TOTAL	100	100%

Fuente: Expedientes Clínicos de Pacientes en Estudio.

TABLA 17: INSTRUCCIONES PARA EL PLAN PARTO DURANTE EL EMBARAZO ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALTAGRACIA EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2016.

INSTRUCCIONES PARA EL PLAN PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0%
NO	100	100%
TOTAL	100	100%

Fuente: Expedientes Clínicos de Pacientes en Estudio.

TABLA 18: CONSEJERÍA DE LACTANCIA MATERNA DURANTE EL EMBARAZO ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALTAGRACIA EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2016.

CONSEJERÍA SOBRE LACTANCIA MATERNA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	10	10%
NO	90	90%
TOTAL	100	100%

Fuente: Expedientes Clínicos de Pacientes en Estudio.

TABLA 19: PERSONAL TRATANTE EN LAS EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALTAGRACIA EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2016.

PERSONAL TRATANTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MG	36	36%
MSS	39	39%
ENFERMERÍA	25	25%
TOTAL	100	100%

Fuente: Expedientes Clínicos de Pacientes en Estudio.

TABLA 20: RECIBIERON ATENCIÓN ESPECIALIZADA LAS EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALTAGRACIA EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2016.

RECIBIERON ATENCIÓN ESPECIALIZADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0%
NO	100	100%
TOTAL	100	100%

Fuente: Expedientes Clínicos de Pacientes en Estudio.

TABLA 21: CUMPLIMIENTO DE LA NORMA EN LAS EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ALTAGRACIA EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2016.

CUMPLIMIENTO DE LA NORMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CUMPLE	5	5%
NO CUMPLE	95	95%
TOTAL	100	100%

Fuente: Expedientes Clínicos de Pacientes en Estudio