



APLICACIÓN DE LAS NORMAS DEL
CONTROL PRENATAL POR EL
PERSONAL MÉDICO DEL CENTRO DE
SALUD JOSÉ SHENDEL, EL REALEJO,
CHINANDEGA, EN EL PERIODO DE
ENERO A DICIEMBRE 2007.

*Por: Carol Zamora González
y Dr. Vernon Halleslevens
5 de Agosto 2008*



INDICE

Contenido	Página
I. Introducción.....	1
II. Antecedentes y Justificación	3
III. Objetivos.....	8
IV. Marco teórico	9
V. Diseño metodológico.....	21
5.1 Tipo de Estudio	21
5.2 Población de estudio.....	21
5.3 Operacionalización de variables.....	21
5.4 Obtención de la información.....	25
5.5 Procesamiento y Análisis de la información.....	25
5.6 Aspectos éticos.....	25
VI. Resultados.....	26
VII. Discusión.....	38
VIII. Conclusiones.....	41
IX. Recomendaciones.....	42
X. Bibliografía.....	43
XI. Anexos	

RESUMEN

El presente estudio fue realizado con el objetivo de evaluar la aplicación de las normas del Control Prenatal de bajo riesgo por el personal médico del Centro de Salud El Realejo, José Shendell, Chinandega, en el período comprendido de Enero a Diciembre 2007. Se decidió llevar a cabo el estudio en este centro de salud dado que a la fecha no existe en ningún estudio que oriente la mejora del cumplimiento de las normas del Control Prenatal y conociendo la importancia de esto en la disminución de la tasa de morbimortalidad materno-infantil, como punto principal en la evaluación de desarrollo de un país, el presente trabajo es necesario como parámetro de referencia para la evaluación del programa de atención a la mujer embarazada que se ejecutan en esta unidad de salud de atención primaria.

Es de carácter descriptivo basado en un estudio de seguimiento de una cohorte de embarazadas. Está conformado por 49 mujeres embarazadas que fueron captadas para formar parte del estudio al momento que asistieron a la primera consulta prenatal al centro de salud El Realejo en el período de enero a marzo de 2007 y que se le dio seguimiento según registro de expedientes en las consultas subsecuentes hasta la consulta puerperal.

Se observa que el grupo etáreo que predomina es la edad de 19 a 24 años (51%), seguida de las edades de 13 a 18 (27%). El grado de escolaridad de mayor prevalencia es la primaria con un 51 % de las pacientes estudiadas. El estado civil que más se presentó fue unión libre. La procedencia de las mujeres fue en un 53% de área urbana y un 47% de área rural. Se identificó la ocupación de las embarazadas y prevalecieron las amas de casa (68%). Se observó que el 80 % de las embarazadas asistieron por lo menos a cuatro controles prenatales.

El MINSA ha establecido la edad gestacional adecuada para cada consulta prenatal, en este estudio se observó que a la primera consulta acuden el 81% en la edad gestacional adecuada, sin embargo se observa que a la segunda consulta prenatal asistieron a la edad establecida menos del 50% de las embarazadas, en el tercer y cuarto control se

identificó que más del 60% de las embarazadas acudieron oportunamente según la edad gestacional.

Se evaluó el cumplimiento de las actividades que debe realizar el personal médico en la primera consulta prenatal y se encontró que hay actividades como el diagnóstico clínico de embarazo, la medición de talla, y la indicación del tipo y Rh que se cumplieron en más del 90% de los casos, procedimientos como la aplicación de la vacuna antitetánica y el examen de mamas se cumplió entre el 65 y el 70%. Hay actividades como el examen odontológico, la consejería en relación al VIH, y la toma de PAP donde los resultados son insatisfactorios, con porcentajes menores al 50%.

También se evaluaron las actividades que deben de realizarse en cada consulta y se evidenció un cumplimiento satisfactorio tanto en la medición de peso y PA como en la indicación de hierro y ácido fólico (95 – 100), la evaluación del crecimiento fetal y el contenido educativo fueron actividades que se mostraron con porcentajes aceptables (80 – 90) por otra parte se encontró que hasta en un 34% de las embarazadas no se les realizó un examen físico completo en la primera consulta y la evaluación del riesgo perinatal es deficiente hasta en el 25% de las segunda y tercera consulta prenatal.

La indicación de examen general de orina se realizó en 93% de las pacientes que asistieron al primer control, el 55% de las pacientes que asistieron al segundo control y el 84% de las que asistieron al tercer control.

Respecto a los exámenes de laboratorio que deben indicarse se encontró que en la primera consulta se cumplió la indicación de hemoglobina en un 94% de los casos, glicemia en el 80%, y VDRL en el 92% de la primera consultas. En la tercera consulta la hemoglobina fue indicada en el 78%, glicemia se registró en el 55% y el VDRL en el 73%.

En la segunda consulta el diagnóstico de vida fetal se realizó en el 73%, el diagnóstico de número de fetos fue realizado en el 56%. En la tercera consulta el diagnóstico de vida fetal se efectuó en el 95%, el diagnóstico de número de fetos en el 76% y el diagnóstico de presentación fetal en el 55%. En la cuarta consulta se registró el diagnóstico de vida fetal en el 97%, el diagnóstico de número de fetos fue realizado en

casi el 72%, y se efectuó el diagnóstico de presentación fetal en el 79%. En la cuarta consulta esta indicada la valoración por ginecología y se encontró que esta fue omitida en el 38% y la valoración pélvica que también esta indicada no se realizó en el 79%.

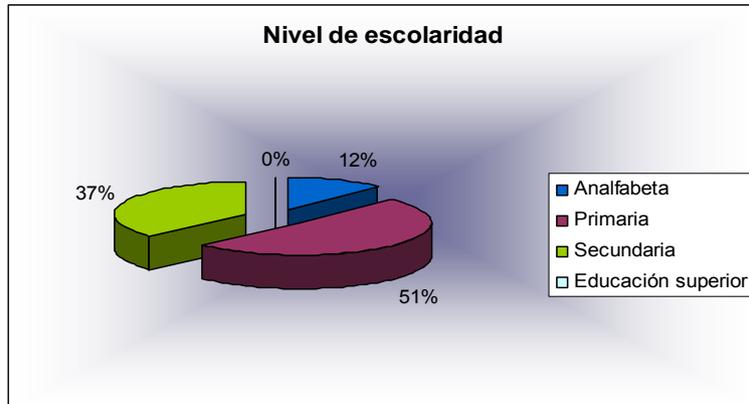
La mayoría de los partos fueron por vía vaginal y las embarazadas tuvieron bebés adecuados para edad gestacional, y puerperios fisiológicos.

En general las recomendaciones del estudio orientan a actualizar y fortalecer el conocimiento de los médicos que brindan la atención prenatal en el centro de salud y a aumentar las actividades de promoción para la asistencia al segundo, tercero y cuarto Control Prenatal.

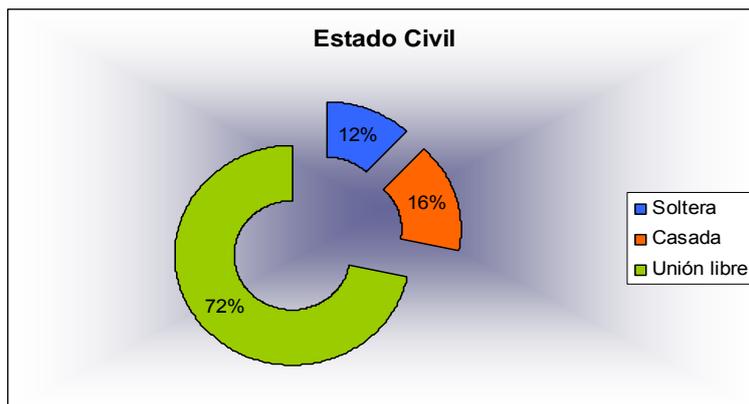
XI. Anexos

Gráficos

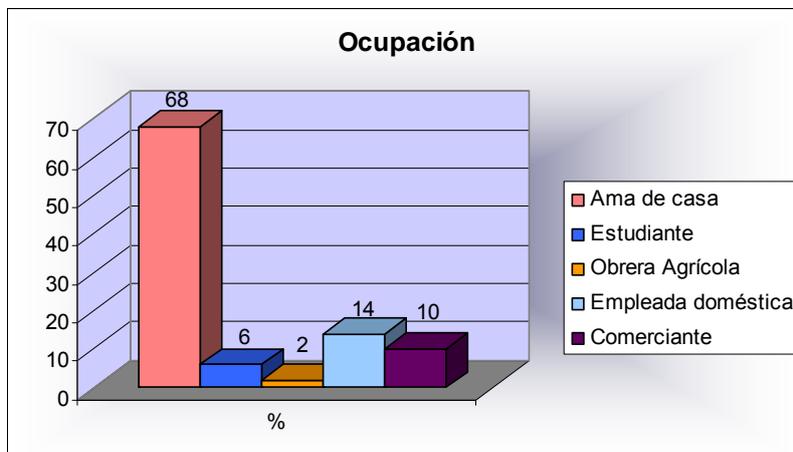
Nivel de escolaridad de las embarazadas que asistieron al Control Prenatal en el Centro de Salud José Shendell, Realejo, Chinandega, Enero a Diciembre 2007.



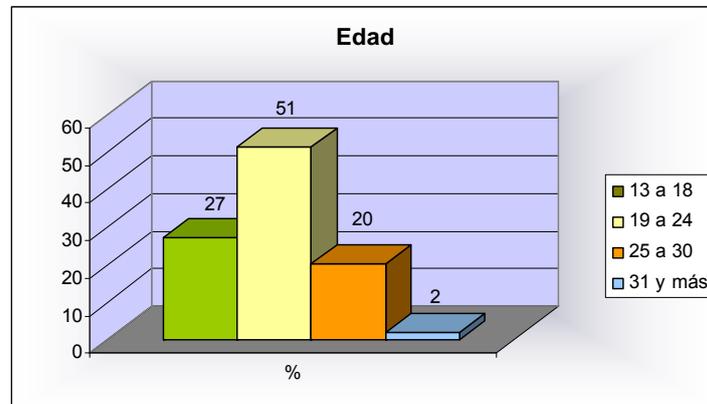
Estado Civil de las embarazadas que asistieron al Control Prenatal en el Centro de Salud José Shendell, Realejo, Chinandega, Enero a Diciembre 2007.



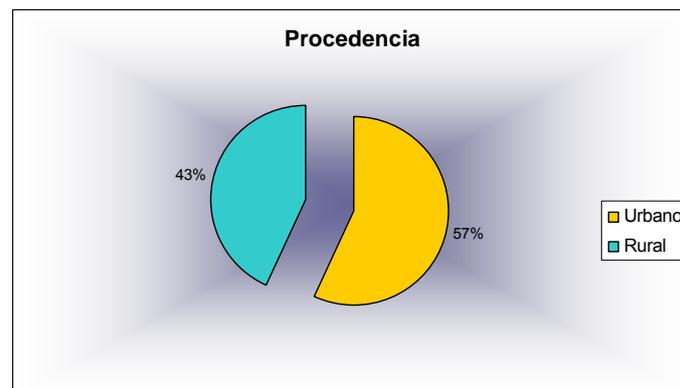
Ocupación de las embarazadas que asistieron al Control Prenatal en el Centro de Salud José Shendell, Realejo, Chinandega, Enero a Diciembre 2007.



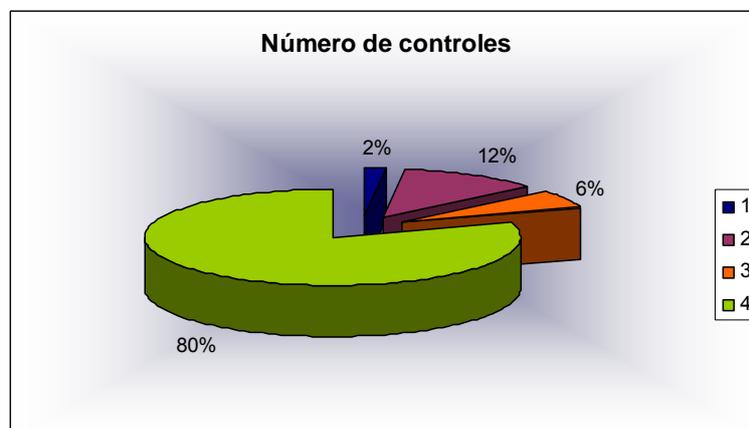
Edad de las embarazadas que asistieron al Control Prenatal en el Centro de Salud José Shendell, Realejo, Chinandega, Enero a Diciembre 2007.



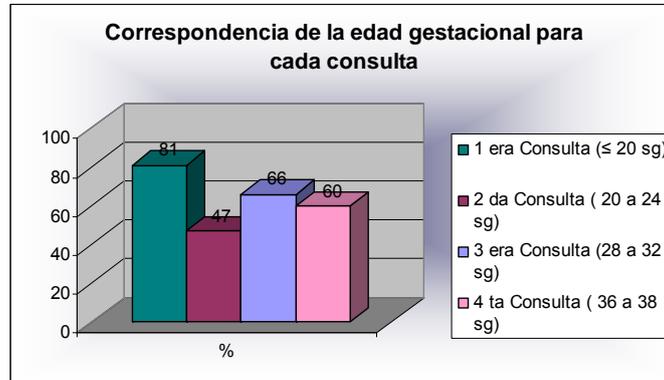
Procedencia de las embarazadas que asistieron al Control Prenatal en el Centro de Salud José Shendell, Realejo, Chinandega, Enero a Diciembre 2007.



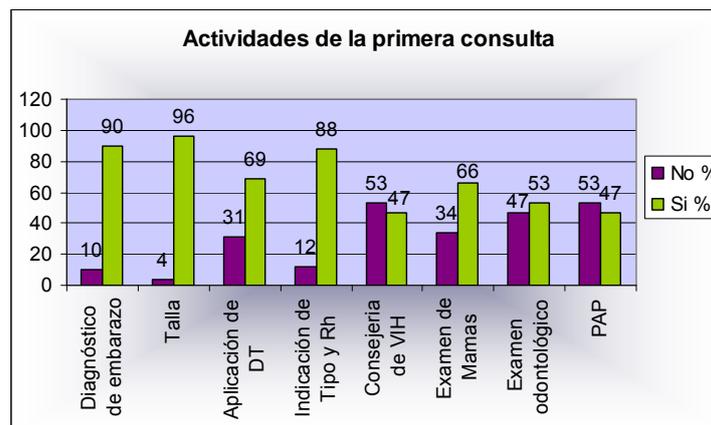
Número de controles prenatales realizados por las embarazadas del Centro de salud José Shendell, Realejo, Chinandega, Enero a Diciembre 2007.



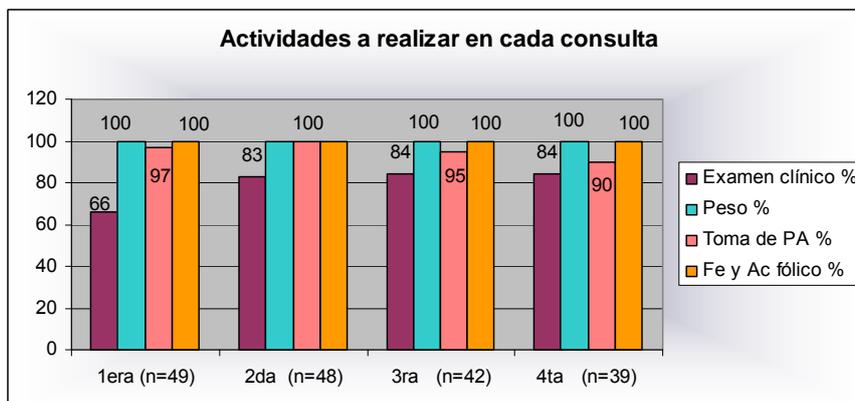
Correspondencia de edad gestacional y consulta prenatal realizada por cada paciente embarazada en el Centro de salud José Shendell, Realejo, Chinandega. Enero a Diciembre 2007.



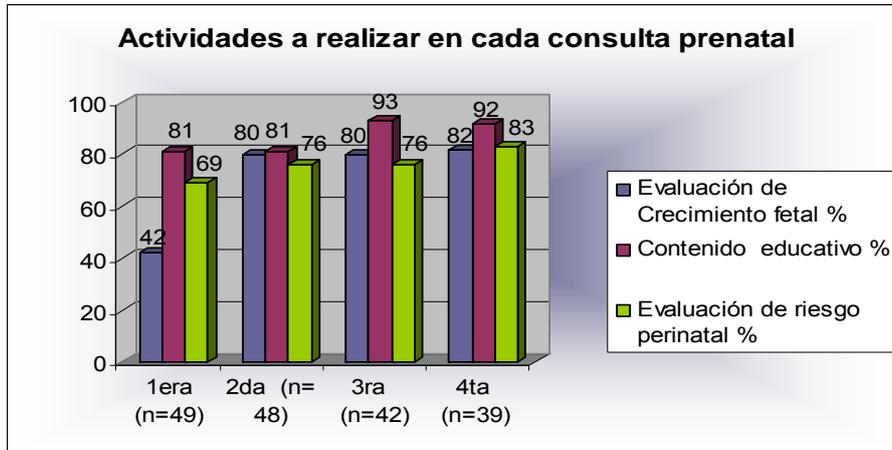
Actividades que deben de realizarse en la primera consulta del Control Prenatal en el Centro de salud José Shendell, Realejo, Chinandega, Enero a Diciembre 2007.



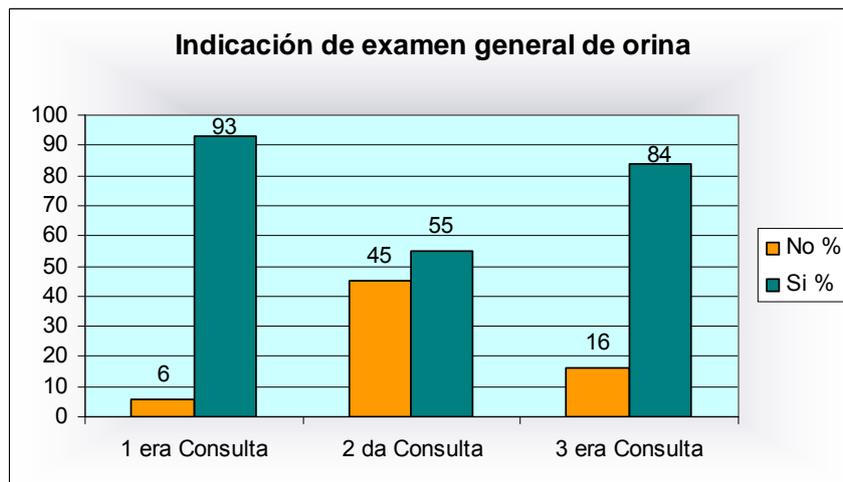
Registro de procedimientos que se realizaron en cada consulta del Control Prenatal en el Centro de salud José Shendell, Realejo, Chinandega, Enero a Diciembre 2007.



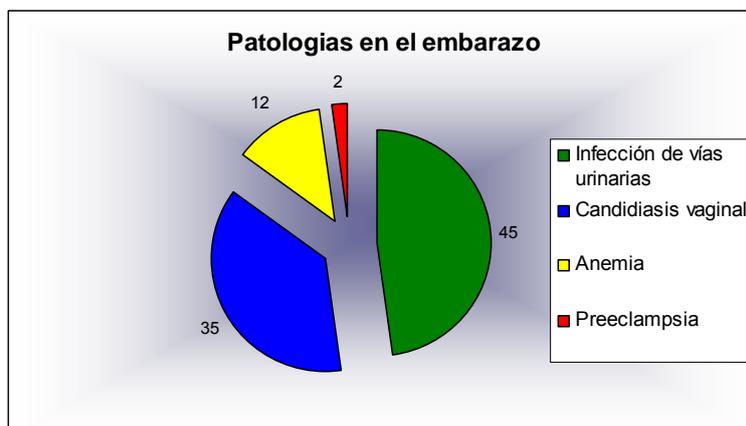
Registro de actividades que se realizaron en cada consulta del Control Prenatal en el Centro de salud José Shendell, Realejo, Chinandega, Enero a Diciembre 2007.



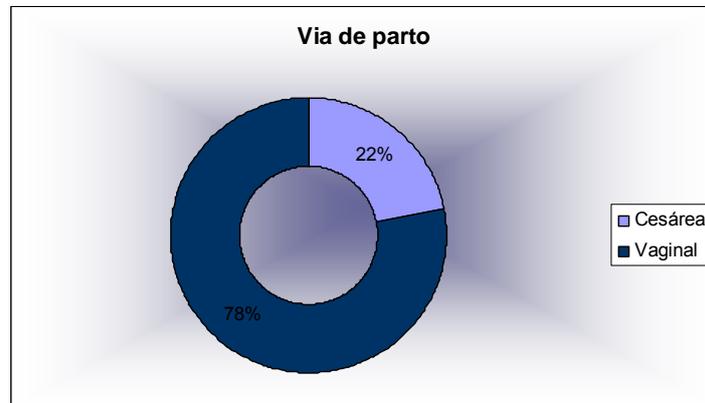
Indicación de examen general de orina registrada en el expediente en la primera, segunda y tercera consulta prenatal en el Centro de salud José Shendell, Realejo, Chinandega, Enero a Diciembre 2007.



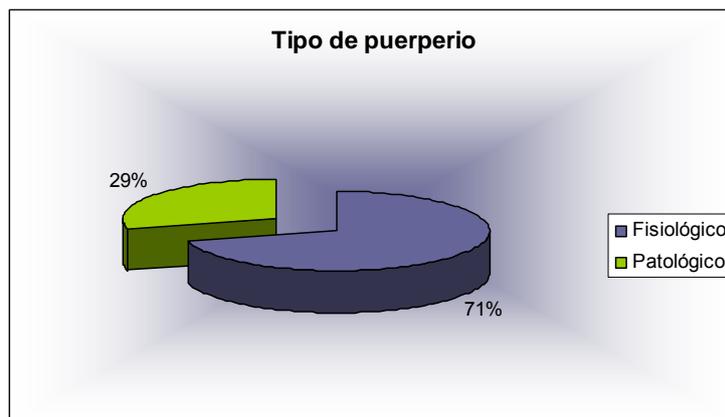
Número de pacientes que presentaron patologías durante el embarazo en el Centro de Salud José Shendell, Realejo, Chinandega, Enero a Diciembre 2007.



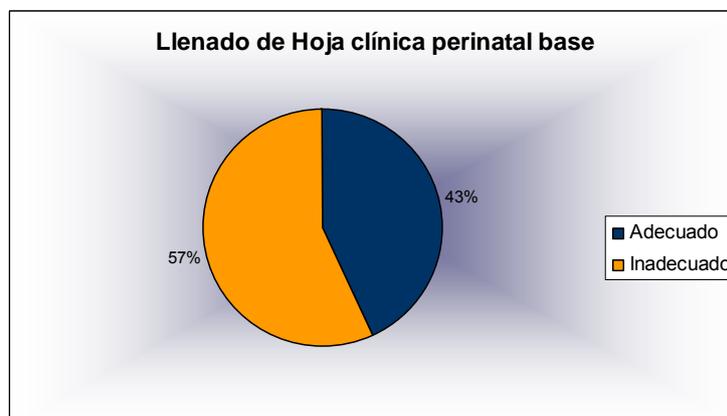
Vía de Parto de las embarazadas que asistieron al Control Prenatal en el Centro de Salud José Shendell, Realejo, Chinandega, Enero a Diciembre 2007.



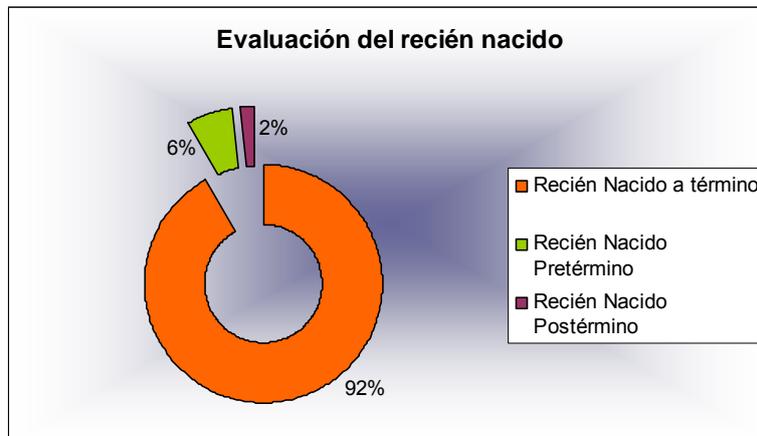
Tipo de Puerperio que presentaron las embarazadas que asistieron al Control Prenatal en el Centro de Salud José Shendell, Realejo, Chinandega, Enero a Diciembre 2007.



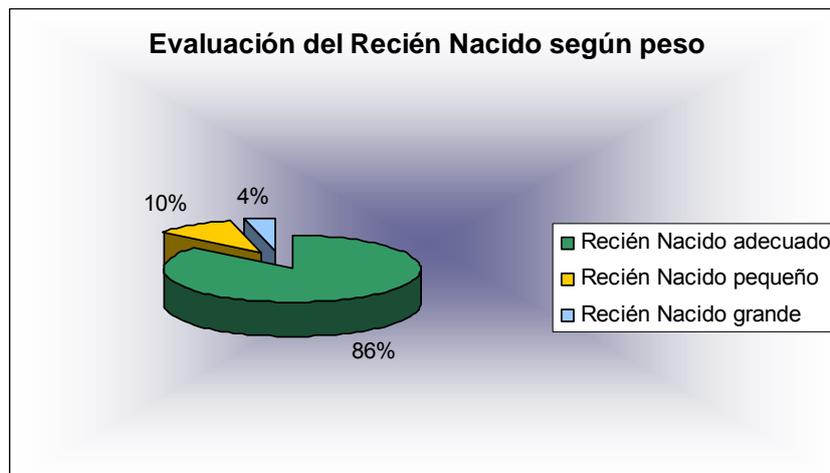
Evaluación de llenado de la Hoja Clínica Perinatal Base de los Controles Prenatales realizados en el Centro de Salud José Shendell, Realejo, Chinandega, Enero a Diciembre 2007.



Evaluación del recién nacido según edad gestacional al parto y peso realizada en la consulta puerperal en el Centro de Salud José Shendell, Realejo, Chinandega, Enero a Diciembre 2007.



Evaluación del recién nacido según peso al parto realizada en la consulta puerperal en el Centro de Salud José Shendell, Realejo, Chinandega, Enero a Diciembre 2007.



I. INTRODUCCIÓN

Los países en desarrollo poseen 76% de la población del mundo y aportan 99% de muertes maternas (Organización Mundial de la Salud, OMS). América Latina contribuye en un 4% del total de mujeres que fallecen por esta causa.

La mortalidad materna es un indicador de disparidad social y económica. Cada año en todo el mundo mueren cerca de 600,000 mujeres, entre 15 y 49 años, como resultado de complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio. Entre las principales causas destacan: hemorragia posparto (25%), sepsis (15%), eclampsia (12%) y labor prolongada o detenida (8%)

A pesar de múltiples esfuerzos, la mortalidad materna debida a complicaciones del embarazo y el parto continúa siendo alta y aun constituye una tragedia en varios países de América Latina y el Caribe. Se calcula que la razón global de mortalidad materna en estos países es de 190 por 100 000 nacidos vivos, lo que representa no solo una tragedia para las familias individuales sino también pérdidas para la sociedad. Las pérdida de vida a causa de complicaciones en el embarazo, la incidencia de morbilidad 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.

En Nicaragua la mortalidad materna es uno de los principales problemas de salud pública, aun cuando los esfuerzos emprendidos por el Ministerio de Salud y la cooperación internacional durante las últimas décadas han contribuido a reducir las cifras de este problema. En el 2004 la mortalidad materna oscila entre 80 y 90 por mil nacidos vivos, de los cuales 25-30% son madres adolescentes, 7 de cada 10 muertes maternas ocurren en zonas rurales y más pobres, los indicadores relacionados a la prevención como captación temprana, control prenatal y parto institucional tienen una tendencia negativa, a esto hay que agregarle un sub-registro de casos que se calculan en un 30%.

Estas cifras de mortalidad materna pueden reducirse mediante la mejora continua de la calidad del Control Prenatal. El presente trabajo tiene como propósito estudiar el

cumplimiento de las normas del Control Prenatal de bajo riesgo establecidas por el Ministerio de Salud de Nicaragua, además, identificar factores relacionados con las condiciones socio-demográficas que intervienen en el Control Prenatal y finalmente relacionar la aplicación de las normas en dicho control con los resultados del embarazo, el recién nacido y la salud de la gestante.

Como producto de este trabajo se presentan pautas y recomendaciones para mejorar el cumplimiento de las normas del Control Prenatal lo cual puede contribuir a la disminución de las complicaciones obstétricas y de las tasas de mortalidad materno-infantil de la población en general. Se oriento a dar respuesta a las siguientes preguntas:

- 1) Los médicos del Centro de Salud El Realejo realizan el control prenatal según las normas establecidas por el Ministerio de Salud?
- 2) Cuáles son los factores más importantes que influyen positiva o negativamente en que los médicos apliquen las normas del control prenatal?

El estudio se realizó en el Centro de Salud Jose Shendell el cual está ubicado en el municipio de El Realejo a 11km hacia el sur de Chinandega, es un puerto astillero colonial, donde la atención a la salud es accesible para la mayoría de la población tanto del área urbana como de la rural, y tiene la ventaja de estar a pocos kilómetros del segundo nivel de atención. Estas condiciones, en teoría, brindan a esta población mayor seguridad para el bienestar de las mujeres y los niños de esta zona.

II. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

Como respuesta para reducir los daños causados por la morbi-mortalidad materna, diferentes países apoyados por distintos organismos internacionales pusieron en marcha el “Programa para una Maternidad Segura (reunión Nairobi 1987). Nicaragua, como país participante en dicha reunión y comprometido con la salud materna ha realizado a través del Ministerio de Salud, como organismo rector, diversos esfuerzos para la reducción de la mortalidad materna y perinatal, entre éstos se pueden mencionar en orden cronológico los siguientes:

- Creación de la Comisión de Lucha Contra la Mortalidad Materna, 1992.
- Iniciativa de Hospitales Amigos de la Niñez y de la Madre. 1993.
- Adopción del Modelo de Atención Integral de la Niñez y Adolescencia, 1994. Se modifica el enfoque de atención materno-infantil por un enfoque de atención integral.
- Establecimiento de Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 1996 con el propósito de desarrollar un proceso continuo y sistemático de recolección, análisis, interpretación y difusión de los datos.
- Sistema de Vigilancia de Mortalidad Perinatal 1998
- Implementación de las Normas para la Atención Prenatal, Parto de bajo Riesgo y Puerperio. Normas de Planificación Familiar y Manual de Salud Reproductiva, así como Pautas Generales para la Organización y Atención de Emergencias Obstétricas en todos los SILAIS del país.

Nicaragua fue uno de los primeros países en incluir la prevención de la Mortalidad Materna en sus Políticas de Salud, establecidos en el Plan Maestro (1991 - 1996) en donde el tema de Mortalidad Materna fue prioritario.

Estas acciones ... “confluyeron en la elaboración de un Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil...”¹ de actual vigencia en las unidades de

¹ MINSA FNUAP Maternidad Segura, Evaluación de las Necesidades en los Servicios de Emergencia Obstétrica en diez departamentos de Nicaragua. Diciembre 2001

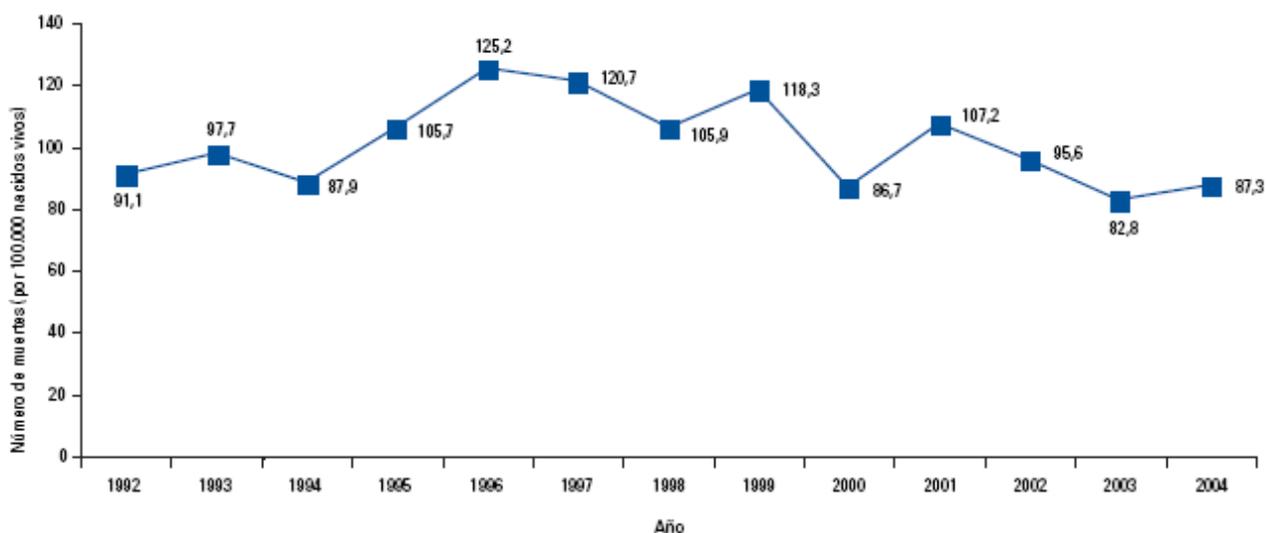
salud de Nicaragua. Este plan contempla entre sus líneas la implementación de la Estrategia de Maternidad Segura así como la movilización y organización comunitaria alrededor de los problemas de su comunidad y de la mortalidad materna.

Entre otras actividades del Plan de Reducción de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil, el Ministerio de Salud ha realizado diversas investigaciones que sirven como diagnóstico sobre el grado del cumplimiento del Plan. Los resultados globales revelan que aún se necesita realizar esfuerzos locales para mejorar el desempeño del personal de salud. Las limitaciones estructurales son importantes pero las evidencias reflejan que aún en las condiciones actuales se puede mejorar el control y vigilancia del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido. ²

Entre 1992 y 2005 la mortalidad materna en Nicaragua fluctuó hasta alcanzar cifras más altas en 1996, 1997 y 1999; en los últimos cinco años descendió y llegó a 87.3 por 100,000 habitantes en 2004. (Ver figura 1) La hemorragia posparto, con 48% de los casos, siguió siendo la primera causa de muerte materna, seguida de sepsis puerperal (15%) y eclampsia (14%) asociadas a altas tasas de fecundidad, bajo espaciamiento entre los nacimientos, limitada cobertura y calidad en los servicios de control prenatal, atención del parto y atención de las complicaciones. ³

FIGURA 1 TASA DE MORTALIDAD MATERNA

FIGURA 4. Tasa de mortalidad materna, Nicaragua, 1992–2004.



Fuente: Dirección de Estadísticas y Sistemas de Información del Ministerio de Salud de Nicaragua.

Las mujeres nicaragüenses siguen muriendo por causas relacionadas con el embarazo. El perfil de la mujer que muere por estas causas no ha cambiado mucho, en su mayoría siguen siendo las mujeres de las áreas rurales, entre 20 y 34 años, con bajo nivel de educación, bajo acceso a los servicios de salud que mueren durante el puerperio por complicaciones que producen una hemorragia. Lo que sí ha cambiado en los últimos tres años es el lugar de ocurrencia de la muerte, pasando a ocupar el primer lugar las muertes en las unidades de salud pública, atendidas por personal capacitado y no las muertes domiciliarias. Este dato es sumamente importante ya que significa que las intervenciones futuras deben enfocarse en asegurar la calidad de los servicios existentes, además de abordar la prevención primaria y secundaria.

En 2004, Murillo y Miranda, estudiaron la calidad del control prenatal en el Centro de Salud de Ciudad Sandino en Managua, a partir de distintos enfoques: “estructura”, “procesos” y “resultados”, tomaron en cuenta las siguientes variables: accesibilidad, disponibilidad, procedimientos o actividades que se realizan en el centro de salud, extensión y la intensidad del uso, utilización cuantitativa, utilización organizacional, productividad y rendimiento, y calidad la cual se define en términos de cuatro variables: 1) integridad, 2) contenido, 3) destreza y 4) oportunidad.

Es posible evaluar la calidad en términos de carácter técnico, de carácter humano y ambiental. Los elementos de carácter técnico tienen que ver con la eficacia clínica de los servicios. Los elementos humanos y ambientales determinan preferencialmente la satisfacción del usuario pero que pueden afectar de manera notable los resultados clínicos esperados.

El tiempo de espera y el hecho de no recibir completo el medicamento fueron determinantes en la percepción acerca de la atención prenatal. El 82.6% % de los que dijeron que la atención fue peor tuvieron un tiempo de espera mayor de 1 hora y el 58 % de los que percibieron que la atención fue mejor tuvieron un tiempo de espera menor de 1 hora. De igual forma, la mayoría de los que recibieron completo el medicamento consideraron que la calidad de atención en los servicios había mejorado en comparación con los que no recibieron completo el medicamento que consideró que no mejoró.

El estudio en mención muestra que hay una clara asociación estadística entre recibir explicación acerca de los signos y síntomas de riesgo con identificarlos. Existe casi 7 veces (OR = 6.84; [IC= 2.68, 17.90]) mas posibilidades de que los que recibieron explicación sobre signos y síntomas de riesgo los conozcan en relación con los que no recibieron explicación. Lo que demuestra la importancia de la explicación sobre los signos y síntomas de riesgo en un embarazo, actividad que debe realizarse durante el CPN.

En cuanto a la calidad técnica desde los usuarios internos (personal de salud que brinda atención a las mujeres embarazadas) se encontró que la mayoría son médicos generales con alguna capacitación en el manejo de las normas de CPN pero no cuentan con la experiencia suficiente para garantizar el adecuado cumplimiento de las técnicas de Control Prenatal.

Este estudio concluye señalando que los principales problemas que impiden una atención prenatal de calidad según opinión de los prestadores fueron: la presión existente por numero de pacientes, falta de medicamentos, insumos y equipos, poco tiempo para brindar una atención con calidad, actitud institucional, poco estímulo y satisfacción profesional, falta de capacitación técnico científica, situación económica de las pacientes, accesibilidad de los servicios de salud.⁴

En el año 2004 el Ministerio de Salud publicó la segunda edición de Estándares e Indicadores de Calidad de Procesos de Atención de la Embarazada y del Recién Nacido con el objetivo apoyar el Plan Nacional para la reducción de la Mortalidad Materna, Perinatal e Infantil a través de la capacitación del personal de las unidades de salud para lograr lo siguiente:

1. El fortalecimiento del sistema de información y vigilancia.
2. El desarrollo de procesos de comunicación y movilización social que sensibilicen a la población en la prevención de la Mortalidad.
3. La promoción de la creación de redes comunitarias para el desarrollo de acciones de promoción y prevención.

⁴ Murillo Liam, Miranda Walter. Calidad del Control Prenatal en el Centro de Salud Ciudad Sandino. Managua Noviembre 2004.

Estos estándares e indicadores de calidad contienen detalladamente el diseño muestral para la vigilancia de los mismos, los criterios de inclusión para la selección de los expedientes clínicos, la formula indicada para la obtención del universo y muestra para la medición de indicadores de calidad y los instrumentos para monitorear tanto el primer nivel como el segundo nivel de atención para la reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal.

A pesar de estos esfuerzos, de vigilancia aún se encuentran vacíos en los diferentes niveles de atención respecto a la evaluación del seguimiento de la embarazada.⁵

Dado que a la fecha no existe en el Centro de Salud de El Realejo ningún estudio que oriente la mejora del cumplimiento de las normas del Control Prenatal y conociendo la importancia de esto en la disminución de la tasa de morbimortalidad materno-infantil, como punto principal en la evaluación de desarrollo de un país, el presente estudio es necesario como parámetro de referencia para la evaluación del programa de atención a la mujer embarazada que se ejecutan en esta unidad de salud de atención primaria.

Por otro lado, se requiere identificar las fortalezas y determinar las debilidades, de esta forma se obtendrá mejoría en este programa logrando hacer los esfuerzos del personal de atención lo mas eficientes posibles, obteniendo así el beneficio de nuestra población.

Finalmente además de servir como parámetro, funcionará como una guía de evaluación y monitoreo para el programa de Control Prenatal ya que el diseño y ejecución de este estudio puede ser fácilmente replicable en este y otros centros de salud el país y de esta forma se lograra vencer una de las barreras de la atención prenatal efectiva que son algunas deficiencias en conocimientos y practicas por el equipo de salud.

⁵ Ministerio de Salud. Estandares e Indicadores de Calidad de Proceso de Atención de la Embarazada y del Recién Nacido. 2da Edición feb 2004

III. OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar la aplicación de las normas del Control Prenatal de bajo riesgo por el personal médico del Centro de Salud El Realejo, José Shendell, Chinandega, en el período comprendido de Enero a Diciembre 2007.

Objetivos Específicos

1. Describir los factores socio demográficos de las pacientes en estudio.
2. Evaluar el registro en el expediente clínico y/o en la Hoja Clínica Perinatal Base (HCPB) de las actividades realizadas en cada consulta prenatal según la norma establecida por el Ministerio de Salud de Nicaragua.
3. Identificar los aspectos de la norma del Control Prenatal que tienen mayor dificultad para su cumplimiento en el Centro de Salud el Realejo.
4. Relacionar la aplicación de la norma en la tercera y cuarta consulta del Control Prenatal con las características del recién nacido según peso y edad gestacional.

IV. MARCO DE REFERENCIA

El embarazo y el parto son procesos naturales pero no libres de riesgo, necesitan vigilancia y cuidado de salud, sin embargo, cada año mueren más de medio millón de mujeres por complicaciones del embarazo y el parto. Muchas de esas muertes ocurren por falta de acceso a los cuidados básicos de salud, y otras ocurren por controles prenatales deficientes.

“En los países en desarrollo muere una mujer de cada doce, (una de cada siete en África) debido a algún problema relacionado con el embarazo”... ¹ “En América Latina existen diferencias en la tasa de mortalidad que presentan los países: mientras Chile tiene una tasa de 22.6x100,000 NV (1996), Cuba de 30 y Costa Rica de 45, en los últimos años en Centroamérica, Nicaragua junto a Guatemala, El Salvador y Honduras, han mantenido los mayores índices de la región superiores a 100x100,000 NV.” ¹

Para reducir la mortalidad materna a través de la disminución de la incidencia de complicaciones obstétricas, se hace indispensable la atención prenatal, la cual se define como... “una serie de contactos, entrevistas, o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo en salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la maternidad”. ²

Un control prenatal exitoso es en el que se logra un seguimiento satisfactorio del embarazo y por ende se obtiene un buen estado de salud para la madre, un parto fisiológico y un recién nacido a término adecuado para la edad gestacional. “La subutilización de la atención prenatal ha sido encontrada con una gran correlación de partos con mayores riesgos”. ³

Según la Normas para la Atención Prenatal Parto de Bajo Riesgo y Puerperio del Ministerio de Salud ², Una atención prenatal debe cumplir con cinco requisitos básicos:

Precoz: Primera consulta durante los 3 primeros meses del retraso menstrual.

Periódico: Las consultas se programan según los riesgos de cada mujer embarazada.

Aquellas de bajo riesgo se deben programar al menos 4 controles.

Completo: El contenido mínimo de las consultas debe garantizar acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Amplia cobertura: Cada territorio debe conocer a todas sus embarazadas y los embarazos esperados. Se deben plantear metas de coberturas. Lo ideal sería controlar al 100% de las embarazadas, si es menor de la meta, aplicar metodología del enfoque de riesgo.

Gratuidad: Incluyendo los exámenes de laboratorio básicos.

Aunado a la información sobre las tasas de mortalidad neonatal e infantil, la cobertura del control prenatal permite identificar los subgrupos de mujeres cuyos hijos enfrentan un mayor riesgo potencial por el no uso de los servicios de salud y así planificar mejoras en los servicios tanto de cobertura como de calidad.

Desde 1980, los servicios públicos nicaragüenses han asumido la casi totalidad de la atención prenatal y del parto, vale mencionar que en los últimos años, la atención del sector privado, en particular las ONG's han venido ganando terreno. Los servicios del sector público buscan asegurar un nivel mínimo de atención para los casos de bajo riesgo y cuando existen factores de alto riesgo, lo transfieren al nivel de complejidad que su grado de riesgo lo requiera. Los servicios privados, teóricamente, están regidos por las mismas normas de atención y deben de seguir procedimientos similares.⁴

Entre las normas vigentes del Ministerio de Salud, está brindar como mínimo 4 controles a un embarazo de bajo riesgo, el primero debe realizarse en el primer trimestre de embarazo, el segundo en las semanas 20-24, el tercero en las semanas 28-32 y el cuarto en las semanas 36-38. Tener el primer control temprano, en la edad gestacional estipulada, da ventajas para la salud de la mujer, permite establecer una línea de base del embarazo y así los trabajadores de la salud tienen más facilidades para detectar cualquier anomalía y actuar en función de prevenir o solucionar. Está demostrada la correlación entre subutilización de la atención prenatal y partos con mayores riesgo y viceversa.

La ENDESA 2001 reportó que el 72 por ciento de las mujeres tiene al menos 4 controles lo que representa un avance desde 1998, cuando sólo el 62 por ciento de las mujeres embarazadas, reportó cuatro o más controles. El informe de avances de

ENDESA 2006-2007 ha encontrado un nuevo incremento en este registro, ... “el 78 por ciento de las mujeres tiene al menos 4 controles...”³ y ...”el 91 por ciento de los embarazos del último hijo, en los cinco años anteriores a la encuesta, tuvo al menos un control, lo que representa un aumento importante en todas las categorías, desde 1998 y 2001”³

Según el informe antes referido los... “avances registrados, no son solamente cuantitativos sino cualitativos, dado que el 90 por ciento de los controles han sido brindados por personal calificado, médico general, ginecoobstetra, enfermera o auxiliar de enfermería. En el área urbana, esta cobertura llega al 95 por ciento, pero en la rural, es menor, al 86. En el extremo contrario a los grupos de alta cobertura en atención prenatal por personal calificado, se encuentran las mujeres multíparas, las pobres y las residentes en las regiones autónomas del Atlántico, cuya cobertura de atención prenatal además de ser de las más bajas (menos del 80 por ciento), la atención calificada es la más baja, en las regiones autónomas, anda alrededor del 75 por ciento y entre las multíparas y las más pobres, alrededor del 80”.³

Sin embargo, la calidad de la atención prenatal no está determinada únicamente por el personal quien brinda el servicio sino más bien por el cumplimiento efectivo de las actividades que fomenten la protección, recuperación y rehabilitación de la salud materno-infantil. Entre los principales componentes del control prenatal se encuentran el interrogatorio (para conocer los antecedentes en salud, familiares y personales y la evolución del embarazo en curso), el examen clínico general, el examen odontológico, los exámenes de laboratorio (sangre, orina y papanicolau), el suministro de micronutrientes, de inmunizaciones y de consejería.

Actividades durante el Control Prenatal

a. Administración de ácido fólico y hierro en el período preconcepcional y en el primer trimestre del embarazo.

Está demostrado científicamente que el ácido fólico reduce la incidencia de los defectos del tubo neural y la hemoglobina mejora en las pacientes a las que se les suministra un suplemento de hierro durante el embarazo. La dosis diaria es de 60 mg de hierro elemental y 400 mg de ácido fólico

b. Categorización de la embarazada según el riesgo, examen físico y llenado de la Hoja Clínica Perinatal Base.

La historia clínica es la mejor fuente de información para detectar y evaluar los riesgos por enfermedades previas de la gestante o el desarrollo de patologías durante la gestación. Permite planificar el seguimiento, los estudios a realizar y las intervenciones que deriven de la evolución del embarazo. La historia clínica perinatal permite realizar diagnósticos de situación e intervenciones apropiadas. Utiliza el enfoque de riesgo que se fundamenta en la probabilidad que tienen algunas embarazadas de padecer un daño determinado.

c. Evaluación en cada consulta de factores de riesgo.

Características individuales o condiciones socio demográficas desfavorables

- Edad menor de 17 años o mayor de 35 años.
- Ocupación: esfuerzo físico, carga horaria, exposición a agentes físicos, químicos y biológicos, estrés.
- Desempleo personal y/o familiar.
- Situación inestable de la pareja.
- Baja escolaridad.
- Talla inferior a 150 cm.
- Peso menor de 45 kg.
- Dependencia de drogas ilícitas y abuso de fármacos en general.
- Violencia intrafamiliar.

Historia reproductiva anterior

- Muerte perinatal en gestación anterior.
- Recién Nacido con peso al nacer menor de 2.500 g o igual o mayor de 4.000 g.
- Aborto habitual o provocado.
- Cirugía uterina anterior.
- Hipertensión.
- Nuliparidad o multiparidad.
- Intervalo inter-genésico menor de 2 años.
- Desviaciones obstétricas en el embarazo actual

- Desviaciones en el crecimiento fetal, número de fetos o del volumen del líquido amniótico.
- Ganancia de peso inadecuado.
- Amenaza de parto de pretérmino o gestación prolongada.
- Preeclampsia.
- Hemorragias durante la gestación.
- Madre con factor Rh negativo con o sin sensibilización.
- Óbito fetal.

Enfermedades clínicas

- Cardiopatías.
- Neuropatías.
- Nefropatías.
- Endocrinopatías.
- Hemopatías.
- Hipertensión arterial.
- Epilepsia.
- Enfermedades infecciosas.
- Enfermedades autoinmunes.
- Ginecopatías.
- Anemia

d. Programación de cronograma de controles prenatales. Idealmente, el control prenatal se debe de realizar con la siguiente frecuencia: una vez cada cuatro semanas hasta la semana 28, de 28 a 32 semanas cada 3 semanas, de 32 a 36 cada 2 semanas y de 36 al parto 1 vez por semana.

e. Determinación del grupo sanguíneo y el factor Rh.

Esto es de vital importancia ya que en caso de que la paciente sea RH negativo se debe realizar prueba de Coombs indirecta. Si no estuviera sensibilizada, está indicada la profilaxis con la vacuna anti-D.

f. Evaluación del estado nutricional materno.

Para dicha evaluación al ingreso de la gestante al control prenatal debe de determinarse el índice de masa corporal y en las consultas posteriores está indicado pesar a la gestante y de esta manera determinar si la ganancia de peso es satisfactoria. La mayoría de las mujeres tienen un conocimiento nutricional inadecuado y su ingreso dietario no responde a los requerimientos nutricionales del embarazo. La dieta deberá proveer un ingreso incrementado de ciertos nutrientes, especialmente proteínas, calcio, hierro y ácido fólico.

g. Consejería general.

Un adecuado soporte y una efectiva educación juegan un rol sumamente importante en el cuidado de la mujer embarazada. Se debe informar acerca de las características del desarrollo del embarazo normal y los signos de alejamiento de esa normalidad así como preparar a la embarazada y su pareja para cada etapa en el camino hacia su maternidad/paternidad.

Según las normas del Ministerio de Salud, en el primer trimestre se debe aconsejar respecto a:

- Higiene.
- Signos y síntomas de complicaciones más frecuentes durante los primeros tres meses, explicando lo que debe hacer.
- La importancia del control del embarazo.
- Orientación para una mejor nutrición con alimentos disponibles.
- Consejería sobre VIH

Durante el segundo y tercer trimestre del embarazo la consejería durante el control prenatal debe estar orientada a enfatizar:

- Importancia de cumplir con las indicaciones y el tratamiento.
- Preparación para el amamantamiento.
- Ejercicios de flexibilidad.
- Signos de alerta o complicaciones en este período y sobre todo lo que se debe de hacer.

- Preparación para el parto, cómo se inicia, cuándo y dónde acudir, según su riesgo y circunstancias (acceso, distancia, etc.) e insistir sobre la importancia de que el parto sea institucional

La consejería muchas veces se subestima o se considera como una actividad irrelevante, pero en los últimos tiempos ha cobrado mayor importancia y se considera indispensable para que la mujer de un seguimiento apropiado a su embarazo e identifique cualquier signo de anormalidad, principalmente a las mujeres con embarazo de alto riesgo.

h. Control riguroso de la presión arterial.

El objetivo es detectar las elevaciones de presión arterial lo que permite realizar un diagnóstico oportuno de preeclampsia grave/eclampsia ya que dicha patología tiene una alta tasa de mortalidad materna y perinatal si no se la detecta y trata rápidamente. La tensión arterial se debe correlacionar con hemoconcentración, aumento de peso excesivo (edemas) y aparición de proteinuria.

i. Determinación hemoglobina, VDRL, Examen general de orina, VIH, Tipo y Rh, Glicemia.

Estas determinaciones son necesarias para diagnosticar diversas patologías que pueden poner en riesgo el curso del embarazo

Diagnóstico de Sífilis: El *Treponema pallidum* puede atravesar la placenta e infectar al feto causando aborto, muerte fetal, malformaciones y complicaciones neonatales. Los riesgos maternos y fetales disminuyen significativamente cuando la embarazada es tratada. Determinaciones deben de indicarse en la primera consulta y luego en la tercera consulta o en la consulta correspondiente de las 28 a las 32 semanas de gestación.

Diagnóstico de VIH: El riesgo de transmisión vertical es del 13% al 39% en madres VIH positivas no tratadas. La administración de zidovudina a la mujer embarazada infectada con el virus en el período prenatal e intraparto reduce la tasa de transmisión vertical en un 52%.

Diagnóstico de infecciones urinarias: Se debe de realizar Examen general de orina en la primera consulta y luego de la semana 20 a la 24 y posteriormente de la 28 a la 32.

La bacteriuria asintomática durante el embarazo aumenta la posibilidad de pielonefritis. El tratamiento se pauta en función del antibiograma, esto evita el desarrollo de pielonefritis aguda en un 75% y reduce la tasa de nacimientos pretérmino y de bajo peso al nacer.

De presentar bacteriuria en dos exámenes generales de orina debe de indicarse el urocultivo y tratar según reporte del mismo.

Descartar leucorrea patológica

Se realiza cultivo de flujo para gérmenes comunes y específicos y se indicará el tratamiento de acuerdo a cada caso en particular.

k. Vacunación antitetánica. Las gestantes deben tener al menos una vacuna antitetánica, aunque hayan recibido con anterioridad otras dosis

l. Detectar vida fetal y número de fetos, evaluar crecimiento fetal y presentación al término.

m. Instrucción de situaciones de riesgo.

n. Estudio ecográfico.

o. Papanicolau y Colposcopia.

p. Examen mamario de rutina. Se debe realizar de rutina el examen mamario a fin de detectar posibles patologías.

q. Urocultivo. La presencia de bacteriuria asintomática está claramente asociada con el riesgo de sufrir pielonefritis al final del embarazo y de otras complicaciones para la madre y para el feto. Se debe solicitar urocultivo de rutina al menos en una ocasión (1º trimestre) a toda mujer embarazada y siempre que existan síntomas.

“En la **ENDESA 2001** se solicitó información sobre las actividades que pueden ser más fácilmente reconocibles y recordadas por las mujeres, con el fin de hacer una especie de evaluación indirecta de la calidad de los controles prenatales recibidos. En lo que concierne a la consejería en particular, se ha preguntado si le han hablado a la entrevistada de posibles complicaciones y lo que debe hacer en caso que éstas ocurran. Según declaración de las mujeres, para casi la totalidad de los embarazos de nacidos vivos (entre un 96-98 por ciento), las mujeres recibieron las actividades del examen

clínico (mujeres pesadas, talladas, con toma de presión arterial, medición del crecimiento uterino y de la frecuencia cardio-fetal) en sus controles prenatales; al 82 y al 84 por ciento le tomaron exámenes de sangre y de orina, respectivamente, pero sólo el 79 por ciento recibió hierro y el 77 por ciento, consejería en cuanto a los síntomas de las complicaciones del embarazo. Las actividades de los exámenes clínicos son bastante bien cumplidas en todas las categorías de mujeres, salvo en la RAAN y RAAS, donde no se cumplen algunas de las actividades tan extensamente (una menor proporción de mujeres medidas y pesadas y menos medición de la frecuencia cardio-fetal). La consejería es igualmente suministrada en menor proporción a las mujeres de menor instrucción y a las residentes en Río San Juan, Boaco y Matagalpa. Los exámenes de laboratorio, por su parte, son menos frecuentes para las mujeres mayores, multíparas, residentes en la zona rural y de menor instrucción, así como en la RAAS, la RAAN, Río San Juan, Jinotega y Madriz. El suministro de hierro tiene un perfil similar al de los exámenes clínicos. Se hacen notar Boaco y Matagalpa con menor cumplimiento de suministro de hierro y de tomas de examen de sangre.

Aparentemente no hay mucha justificación, por lo menos en las unidades de salud pública, para el nivel observado de las consejerías, dado que forman parte del protocolo de atención. En el caso del suministro de hierro, puede explicarse de alguna manera por un posible desabastecimiento o agotamiento del medicamento en las unidades de salud. En la Encuesta de Establecimientos de Salud del año 2001 se reportó que al 7 por ciento de unidades de salud del país no se les había abastecido sulfato ferroso y ácido fólico y que al 36 por ciento se les había agotado en los seis meses anteriores a la encuesta; y que el desabastecimiento fue particularmente alto en Managua y Chinandega, en el 14 por ciento de las unidades. Sin embargo, hay que recordar que la información sobre los suplementos en hierro a la madre es recolectada y reportada haya tenido o no control prenatal.

En 1985 en el mundo, unos 800 mil recién nacidos morían durante su primer mes de vida a causa del tétanos neonatal. Actualmente todavía mueren unos 200 mil anualmente (90 por ciento en los países menos desarrollados) de una enfermedad que, según algunos expertos, es posible prevenir totalmente. Entre las madres, el tétano causa cada año unas 30 mil defunciones y se estima que 100 mil mujeres se encuentran en situación de riesgo. En Nicaragua no se reportó ningún caso de tétanos neonatal de 1997

al año 2000, pero si se presentó un caso en el año 2001 y ya hay un caso en lo que va del 2002.”⁴

En resumen, la atención prenatal persigue:

- La detección de enfermedades maternas antes de que se manifiesten.
- La prevención, neutralización, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo.
- La vigilancia del crecimiento y la vitalidad fetal.
- La disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- La preparación psicofísica de la embarazada para el parto y nacimiento del niño o niña.
- La educación de la mujer en temas de salud relacionadas con su estado, así como con las prácticas de crianza y la salud de su familia en general.

La norma nacional para la atención prenatal, parto de bajo riesgo y el puerperio ha adoptado la Historia Clínica perinatal base (HCPB) que recomienda el Centro Latino Americano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP – OPS/OMS), como el documento que debe uniformar la información correspondiente al embarazo, parto, puerperio y al recién nacido en el período neonatal inmediato. Es una sola página que reúne los datos mínimos indispensables para la planificación de la atención en salud requerida alrededor del embarazo, parto y puerperio, incluyendo la atención al neonato. “Su listado de preguntas constituye un recordatorio para el miembro del equipo de salud, una ayuda para el cumplimiento de las normas y para la auditoría. Cuenta además con un sistema de advertencia sobre algunos factores que puede elevar el riesgo perinatal. Los casilleros correspondientes a las respuestas que sugieren riesgos, están destacados en color amarillo. Este color significa ALERTA.”² (ANEXO 1 HCPB)

Existen múltiples barreras para una atención prenatal efectiva. La primera a mencionar es el costo. Aunque es una disposición política que “La atención prenatal debe ser gratuita cuando sea prestada por instituciones públicas...”² la mujer incurre en gastos de transporte, pérdidas de horas laborables, etc. La inaccesibilidad geográfica es otra barrera importante, muchas mujeres deben de caminar muchos kilómetros para llegar a una unidad de salud. Por otro lado hay que mencionar la... “Inadecuada **capacidad del**

equipo de salud (calidad y accesibilidad)”² Esta falta de capacidad puede manifestarse por carencia de infraestructura física y equipos médicos así como por calidad de la atención que brinda el personal de salud. Cabe mencionar problemas en la organización de la atención prenatal en la unidad de salud que incluye la falta de promoción de la atención prenatal en las comunidades. Esto a su vez genera otra barrera, “Falta de confianza en las bondades del Sistema de Salud y la necesidad de la atención Prenatal.”²

Otra barrera importante de mencionar es “Sobrecarga de trabajo doméstico que impide a las mujeres asistir a su consulta prenatal.”²

La base para el juicio de la calidad es la relación entre las características del proceso de atención médica y sus consecuencias para la salud y el bienestar de los individuos. Hay tres enfoques principales para la evaluación de la calidad: “estructura”, “procesos” y “resultados” existiendo una relación fundamental entre ellos.

Las características estructurales de los lugares en donde se imparte la atención tienen una propensión a influir en el proceso de atención disminuyendo o acrecentando en forma similar los cambios en el proceso de la atención incluyendo las variaciones en su calidad sobre el estado de salud.

La evaluación de la estructura se hace mediante la Accesibilidad y Disponibilidad. En cuanto a accesibilidad se consideran las diversas barreras que pueden impedir o dificultar el uso de los servicios por parte de la población, obstáculos económicos determinados por la capacidad adquisitiva de la población frente a las establecidas, obstáculos de la organización de los servicios de la atención determinados por su localización física, u horarios de atención; barreras culturales determinadas por actitudes negativas o creencias desfavorable respecto de los servicios.

En relación a Disponibilidad se toman en cuenta los recursos existentes en función a la población a servir, los tipos de recursos necesarios para poder prestar un servicio. Los indicadores de disponibilidad señalan el número de recursos por un número determinado de personas en la población objetivo. Para que la disponibilidad tenga un significado válido los recursos deben aludir a los existentes, en capacidad de funcionamiento y dedicados a las actividades de los servicios.

El análisis del proceso proporciona una visión más ajustada y cercana a la calidad asistencial que el de la estructura aunque también tiene competencia en el bienestar de los usuarios, efectúa una evaluación de la calidad de la actuación de los diferentes procedimientos o actividades que se realizan en un centro de salud, o de las acciones que lleven a cabo los diferentes profesionales o trabajadores dentro del mismo. Este análisis se puede llevar a cabo de forma directa, con método prospectivo, por observación de las acciones que se realizan o del proceso en su totalidad o mediante una entrevista estructurada a los profesionales o a los usuarios, a los que se demanda datos acerca de la atención recibida.

En el proceso de atención se tienen dos tipos de elementos cuya calidad es posible de evaluar unos de carácter técnico y otros de carácter humano y ambiental.

Los elementos de la interrelación personal y de las comodidades son la medida que los usuarios pueden sobre estimar para evaluar un servicio, pues asume que la calidad técnica depende de ella. El personal científico con frecuencia centra su interés en la evaluación de la calidad técnica, dejando los componentes humanos de la atención que pueden condicionar la misma.

La calidad del servicio depende esencial, pero no exclusivamente del “acto médico” en términos de sus especificaciones técnicas, la oportunidad en la prestación del servicio, la continuidad del tratamiento, la integridad de la atención y las relaciones interpersonales entre el paciente y quienes prestan el servicio.

V. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1. Tipo de Estudio

Es de carácter descriptivo basado en un estudio de seguimiento de una cohorte de embarazadas.

5.2. Población de estudio:

Está conformado por 49 mujeres embarazadas que fueron captadas para formar parte del estudio al momento que asistieron a la primera consulta prenatal al centro de salud El Realejo en el período de enero a marzo de 2007 y que se le dio seguimiento según registro de expedientes en las consultas subsecuentes hasta la consulta puerperal.

Criterio de inclusión:

Embarazadas que se realizaron por lo menos el primer Control Prenatal independientemente de las semanas de gestación al ingreso y que asistieron a la consulta puerperal.

Criterio de exclusión:

Pacientes en las que el embarazo finalizó en aborto.

Paciente que abandonó el Control Prenatal y además no asistió al control del puerperio.

5.3. Operacionalización de variables

- **Para analizar los factores socio demográficos de las pacientes en estudio se incluyeron las siguientes variables:**

Variable	Definición	Escala o valor
Edad del la Embarazada	Número de años cumplidos a la fecha del estudio	13 a 18 19 a 24 25 a 30 31 a 36 Mayor de 36
Escolaridad	Ultimo grado académico aprobado a la fecha del estudio.	Analfabeta Primaria Secundaria Educación superior
Procedencia	Lugar donde vive la embarazada.	Urbano Rural

Número de Controles prenatales realizados	Cantidad de controles prenatales a los que asistió durante el embarazo	1 2 3 4 y más
Ocupación	Función que desempeña la embarazada en el ámbito social	Ama de casa Estudiante Obrera agrícola Empleada doméstica Comerciante
Antecedentes Ginecológicos y Obstétricos	Cantidad de embarazos, partos, abortos y cesáreas que ha tenido la paciente a la fecha del estudio	1 2 3 y más
Tiempo de espera	Tiempo transcurrido desde que la embarazada llega al centro de salud hasta que es atendida por el médico en el primer Control Prenatal.	Menos de 1 hora De 1 a 2 horas 3 horas o más.
Accesibilidad en tiempo	Distancia de la casa de la embarazada a la unidad de salud medida en tiempo.	Menos de 1 hora. De 1 a 2 horas. 3 horas o más.
Patologías más comunes que se presentan en el embarazo	Presencia de alteraciones en el examen físico y o de laboratorio.	Infección de vías urinarias Anemia Candidiasis vaginal Preeclampsia

- **Para evaluar el registro en el expediente clínico y/o en la Hoja Clínica Perinatal Base (HCPB) de las actividades realizadas en las consultas prenatales según edad gestacional guiadas por las normas establecidas por el Ministerio de Salud de Nicaragua se incluyeron las siguientes variables**

VARIABLES QUE DEBEN DE ESTAR PRESENTES EN TODAS LAS CONSULTAS PRENATALES.

Variable	Definición	Escala o Valor
Las semanas de gestación corresponden al control realizado según la norma.	El número del control prenatal se corresponde con las semanas de gestación, según lo establecido por la norma.	Si No
Edad gestacional	Cálculo de la fecha de última menstruación a la fecha en la que se realizó la consulta.	Si No
Examen Clínico	Evaluación completa de la condición física de la paciente en la que se incluye la medición de peso, toma de PA y la evaluación del crecimiento fetal, según norma.	Si No
Vacunación Antitetánica.	Profilaxis aplicada para prevenir el	Si

Variable	Definición	Escala o Valor
	tétanos neonatal y puerperal.	No
Entrega de hierro y ácido fólico.	Proveer a la embarazada de elementos vitamínicos necesarios.	Si No
Contenido Educativo.	Consejería, orientaciones que debe brindar el médico a la embarazada.	Si No
Evaluación de Riesgo perinatal.	Detección oportuna de factores de riesgos maternos o fetales.	Si No
Exámenes de laboratorio.	Indicación de cultivo de secreciones vaginales y urocultivo con el fin de detectar anomalías durante el embarazo.	Si No

VARIABLES QUE DEBEN DE ESTAR PRESENTES EN PRIMERA CONSULTA PRENATAL

Variable	Definición	Escala o valor
Diagnóstico de embarazo	Examen clínico y o de laboratorio que confirmen la presencia de embarazo.	Si No
Examen clínico	Evaluación completa de la condición de la embarazada considerando los parámetros establecidos por la norma para la primera consulta como: talla, examen de mamas, examen odontológico.	Si No
Determinación de grupo sanguíneo y Rh	Prueba realizada en sangre para determinar tipo de sangre de la paciente	Si No
Consejería y/o indicación de prueba para detección de VIH	Información necesaria que debe brindar el médico a la paciente sobre VIH	Si No
Toma de PAP	Citología cervical.	Si No

VARIABLES QUE DEBEN DE ESTAR PRESENTES EN 1 Y 3 CONSULTA

Variable	Definición	Escala o valor
Hemoglobina	Determinación de niveles de hemoglobina en sangre	Si No
Glicemia	Determinación de niveles de Glucosa en sangre.	Si No
VDRL	Prueba de laboratorio para diagnosticar sífilis.	Si No

Variable presente en 1, 2 y 3 consulta

Variable	Definición	Escala o valor
Examen general de orina	Prueba de laboratorio en orina.	Si No

Variables presentes en 2, 3 y 4ta consulta

Variable	Definición	Escala o valor
Diagnóstico de vida fetal	Valoración de frecuencia cardiaca fetal y movimientos fetales.	Si No
Diagnóstico de número de fetos	Detección de número de fetos por examen clínico o por ultrasonido.	Si No

Variables presentes en 3 y 4ta consulta

Variable	Definición	Escala o valor
Diagnóstico de presentación fetal	Por medio del examen clínico se detecta la posición del feto en relación con la pelvis materna.	Si No
Valoración por ginecólogo	En el embarazo de bajo riesgo después de las 28 semanas de gestación debe de ser valorada por ginecología.	Si No
Valoración de la pelvis	Se realizan pruebas diagnósticas para detectar si el nacimiento es viable por vía vaginal.	Si No

Variable	Definición	Escala o valor
Calidad del llenado de Hoja Clínica Perinatal Base	Evaluación del llenado de la HCPB	Adecuado se encuentran menos de tres casillas sin marcar, y las marcadas están llenadas correctamente. Inadecuado están más de tres casillas sin marcar o las marcadas están llenadas de forma incorrecta.

- Para analizar los resultados del embarazo se contemplan los siguientes variables:

Variable	Definición	Escala o valor
Puerperio	Salud de la paciente posterior al parto	Fisiológico Patológico

Edad gestacional al parto	Cálculo de la fecha de última menstruación a la fecha de parto	Atérmino Pretérmino Postérmino
Peso de Recién Nacido según edad gestacional	Peso del bebe al nacimiento	Adecuado Pequeño Grande

5.4. Obtención de la información

La información se obtuvo mediante la siguiente fuente: la revisión de expedientes clínicos, con el objetivo de verificar la presencia de toda la información que debe de estar en el expediente según la norma de Control Prenatal, y Hoja Clínica Perinatal Base (HCPB), con la intención de comprobar de que el personal este haciendo uso adecuado de la misma.

La técnica de obtención de información fue la revisión documental para lo cual se utilizo un instrumentos guía, donde se recopilaron los datos obtenidos del expediente clínico en cada una de las cuatro consultas programadas en el control prenatal (ANEXO 2 Ficha de recolección de datos).

Debido a que el estudio pretende evaluar el correcto llenado de la HCPB se decidió establecer una escala donde todas las casillas tienen igual valor.

5.5. Procesamiento y Análisis de la información

Los datos recolectados se procesaron electrónicamente en el programa de Excel y se resumieron en tablas de frecuencia y porcentaje.

5.6 Aspectos éticos

Para realizar este estudio se tomó en cuenta en todo momento la confidencialidad de la información obtenida de los expedientes, se solicitó el consentimiento de la institución para realizar las revisiones pertinentes, al mismo tiempo se les informó a las autoridades del centro de salud que el objetivo del estudio es obtener la información necesaria para mejorar la calidad de la atención a la mujer embarazada.

VI. RESULTADOS

El estudio se realizó en Centro de Salud El Realejo. Se revisaron 49 expedientes de mujeres embarazadas que asistieron a consulta prenatal en los primeros tres meses del estudio y que durante ese período se realizaron el primer Control Prenatal independientemente de las semanas de gestación al ingreso y que además asistieron a la consulta puerperal.

Con relación a la escolaridad del grupo de estudio se encontró que 51% tiene nivel primario de escolaridad, el 37% tiene nivel secundario y el 12% es analfabeto. La mayoría de las pacientes embarazadas (72%) tiene como estado civil la unión libre, 12% solteras y 16% casadas. (Tabla 1 y 2).

TALBA No. 1

Nivel de escolaridad de las embarazadas que asistieron al Control Prenatal en el Centro de Salud José Shendell, Realejo, Chinandega, Enero a Diciembre 2007.

Escolaridad		
Nivel de escolaridad	No	%
Analfabeta	6	12
Primaria	25	51
Secundaria	16	37
Educación superior	0	0
Total	49	100

Fuente: Expediente Clínico y/o HCPB

TALBA No. 2

Estado Civil de las embarazadas que asistieron al Control Prenatal en el Centro de Salud José Shendell, Realejo, Chinandega, Enero a Diciembre 2007.

Estado Civil		
Estado Civil	No	%
Soltera	6	12
Casada	8	16
Unión libre	35	72
Total	49	100

Fuente: Expediente Clínico y/o HCPB

La mayoría de pacientes incluidas en el estudio (68%) son ama de casa, 14% son empleadas domésticas, 10% son comerciantes, y el 2% labora como obrera agrícola. (Tabla No. 3).

TABLA No. 3

Ocupación de las embarazadas que asistieron al Control Prenatal en el Centro de Salud José Shendell, Realejo, Chinandega, Enero a Diciembre 2007.

Ocupación		
Ocupación	No	%
Ama de casa	33	68
Estudiante	3	6
Obrera Agrícola	1	2
Empleada doméstica	7	14
Comerciante	5	10
Total	49	100

Fuente: Expediente Clínico

La edad más frecuente de las embarazadas incluidas en el estudio fue entre 19 y 24 años con el 51%, seguida de las adolescentes de 13 a 18 años con el 27%, luego se encontró a las mujeres de 25 a 30 años con el 20% y finalmente las mujeres de 31 y más años con el 2%.

TABLA No 4

Edad de las embarazadas que asistieron al Control Prenatal en el Centro de Salud José Shendell, Realejo, Chinandega, Enero a Diciembre 2007.

Edad	Total	
	No	%
13 a 18	13	27
19 a 24	25	51
25 a 30	10	20
31 y más	1	2
Total	49	100

Fuente: Expediente clínico y HCPB

Del total de pacientes embarazadas el 57% procede del área urbana y el resto del área rural, (ver Tabla No. 5). Se identificó el tiempo que tiene que esperar la embarazada para ser atendida en la primera consulta prenatal y el 47% esperaron de 1 a 2 horas, el 29 % esperaron menos de 1 hora y el 24 % esperaron más de 3 horas.

TABLA No. 5

Procedencia de las embarazadas que asistieron al Control Prenatal en el Centro de Salud José Shendell, Realejo, Chinandega, Enero a Diciembre 2007.

Procedencia		
Procedencia	No	%
Urbano	28	57
Rural	21	43
Total	49	100

Fuente: Expediente Clínico y/o HCPB

Se registró la asistencia a los controles prenatales encontrando que el 2% de las embarazadas asistieron sólo a un Control Prenatal, el 12% asistió a dos Controles Prenatales, el 6% acudió a su tercer Control Prenatal, y el 80% cumplió con cuatro o más Controles Prenatales.

TABLA No. 6

Número de controles prenatales realizados por las embarazadas del Centro de salud José Shendell, Realejo, Chinandega, Enero a Diciembre 2007.

Número de controles prenatales realizados		
Número de controles	No	%
1	1	2
2	6	12
3	3	6
4	39	80
Total	49	100

Fuente: Expediente clínico y HCPB

Se observó que al primer Control Prenatal hasta un 81% se presentó en tiempo adecuado, el 57 % se presentó al segundo control en las semanas adecuadas, el 66 % acudió al Control Prenatal en las semanas correspondientes, y finalmente el 60% acudió en las semanas establecidas al cuarto Control Prenatal. (Tabla No 7)

TABLA No. 7

Correspondencia de edad gestacional y consulta prenatal realizada por cada paciente embarazada en el Centro de salud José Shendell, Realejo, Chinandega. Enero a Diciembre 2007.

Número de Consultas	Correspondencia entre número de consulta y edad gestacional				Total Número	
	No		Si			
	No	%	No	%	No	%
1 era Consulta (≤ 20 sg)	8	19	41	81	49	100
2 da Consulta (20 a 24 sg)	21	53	27	47	48	100
3 era Consulta (28 a 32 sg)	12	34	30	66	42	100
4 ta Consulta (36 a 38 sg)	17	40	22	60	39	100

Fuente: Expediente clínico y HCPB

De acuerdo a las actividades normadas se destaca con 96% la toma de talla o estatura, le sigue con el 90 % de realización del Diagnóstico de embarazo y la Indicación de Tipo y Rh. La aplicación de la vacuna antitetánica en el 71% de pacientes. El examen de mamas en el 66%, el examen odontológico en el 52% y la consejería en VIH y el PAP sólo en el 47% de las pacientes, por tanto estas dos actividades registran los mayores porcentajes de no realización.

TABLA No. 8

Actividades a realizadas en la primera consulta del Control Prenatal en el Centro de salud José Shendell, Realejo, Chinandega, Enero a Diciembre 2007.

Actividad a realizar	Cumplimiento de la norma en la primera consulta (n=49)				Total	
	No		Si			
	No	%	No	%	No	%
Diagnóstico de embarazo	5	10	44	90	49	100
Talla	2	4	47	96	49	100
Aplicación de DT	15	31	34	69	49	100
Indicación de Tipo y Rh	6	12	43	88	49	100
Consejeria de VIH	26	53	23	47	49	100
Examen de Mamas	17	34	32	66	49	100
Examen odontológico	23	47	26	53	49	100
PAP	26	53	23	47	49	100

Fuente: Expediente Clínico y/o HCPB

La medición del peso y la administración de Hierro y Acido Fólico se registraron en el 100% de los cuatro controles. La toma de presión arterial se realizó en un 97% en el primer control, el 100% en el segundo control, 95 % en el tercer control, y el 90% en el cuarto control. El examen clínico se realizó en el 66 % en la primera consulta, el 83% en la segunda consulta el 84% en la tercera consulta y en la cuarta consulta.

TABLA No.9

Registro de procedimientos realizados en cada consulta prenatal en el Centro de salud José Shendell, Realejo, Chinandega, Enero a Diciembre 2007.

No de Control Prenatal	Actividad							
	Examen clínico		Peso		Toma de PA		Fe y Ac fólico	
	No	%	No	%	No	%	No	%
1era (n=49)	31	66	49	100	48	97	49	100
2da (n=48)	40	83	48	100	48	100	48	100
3ra (n=42)	34	84	42	100	40	95	42	100
4ta (n=39)	33	84	39	100	35	90	39	100

Fuente: Expediente Clínico

El brindar los contenidos educativos correspondientes es la otra actividad que se realizó con porcentajes altos, el 81% fue efectuado en la primera y la segunda consulta respectivamente, en la tercera consulta se realizó en un 93% y en la cuarta consulta en un 92%. La evaluación del crecimiento fetal se realizó en el 42% de las pacientes durante el primer control, pero se realizó en 80% de las embarazadas en los controles segundo y tercero respectivamente, y el 82 % en el cuarto control.

Tabla No 10

Registro de actividades que se realizaron en cada consulta del Control Prenatal en el Centro de salud José Shendell, Realejo, Chinandega, Enero a Diciembre 2007.

No de Control	Actividad					
	Evaluación de Crecimiento fetal		Contenido educativo		Evaluación de riesgo perinatal	
	No	%	No	%	No	%
1era (n=49)	21	42	39	81	33	69
2da (n= 48)	39	80	38	81	37	76
3ra (n=42)	35	80	38	93	32	76
4ta (n=39)	32	82	36	92	33	83

Fuente: Expediente Clínico

La indicación del examen general de orina se realizó en 93% de las pacientes que asistieron al primer control, el 55% de las pacientes que asistieron al segundo control y el 84% de las que asistieron al tercer control.

TABLA No. 11

Indicación de examen general de orina registrada en el expediente en la primera, segunda y tercera consulta prenatal en el Centro de salud José Shendell, Realejo, Chinandega, Enero a Diciembre 2007.

Examen general de orina indicado en el expediente					
Número de Consulta prenatal	No		Si		Total
	No	%	No	%	
1 era Consulta	5	6	44	93	49
2 da Consulta	19	45	29	55	48
3 era Consulta	8	16	34	84	42

Fuente: Expediente Clínico

Se encontró que en la primera consulta se cumplió la indicación de hemoglobina en un 94% de los casos, glicemia en el 80%, y VDRL en el 92% de la primera consultas. En la tercera consulta la hemoglobina fue indicada en el 78%, glicemia se registró en el 55% y el VDRL en el 73%. (Tabla No. 12)

TABLA No. 12

Pacientes a las que se les indico exámenes de laboratorio según norma en la primera y tercera consulta prenatal en el Centro de Salud José Shendell, Realejo, Chinandega, Enero a Diciembre 2007.

No Consulta	Examen de laboratorio					
	Hemoglobina		Glicemia		VDRL	
	No	%	No	%	No	%
1era Consulta (n= 49)	44	94	37	80	43	92
3era Consulta (n= 42)	32	78	23	55	29	73

Fuente: Expediente Clínico

Durante el estudio se encontró que en la segunda consulta el diagnóstico de vida fetal se realizó en el 73%, el diagnóstico de número de fetos en el 56%. En la tercera consulta el diagnóstico de vida fetal se efectuó en el 95%, el diagnóstico de número de fetos en el 76% y el diagnóstico de presentación fetal en el 55%. En la cuarta consulta se registró el diagnóstico de vida fetal en el 97%, el diagnóstico de número de fetos fue realizado en casi el 72%, y se efectuó el diagnóstico de presentación fetal en el 79%.

Nota: En la cuarta consulta esta indicada la valoración por ginecología y se encontró que esta fue omitida en el 38% y la valoración pélvica que también esta indicada no se realizó en el 79%. (Tabla No. 13)

TABLA No. 13

Actividades que fueron efectuadas en el segundo, tercero y cuarto Control Prenatal normadas por el MINSA, en el Centro de Salud José Shendell, Realejo, Chinandega, Enero a Diciembre 2007.

No de consulta	Actividades a realizar											
	Diagnóstico de vida fetal				Diagnóstico de número de fetos				Diagnóstico de presentación fetal			
	Si		No		Si		No		Si		No	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
2da (n= 48)	35	73	13	27	27	56	21	44	-	-	-	-
3ra (n = 42)	40	95	2	5	32	76	10	24	23	55	19	45
4ta (n = 39)	38	97	1	3	28	72	11	28	31	79	8	21

Fuente: Expediente Clínico y/o HCPB

Se analizaron los antecedentes gineco-obstetricos de las pacientes en estudio y se identificó que el 33% eran primigestas, el 35% eran bigestas, el 18% eran trigestas y el resto eran multigestas. De todas las embarazadas el 14 % tenían antecedentes de aborto, y otro 14% habían tenido parto por cesárea anteriormente. (Tabla No. 14)

TABLA No. 14

Antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes que asistieron al Control Prenatal en el Centro de Salud José Shendell, Realejo, Chinandega, Enero a Diciembre 2007.

Número de eventos	Antecedentes Gineco - obstétricos							
	Gestas (n=49)		Partos (n=49)		Abortos (n=49)		Cesáreas (n=49)	
	No	%	No	%	No	%	No	%
0	16	33	22	45	42	86	42	86
1	17	35	14	29	4	8	7	14
2	9	18	9	18	3	6	-	0
3 y más	7	14	4	8	-	0	-	0

Fuente: Expediente Clínico y/o HCPB

Se observo la presencia de algunas patologías como Infección de vías urinarias que se presentó en el 45% de las embarazadas, Candidiasis vaginal se registró en el 35%, Anemia se diagnóstico al 12%, y preeclampsia se presento solo en el 2% de las embarazadas.

TABLA No. 15

Número de pacientes que presentaron patologías durante el embarazo en el Centro de Salud José Shendell, Realejo, Chinandega, Enero a Diciembre 2007.

Patología cursada en el embarazo		
Patología	No	%
Infección de vías urinarias	22	45
Candidiasis vaginal	17	35
Anemia	6	12
Preeclampsia	1	2
Total	49	100

Fuente: Expediente Clínico y/o HCPB

Al revisar los datos del parto de las embarazadas se observó que el 22% de nacimiento fueron por cesárea y el resto fueron por vía vaginal. (Tabla No. 16)

TABLA No. 16

Vía de Parto de las embarazadas que asistieron al Control Prenatal en el Centro de Salud José Shendell, Realejo, Chinandega, Enero a Diciembre 2007.

Vía de Parto		
	No	%
Cesárea	11	22
Vaginal	38	78
Total	49	100

Fuente: Expediente Clínico y/o HCPB

Se identificó el tipo de puerperio de las pacientes en estudio encontrando que el 71% de las pacientes tuvieron puerperio fisiológico y el 29% presentaron puerperio patológico.

TABLA No. 17

Tipo de Puerperio que presentaron las embarazadas que asistieron al Control Prenatal en el Centro de Salud José Shendell, Realejo, Chinandega, Enero a Diciembre 2007.

Clasificación del Puerperio		
Puerperio	No	%
Fisiológico	35	71
Patológico	14	29
Total	49	100

Fuente: Expediente Clínico y/o HCPB

Para la evaluación del llenado de la HCPB se tomo en cuenta la cantidad de las casillas marcadas y la coherencia de este llenado con respecto a los datos presentes en el expediente clínico, de esta forma se encontró que hasta en un 57% el llenado fue inadecuado.

TABLA No. 18

Evaluación de llenado de la Hoja Clínica Perinatal Base de los Controles Prenatales realizados en el Centro de Salud José Shendell, Realejo, Chinandega, Enero a Diciembre 2007.

Evaluación del llenado de HCPB		
Llenado de HCPB	No	%
Adecuado	21	43
Inadecuado	28	57
Total	49	100

Fuente: Expediente Clínico y/o HCPB

Referente a las características de los recién nacidos se identificó que el 92% fueron de término, el 6 % nacieron pretérmino y el 2% fueron postérmino. Según el peso al nacer el 86% de los niños estaban adecuados, el 10% pequeños y el 4% grandes para edad gestacional. (Tabla No. 19 y 20)

TABLA No 19

Evaluación del recién nacido según edad gestacional al parto y peso realizada en la consulta puerperal en el Centro de Salud José Shendell, Realejo, Chinandega, Enero a Diciembre 2007.

Evaluación del recién nacido según edad gestacional		
	No	%
Recién Nacido a término	45	92
Recién Nacido Pretérmino	3	6
Recién Nacido Postérmino	1	2
Total	49	100

Fuente: Expediente Clínico y/o HCPB

TABLA No 20

Evaluación del recién nacido según peso al parto realizada en la consulta puerperal en el Centro de Salud José Shendell, Realejo, Chinandega, Enero a Diciembre 2007.

Evaluación del recién nacido según peso		
	No	%
Recién Nacido adecuado	42	86
Recién Nacido pequeño	5	10
Recién Nacido grande	2	4
Total	49	100

Fuente: Expediente Clínico y/o HC

Se observó la relación del tiempo de espera con el número de controles que se realizaron las embarazadas encontrando que de las que esperaron menos de 1 hora el 4% llegó solamente al segundo control y 24% se presentó a los cuatro controles. De las que esperaron de 1 a 2 horas el 2% se presentó solo al primer control, otro 2% al segundo control, 4% llegó al tercer control, y el 39% llegó al cuarto control. De las que esperó más de 3 horas, el 6% se presentó al segundo control, el 2% llegó al tercer control y 16% acudió al cuarto control.

TABLA No. 21

Relación entre el No de Controles Prenatales y el tiempo que requirió cada embarazada que asistió a la primer consulta prenatal para ser atendida en el Centro de Salud José Shendel, Relejo, Chinandega, Enero a Diciembre 2007.

Tiempo de Espera	No de Controles Prenatales									
	1		2		3		4		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
< 1 hora	-	-	2	4	-	-	12	24	14	29
1 a 2 horas	1	2	1	2	2	4	19	39	23	47
> 3 horas	-	-	3	6	1	2	8	16	12	24
Total	1	2	6	12	3	6	39	80	49	100

Fuente: Expediente Clínico y/o HCPB

VII. DISCUSIÓN

Al evaluarse los datos obtenidos en relación a la aplicación de las normas de Control Prenatal se describen algunas características generales de las pacientes incluidas en el estudio, luego se efectuó el análisis del cumplimiento de cada uno de los acápite de la norma.

Se observa que el grupo etáreo que predomina es la edad de 19 a 24 años (51%), seguida de las edades de 13 a 18 (27%) lo cual concuerda con la edad reproductiva de la mujer en países latinoamericanos, sin embargo, podemos inferir que la edad de la mayoría de las mujeres se encuentran en edad adecuada para un embarazo pero aún se presenta una considerable cantidad de mujeres en riesgo.

El grado de escolaridad de mayor prevalencia es la primaria con un 51 % de las pacientes estudiadas lo cual se puede relacionar con el hecho de que el lugar del estudio es un centro de atención pública.

El estado civil que más se presentó fue unión libre, esto pudiendo correlacionarse con el grupo etáreo de mayor prevalencia siendo estas pacientes jóvenes.

La procedencia de las mujeres fue en un 53% de área urbana y un 47% de área rural lo cual indica que la atención a la salud es accesible para ambas poblaciones.

Se identificó la ocupación de las embarazadas y prevalecieron las amas de casa (68%) lo que refleja la situación económica debido desempleo imperante y cultural por cuanto en ciertos sectores la mujer sigue relegada al papel de crianza y cuidado de los niños.

Se observó que el 80 % de las embarazadas asistieron por lo menos a cuatro controles prenatales lo cual es satisfactorio y tiene relación con el reporte de ENDESA 2006 – 2007 que habla del 78% de asistencia al cuarto control.

El MINSA ha establecido la edad gestacional adecuada para cada consulta prenatal, en este estudio se observó que a la primera consulta acuden el 81% en la edad gestacional

adecuada, lo cual en teoría facilita al médico a realizar las respectivas actividades del Control Prenatal en tiempo y forma y a la vez apoya a la detección oportuna de datos de alarma, sin embargo se observa que a la segunda consulta prenatal asistieron a la edad establecida menos del 50% de las embarazadas, lo que dificulta el seguimiento adecuado del embarazo, en el tercer y cuarto control se identificó que más del 60% de las embarazadas acudieron oportunamente según la edad gestacional.

Se evaluó el cumplimiento de las actividades que debe realizar el personal médico en la primera consulta prenatal y se encontró que hay actividades como el diagnóstico clínico de embarazo, la medición de talla, y la indicación del tipo y Rh que se cumplieron en más del 90% de los casos, procedimientos como la aplicación de la vacuna antitetánica y el examen de mamas se cumplió entre el 65 y el 70%. Estos resultados son aceptables, sin embargo hay actividades como el examen odontológico, la consejería en relación al VIH, y la toma de PAP donde los resultados son insatisfactorios, con porcentajes menores al 50%. Esto perjudica la calidad del Control Prenatal.

También se evaluaron las actividades que deben de realizarse en cada consulta y se evidenció un cumplimiento satisfactorio tanto en la medición de peso y PA como en la indicación de hierro y ácido fólico (95 – 100), la evaluación del crecimiento fetal y el contenido educativo fueron actividades que se mostraron con porcentajes aceptables (80 – 90) por otra parte se encontró que hasta en un 34% de las embarazadas no se les realizó un examen físico completo en la primera consulta y la evaluación del riesgo perinatal es deficiente hasta en el 25% de las segunda y tercera consulta prenatal, lo que dificulta obtener los mejores resultados del Control Prenatal.

Hay algunas pruebas de laboratorio que deben de efectuarse durante el embarazo como el examen general de orina, en el estudio se observó un cumplimiento elevado de la indicación de esta prueba en la primera consulta (93%), pero en la segunda consulta se evidencia una disminución considerable del porcentaje en el que se indica dicha prueba (55%) , lo cual puede estar relacionado con la falta de actualización del personal sobre las normas de Control Prenatal, en las que se establece la obligatoriedad de la repetición del EGO en la segunda y tercera consulta con el objetivo de lograr la detección oportuna de patologías que pueden conllevar a consecuencias tanto para la madre como para el producto.

Otras de las pruebas normadas son la toma de hemoglobina, glicemia y VDRL las cuales deben de indicarse en la primera y en la tercera consulta. El estudio reveló que en la primera consulta se indican las pruebas en más del 80% de los casos, sin embargo se encontró que en la tercera consulta la indicación de estos exámenes disminuyó considerablemente.

Durante el estudio se encontró que en las actividades que deben de realizarse a partir de la segunda consulta como el diagnóstico de vida fetal, el diagnóstico de número de fetos y el diagnóstico de presentación fetal en algunas de las consultas están ausentes en un porcentaje significativo hasta del 40%. En la cuarta consulta está indicada la valoración por ginecología y se encontró que esta fue omitida en el 38% y la valoración pélvica que también está indicada no se realizó en el 79% lo que traduce a un aumento en las posibilidades de partos distócicos.

La mayoría de los partos fueron vaginales (78%) y los puerperios fueron fisiológicos en un porcentaje significativo. Los recién nacidos fueron en más del 90 % a término y con adecuado peso al nacer en el 86%. Estos son datos aceptables de acuerdo con los porcentajes que se han encontrado en otros estudios.

Finalmente al evaluar el llenado de la Hoja Clínica Perinatal Base se observó que más del 50% fueron inadecuados, esto dificulta la defeción oportuna de datos que indiquen que la embarazada se encuentra en riesgo obstétrico y a su vez se demuestra que hay deficiencia en ciertos aspectos en el conocimiento de los médicos.

VIII. CONCLUSIONES

1. La edad de las embarazadas prevaleció entre 20 y 30 años, con nivel escolar primario, el estado civil en su mayoría fue unión libre y la ocupación predominante fue ama de casa.
2. El cumplimiento de los cuatro controles prenatales como mínimos para una adecuada atención prenatal es alto.
3. Existen actividades indicadas por las normas de Control Prenatal que son cumplidas adecuadamente como:
 - Medición de peso, talla y presión arterial.
 - Indicación de tipo y Rh, hemoglobina y VDRL.
 - Indicación de Hierro más ácido fólico, vacuna antitetánica.
4. Se identificó dificultades en el cumplimiento de las siguientes actividades normadas por el MINSA para el Control prenatal:
 - Examen físico completo
 - Consejería en relación al VIH.
 - Indicación de examen general de orina en la segunda consulta y de glicemia en la tercera consulta.
5. Existen dificultades importantes en el llenado adecuado de la Hoja Clínica Perinatal Base.
6. A pesar de la falta de cumplimiento de algunos acápite de la norma de Control Prenatal los resultados del embarazo (parto y puerperio) y las características de salud del recién nacido son satisfactoria.

IX. RECOMENDACIONES

- 1.** Que las autoridades del Centro de Salud organicen actividades orientadas a fortalecer al personal médico sobre el manejo y sobre la importancia del cumplimiento de las Normas de Control Prenatal de bajo riesgo.
- 2.** Que el encargado de docencia del Centro de Salud programe evaluaciones periódicas con el objetivo de identificar las dificultades del personal médico con respecto a la atención de la embarazada según las normas establecidas por el MINSA.
- 3.** Que el departamento de docencia tanto del Silais Chinandega como el del Centro de Salud faciliten a todo el personal médico la información sobre el uso y el llenado adecuado de la Hoja Clínica Perinatal Base.
- 4.** Que el Silais Chinandega y las autoridades del Centro de Salud brinden al personal médico los estándares e indicadores de calidad de procesos de atención de la embarazada y el recién nacido para lograr auto evaluaciones sobre la atención que los mismos brindan a las embarazadas.
- 5.** Que el personal de enfermería apoyen al médico con la consejería a la embarazada durante el tiempo de espera a la consulta con el fin de aumentar las actividades de promoción para la asistencia al segundo, tercero y cuarto control prenatal.

X. BIBLIOGRAFIA

- 1.** MINSA FNUAP Maternidad Segura, Evaluación de las Necesidades en los Servicios de Emergencia Obstétrica en diez departamentos de Nicaragua. Diciembre 2001
- 2.** Ministerio de Salud, Dirección General de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia. Normas para la Atención Prenatal Parto de Bajo Riesgo y Puerperio. Junio 1997 .
- 3.** Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) Ministerio de Salud (MINSA) Nicaragua. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) Informe de Avances 2006-2007
- 4.** Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) Ministerio de Salud (MINSA) Nicaragua. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) 2001
- 5.** Vargas Rene. Informe Cenid II Conferencia Internacional de Salud. Mayo 2006.
- 6.** OPS. Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Nicaragua. 2da edición, Febrero 2002.
- 7.** OPS, UNFAP, UNICEF, MINSA Salud Materna e Infantil en Nicaragua, Avances y desafíos. 2005
- 8.** Padilla Karen, Mc Naughton Heathe. Mortalidad Materna en Nicaragua: Una mirada rápida a los años 2000 2002. 2003
- 9.** Salud en las Américas 2007. Vol II
- 10.** Lumbi Marvin. Utilización de prácticas basadas en la evidencia en el cuidado del embarazo, trabajo de parto, puerperio, recién nacido en el Hospital Bertha Calderon, enero a mayo 2003. 2003

- 11.** Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) Ministerio de Salud (MINS) Nicaragua. Informe Preliminar Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) 2006.
- 12.** Berek Jonathan y col. Ginecología de Novak 12ª. Edición Interamericana. 1996.
- 13.** Schwartz y col. El cuidado prenatal. Ministerio de salud Argentina. 2001.
- 14.** Worthington Roberts B., Williams S. Nutrition in pregnancy and Lactation. Mosby. Fifth edition. 1993.
- 15.** Piura Julio. Metodología de la investigación científica. Un enfoque integrador. 1era edición Managua PAVSA, 2006.