

**Universidad Internacional para el Desarrollo Sostenible (UNIDES)
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Medicina y Cirugía.
Sede Matagalpa.**



Tesis para optar el Título de Medicina y Cirugía general.

“Evaluación del cumplimiento de los estándares de calidad en la atención prenatal en las pacientes atendidas en la clínica Santa Fe - Matagalpa de enero 2018 - enero 2019”

Autoras:

Br. Enyeling Jovannella Reyes Chavarría

Br. Ivonne de Jesús Escoto Martínez

Tutor Clínico:

**Dr. Noel Antonio Centeno Ruiz
Especialista en Ginecología y Obstetricia
UNAN-LEÓN**

Asesor Metodológico:

**Dr. Roel Michael Cajina Moreno
Médico y Cirujano**

Matagalpa, Nicaragua

04 de septiembre 2019

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo, Evaluar el cumplimiento de los estándares de calidad en la atención prenatal en las pacientes atendidas en la clínica Santa Fe - Matagalpa de enero 2018 - enero 2019". Se realizó un estudio Descriptivo retrospectivo, con enfoque cualicuantitativo, aplicando una ficha de recolección de datos previamente estructurada, siéndola fuente de obtención de la información secundaria. El universo de estudio fue un total de 1060 pacientes, se realizó una estrategia muestral probabilística obteniendo una muestra de 283 pacientes, Los datos fueron analizados en el programa EPIINFO versión 7.2. En las características sociodemográficas, la población en estudio que más predominó estaba comprendidas en edades de 31 a 35 años de edad, La mayoría de las pacientes investigadas tenían un estado civil de unión estable, la mayoría eran alfabetas, cursaron con el nivel académico universitaria y que los Controles prenatales fueron 5. Se comprobó que se está realizando un buen y correcto llenado de los datos concernientes a la identificación de la paciente, antecedentes personales, familiares y obstétricos que satisfacen más del 80% que exigen las normas propuestas por el MINSA. En relación con los estándares de calidad se encontró que se tiene que mejorar más en la valoración del estado nutricional. En cuanto a las complicaciones maternas-fetales la que más prevaleció y con el mayor porcentaje con el 47,35% no presentaron ninguna complicación materno-fetal, seguido de otra condición grave con el 13,78%, y presentaron enfermedades como lo es ruptura prematura de membrana, hipertensión arterial, HTA inducida embarazo, HTA previa, preeclampsia, nefropatía, infección urinaria, con amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membrana y anemia.

Palabra clave: CPN, Complicaciones maternas-fetales, estándares de calidad.

Contenido

Agradecimientos	4
Dedicatoria.....	5
I. Introducción.....	6
II. Antecedentes.....	7
III. Justificación	10
IV. Planteamiento del problema.....	11
V. Objetivos.....	12
VI. Marco referencial	13
VII. Diseño metodológico.....	30
VIII. Resultados	35
IX. Discusión y análisis de los resultados	37
X. Conclusiones	38
XI. Recomendaciones	39
XII. Referencias bibliográficas	40
ANEXOS.....	42
Gráficos	43
Guía de observación.....	56
Permiso del Hospital	58
Opinión del tutor.....	59

Agradecimientos

Primeramente, agradezco a la universidad (UNIDES) por habernos aceptado ser parte de esta alma mater, abierto sus puertas de su seno científico para poder estudiar nuestra carrera.

Agradezco al Dr. Oscar Antonio Boza Miranda por tenernos paciencia y por apoyarnos en los momentos difíciles

A nuestro tutor científico Dr. Noel Antonio Centeno por su valiosa tutoría en todo el proceso de realización de este estudio, quien con su experiencia, conocimiento y motivación nos orientó en la investigación.

Al Dr. Roel Cajina quien nos acompañó en nuestra tesis, agradecemos por su paciencia y amor en su trabajo, transmitir sus conocimientos en nuestra investigación y

Agradecemos a nuestros docentes, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de nuestra profesión, de manera especial, al Dr. Salvador Antonio López quien ha guiado con su paciencia, y su rectitud como docente.

Agradecemos a la Clínica Santa fe Matagalpa por abrirnos las puertas y apoyarnos en nuestra investigación, a las personas que nos aportaron un poco de su tiempo y ayuda.

Dedicatoria

Se la dedicamos al forjador de nuestro camino, nuestro padre celestial, el que nos acompaña y siempre nos levantó de nuestros continuos tropiezos.

A nuestras madres (María del Carmen Martínez Orozco, María Lisbeth Chavarría Brenes) por forjarnos como las personas que somos en la actualidad muchos de nuestros logros se los debemos a ellas. Entre los que incluyen este. Que nos motivaron constante para alcanzar nuestros anhelos.

A mi padre Cruz Chavarría Cruz (**QEPD**) por enseñarme que no todo es fácil en la vida, pero siempre hay que luchar por lo que se quiere.

A mi segunda madre Gilma Brenes por cuidarme cuando era niña, por su increíble fortaleza, por aconsejarme y por estar siempre a mi lado.

Introducción.

La calidad se define como un proceso de mejoramiento continuo y medible, en donde todas las áreas de la organización participan activamente en el desarrollo del servicio con la finalidad de satisfacer las necesidades del usuario, logrando con ello mayor productividad.¹

Definimos al control prenatal como el conjunto de todas aquellas actividades asistenciales y preventivas promocionales que se realizan en la embarazada, con la finalidad de proteger la salud de la madre y de su niño.¹

Nicaragua tiene una de las tasas de mortalidad materna más altas de América Latina cuya cifra se estima en 150 muertes por cada 100 mil nacidos vivos, una cantidad "exagerada" si la comparamos con Costa Rica que no supera las 25 muertes por cada 100 mil nacidos vivos. En el período 2000-2009 se registran 1141 muertes maternas, de estas 996 están vinculadas al embarazo, parto y puerperio, concentrándose el 62% en 5 SILAIS: RAAN (15,3%), Matagalpa (14,50%), Jinotega (12,2%), RAAS (10,2%) y Managua (9,7%). 520 de las muertes (53,0%) ocurrieron a nivel institucional (hospitales, centros y puestos de salud, centros alternativos), 397 (40%) en 5 domicilio y 79 muertes (8,0%) tuvieron como lugar de ocurrencia la vía pública y otros.

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 base a lo planteado anteriormente surge la incógnita: ¿En clínica santa fe-Matagalpa se cumplen con los estándares de calidad establecidos en la normativa MINSA (011) en la Atención Prenatal en la consulta externa especializada? Por tanto, se decide realizar el presente estudio; teniendo en cuenta los esfuerzos escatimados por el Ministerio de Salud para mejorar en este ámbito.

En Nicaragua en el año 2007, la cobertura de Atención Prenatal fue de un 91%, 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.

Antecedentes

1. **2008. Salgado Torres T E**, realizo un estudio en Madriz, Nicaragua con el objetivo de Determinar el cumplimiento de los estándares de calidad en el llenado completo de la historia clínica perinatal en los centros de salud de Cusmapa, Las Sabanas, San Lucas. Madriz. Enero-Diciembre 2007, fue un estudio descriptivo de corte transversal, con una muestra de 151 expedientes clínicos, con resultados y conclusiones Se comprobó que se está realizando un buen y correcto llenado de los datos concernientes a la identificación de la paciente, antecedentes personales, familiares y obstétricos que satisfacen más del 80% que exigen las normas propuestas por el MINSA. 75 % La mayoría de los ingresos a atención prenatal lo realiza el personal médico al igual que la atención de la puérpera, pero no así con la atención del recién nacido quien en su mayoría lo realiza el personal de enfermería. 75 % Se está cumpliendo con el llenado de un buen examen físico, excepto con la valoración odontológica. 75 % Cumplimiento insatisfactorio a la hora de solicitar exámenes de laboratorio. 75 % No se está realizando valoración del estado nutricional de la embarazada. No a todas las puérperas se les está tomando los signos vitales cada 30 minutos por dos horas. 75 % Sólo la mitad de las puérperas recibió método de planificación. 75 % En la atención del recién nacido se está realizando un buen llenado de las HCPB. 75 % Solo un 28.4% de los expedientes cumplieron con los estándares de calidad en el llenado de las 39 actividades normadas por el ministerio de salud.³
2. 2014. Reyes Rivas K O. Quintana Ríos O M. Lacayo Hernández K L, El objetivo del estudio es evaluar el cumplimiento del protocolo del control prenatal en embarazadas de bajo riesgo atendidas en el centro de Salud “Francisco Buitrago”, Managua 2013. Fue un estudio observacional, descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 267 mujeres las cuales fueron seleccionadas mediante la técnica muestral de tipo probabilístico el cual fue un muestreo aleatorio simple. La información se compiló por medio de una ficha de recolección de datos que fue previamente elaborada y validada. En el análisis de la información se utilizó las tablas generadas y se describió los resultados obtenidos. Las mujeres en estudio eran de la zona urbana en un 100.0% y un 22.8% tenían su secundaria aprobada; en los exámenes de rutina que se envían, la mayoría fueron enviados en tiempo y forma a excepción de la reagina rápida de plasmina (RPR), el toxotest en el primer trimestre del embarazo de las pacientes; con respecto al abordaje terapéutico en todas se indicó en el primer trimestre su tratamiento adecuado (sulfato ferroso más ácido fólico); en el

segundo trimestre se indicó Albendazol al 65.9% de las pacientes, el calcio y la aspirina al 100%; en el tercer trimestre se indicó al 100% el calcio y aspirina, al 98.9% sulfato ferroso más ácido fólico y se prescribió el Albendazol al 14.6% de las gestantes en este último trimestre; en relación a los exámenes de indicación según protocolo de la tercera atención prenatal, al 100.0% de las pacientes no se les indicó la prueba de VIH/SIDA, y en el 98.1% no se indicó la prueba de Reagina Rápida de Plasmina (RPR), por lo cual se orienta al personal de salud la necesidad de aplicar el cumplimiento de dicho protocolo en lo concerniente a dichos acápites ya que estos son de suma importancia.⁴

3. 2015. Barreto Calvo M A, Baca Delgado C A, El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la calidad del programa de atención prenatal del centro de salud héroes y mártires del Cuá. El tipo de estudio fue de calidad de atención de carácter descriptivo. La muestra fue de 50 embarazadas que acudieron a su atención prenatal durante el mes de mayo. Se elaboró una ficha de recolección la cual se aplicó a los expedientes de las usuarias obteniéndose datos sociodemográficos, se verificó el cumplimiento de las 13 actividades normadas para la realización de la APN y se aplicó una ficha a las usuarias para conocer la satisfacción del servicio recibido. Resultados: los hallazgos más frecuentes fueron: procedencia urbana 56%, grupo etario de 20 a 35 años 46%, mestizas 88%, escolaridad primaria 42%, acompañadas 52%, con 3 o más embarazos 54%. La calidad de atención del programa revisado en los expedientes es deficiente en el cumplimiento de las actividades mínimas establecidas, encontrándose 58% incompletos fallando principalmente en: examen de mamas, envío de exámenes de laboratorio y valoración nutricional. Las usuarias refirieron que fueron tratadas con amabilidad (70%); el 42% consideró que el tiempo de espera fue mucho, la comodidad del consultorio fue catalogada como buena (56%), la información que recibió la paciente sobre su embarazo fue muy buena (42%); el 30% refirió regular el abastecimiento de medicamentos. La consejería y las respuestas recibidas por la usuaria de parte del personal de salud fueron buenas 50% y 48% respectivamente. El tiempo que duró la atención fue adecuado (78%), el lenguaje utilizado por el personal asistencial fue bueno (48%), la privacidad fue buena (68%). Conclusión: se cumplió en solo 42% con las normativas MINSa, y las usuarias percibieron como muy buena (46%) la calidad de atención.⁵
4. 2005, García M G. en la ciudad de Lima, Perú se realizó un trabajo investigativo retro-prospectivo, transversal analítico, bietapicocuali-cuantitativo; bajo el título: "Estudio sobre la calidad del control prenatal en establecimientos de salud del primer nivel de atención de lima" El objetivo de dicho estudio fue: "Evaluar la

calidad del control prenatal realizado en centros de salud pertenecientes a la Dirección de Salud V Lima Ciudad.” Se concluyó que: “En los controles prenatales de centros de salud del primer nivel de atención de Lima, las dimensiones adecuadas fueron la accesibilidad, seguridad y competencia profesional. Las dimensiones inadecuadas fueron la capacidad del profesional, eficacia, satisfacción del cliente, eficiencia, continuidad y comodidades. Bajo el título de “ calidad del llenado de la historia clínica perinatal en el Hospital primario Ambrosio Mongorron de San José de Bocay, en el periodo de enero- junio del 2015”(Zeron P. Carlos Mauricio/Sánchez S. José Ramón) planteándose el objetivo de “Determinar la calidad del llenado de la HCP en mujeres embarazadas activas atendidas en el Hospital Primaria Ambrosio Mogorron en el periodo de Enero a Junio del año 2015” y se concluyó lo siguiente: “En los controles prenatales se identificó que en la sección de Identificación la mayoría de los datos fueron llenados correctamente. Los antecedentes familiares, personales y Obstétricos son llenados adecuadamente, con un registro en su totalidad. En la mayoría de los casos la calidad de la HCP es mala ya que no se cumple con el registro de las trece actividades normadas por el Ministerio de Salud. “Participaron 1064 mujeres.7

5. 2016. Zeron PARRALES C M, Sánchez SANDOVAL J R, realizaron un estudio titulado “Calidad de atención prenatal de bajo riesgo según normativa MINSa (011) y percepción de la usuaria.” con el objetivo de evaluar la calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal en el Hospital Primario Ambrosio Mogorron en el primer semestre del año 2015, los resultados más llamativos están el bajo cumplimiento de las 13 actividades registradas en la HCP con apenas un 23%. Entre otros registros de bajo porcentaje están la Curva de Incremento de peso materno 49%, la curva de altura uterina 45%, la Consejería de Lactancia Materna 54%, la preparación del parto 35%. En el análisis del llenado de la Historia Clínica Perinatal se encontró que, en el segmento de identificación, las limitaciones se en el registro del teléfono, lugar de parto/ aborto y el número de identidad. En cuanto al segmento de antecedentes se encontraban registrados en su totalidad. El déficit en los exámenes de laboratorio está en su mayoría en Chagas, Paludismo/Malaria, Bacteriuria, Glicemia en Ayunas y prueba de Estreptococo. Durante el registro de la gestación actual la mayor debilidad está en el registro de la curva de incremento de peso materno, la curva de altura de fondo uterino, la preparación del parto y la consejería para la lactancia materna.8

Justificación

El control prenatal se considera un factor importante porque permite evaluar, reconocer factores de riesgos y comorbilidades durante el momento de la gestación. La presente norma y protocolo de atención prenatal, parto y puerperio de bajo riesgo y de recién nacido está dirigida a todas y todos los trabajadores de la Salud, en los diferentes niveles de atención, con el propósito de poner en práctica una serie de acciones que permitan mejorar la calidad de atención y garantizar la seguridad de las usuarias que demandan los servicios con el fin de incidir en la identificación de factores de riesgo en los cuales podemos incidir, para reducir las muertes.⁹

Es indispensable contar con la suficiente información de la paciente embarazada para que permita al personal de salud que la atiende conocer el estado de gestación y preparar condiciones para un manejo adecuado y seguimiento por otras especialidades correspondientes al estado en que se encuentre la paciente para que se lleve una adecuada atención y disminución de mortalidad materna. ⁹

Es por eso necesario realizar un adecuado control prenatal porque esto sirve y permitirá disminuir complicaciones futuras y los costos de hospitalizaciones de embarazos complicados.

La aplicación de estándares de calidad de atención a embarazadas es parte del cumplimiento de protocolos en las usuarias que acuden a la unidad de salud. ⁹

El principal objetivo del control prenatal y la vigilancia perinatal es garantizar el derecho a que la madre y su hijo (a) alcancen al final de la gestación un adecuado estado de salud y por consiguiente disminuir la morbi-mortalidad perinatal y mortalidad materna y la calidad en la atención prenatal es un elemento importante para contribuir a que las mujeres atendidas en la consulta externa especializada de clínica santa fe-Matagalpa lleguen al final de la gestación con efectos satisfactorios en lo establecido en la normativa MINSA (011).

Actualmente no se dispone de estudios científicos previos en silais-Matagalpa Por lo que se hace necesario realizar el estudio en centro médico quirúrgico santa fe.

Con los resultados de esta investigación serán las principales beneficiadas, así como la institución ya que tomarán acciones para mejorar la atención, también a las investigadoras para realizar Atención Prenatal de calidad a las usuarias que lo demanden.

Planteamiento del problema

¿Qué porcentaje (%) de cumplimiento de los estándares de calidad tuvo, el centro médico-quirúrgico Santa Fe en cuanto a las atenciones prenatales durante el estudio comprendido de enero 2018 – enero 2019?

Objetivos

Objetivo general:

Evaluar el cumplimiento de los estándares de calidad en la atención prenatal en las pacientes atendidas en la clínica Santa Fe - Matagalpa de enero 2018 - enero 2019”

Objetivos específicos:

1. Describir las características socio- demográficas de las embarazadas que ingresaron a la atención prenatal.
2. Determinar la calidad de atención prenatal a través del cumplimiento de las actividades normadas para cada atención prenatal.
3. Identificar complicaciones maternas-fetales en las pacientes que no cumplieron con los requisitos

Marco referencial

Glosario

1. Amenorrea: Es cuando hay ausencia de la menstruación en una mujer que tiene vida sexual activa y con períodos menstruales regulares. ⁹
2. ALTO RIESGO REPRODUCTIVO: Cuando en caso de presentarse un embarazo el producto o la madre o ambos van a sufrir lesión, daño o muerte o cuando posterior a ese embarazo quedarán secuelas que van incidir negativamente en su salud sexual y reproductiva futura.
3. Calidad de atención: Secuencia de actividades normadas que relacionan al proveedor de los servicios con el usuario (a), y con resultados satisfactorios. ¹
4. Edad Gestacional: Es el número de días o semanas completas a partir del primer día del último período menstrual normal. ¹
5. Embarazo: Es una condición de la mujer producto de la concepción que tiene una duración promedio de 280 días contados a partir del primer día de la última menstruación normal, si se relaciona en meses, decimos que tiene 10 meses lunares ó 9 solares y aproximadamente 40 semanas de gestación. ³
6. Parto: El acto de dar a luz un niño/a o un feto vivo/a o muerto/a y sus anexos, por vía vaginal. Es el procedimiento para asistir el nacimiento de un niño/a vivo/a, de un feto muerto (incluyendo placenta) por medios manuales, instrumentales o quirúrgicos.
7. Parto de Bajo Riesgo: Se considera parto de bajo riesgo, el de toda embarazada que al iniciar trabajo de parto espontáneo, cumple con 37 a 41 semanas cumplidas de gestación, si se estima que el peso fetal es de entre 2,500 y 4,000 gramos, si en el interrogatorio y examen físico no se determinan complicaciones médicas u obstétricas, ni factores de riesgo reales o potenciales de muerte perinatal o asfixia, contando además con un niño/a en presentación cefálica y con membranas íntegras.
8. Nacimiento pretérmino: Nacimiento que ocurre entre las 22 semanas de gestación y las 36.6 semanas de gestación. ¹
9. Parto a término: Es cuando el feto ha cumplido el ciclo de su vida intrauterina y la grávida ha llegado al término de su embarazo entre las 37 y las 41 semanas cumplidas de amenorrea.
10. Parto Posttérmino: Es cuando el parto ocurre en la semana 42 o más tarde.
11. Periodo intergenésico: periodo de tiempo que se existe desde el último embarazo (parto o aborto) y el inicio del siguiente embarazo.
12. Nacimiento: expulsión completa o extracción del organismo materno del feto de la concepción independiente sea cortado o no el cordón umbilical o este unido a la placenta y que sea de 21 o más semanas de gestación el termino se emplea tanto para los que nacen vivos o para los mortinatos.

El ministerio de salud MINSA Nicaragua ha creado normas y protocolos para el cumplimiento de la atención prenatal en las áreas de salud, dentro de ellos la normativa para el llenado de la historia clínica perinatal, que proporciona un sistema de advertencia sobre algunos factores preponderantes que pueden elevar el riesgo perinatal.

Atención Prenatal: Es la serie de visitas programadas de la embarazada con el proveedor 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 del-a recién nacido/a. La atención debe ser precoz, periódica, continua, completa, de amplia cobertura, con calidad y equidad.⁵

La Historia Clínica Perinatal (HCP), es un instrumento diseñado para ayudar en las decisiones relacionadas con el manejo clínico individual de la mujer embarazada durante la atención prenatal, el parto y el puerperio y del recién nacido/a hasta el alta.

Es esencial que los datos registrados en la HCP sean completos, válidos, confiables y estandarizados. El llenado de cada segmento no es responsabilidad de una persona sino de un equipo multidisciplinario y la calidad del llenado es vital, ya que la HCP forma parte del Expediente Clínico y está sujeta a las Auditorías Médicas.

El embarazo se clasifica en alto y bajo riesgo:

Embarazo de bajo riesgo: Es aquel en el cual la madre o su hijo tienen probabilidades bajas de enfermar antes, durante o después del parto, puede no identificarse factores de riesgo que no producen alteraciones al estado de ambos es determinada a través de criterios pre establecidos, no requieren otra evaluación o cuidado especial en el momento de la primera visita independientemente de la edad gestacional, máximo cuatro atenciones prenatales durante la gestación, se realiza evaluación (aplicación de formulario de riesgo) antes de cada atención prenatal y se decide si continúa en componente básico.

Embarazo de alto riesgo: Es aquel en el cual la madre o su hijo tienen mayores probabilidades de enfermar, morir o padecer secuelas antes, durante o después del parto, constituyen en promedio el 25% de todas las mujeres que inician atención prenatal, se le brindan las acciones del componente básico + los cuidados especiales de acuerdo a los requeridos por la patología materna, las atenciones prenatales en este grupo de riesgo son en un máximo número de siete.

La vigilancia de la comorbilidad se realiza mediante consultas y evaluaciones periódicas sin que estas se consideren atención prenatal (debiendo designarse

oportunamente el motivo de consulta si es Atención Prenatal ó Consulta Médica por Patología o Seguimiento de Patologías)

Es importante mencionar que si por alguna razón la paciente acude a una consulta médica (que no sea APN) y se le encuentre alguna prueba de laboratorio alterada que requiera re clasificación, se llena la casilla correspondiente DE CLASIFICACION DE RIESGO y se pasa al grupo de ARO para la siguiente atención prenatal y su flujo se cumple de acuerdo a lo establecido (por ejemplo, ver una curva de tolerancia oral a la glucosa positiva, una prueba de VIH positiva.)

Soporte jurídico sobre estándares de calidad en la atención prenatal

Ley 423, Ley General de Salud

La Ley General de Salud tal y como lo establece en su título I, Capítulo I, Arto 4 “Corresponde al Ministerio de Salud como ente rector del sector, coordinar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar acciones de salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo preparado en disposiciones legales especiales” En su título II, Capítulo I, Arto7, Numeral 6 “Expedir las normas de organización y funcionamiento técnico administrativo, operativo y científico de las instituciones proveedoras de los servicios de salud de naturaleza pública”. El Reglamento de la Ley General de Salud establece en su título VII, capítulo II, sección I, Arto 50, “Para el cumplimiento del Paquete Básico de Servicios de Salud, el I Nivel de atención, se regirá conforme los programas, manuales y protocolos de atención, definidos por el Ministerio de Salud”. En su título VII, capítulo II,. Arto 75, “Los proveedores de servicios de salud con independencia de su naturaleza jurídica, cumplirán estrictamente los manuales y otras disposiciones sobre calidad, ética e información Epidemiológica y de Gestión establecida para ellos”, en su Arto 80, numeral 4 y 5 establece, “Los establecimientos proveedores de servicios de salud de carácter privados, tiene las obligaciones siguientes: ¹⁰

- Cumplirán con los manuales correspondientes.
- Cumplirán con los estándares de calidad.

Constitución política:

Articulo. 59.- Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud y promover la participación popular en defensa de la misma. Los ciudadanos tienen la obligación de acatar las medidas sanitarias que se determinen.

Ley No 290, Decreto No 25 - 2006

Artículo 26.- Al Ministerio de Salud le corresponden las funciones siguientes:

Coordinar y dirigir la ejecución de la política de salud del Estado en materia de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Organizar y dirigir los programas, servicios y acciones de salud de carácter preventivo y curativo y promover la participación de las organizaciones sociales en la defensa de la misma; Dirigir y administrar el sistema de supervisión y control de políticas y normas de salud.¹¹

Normativa N° 002: Norma y protocolo de planificación familiar

La presente NORMA Y PROTOCOLO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR está dirigida a todas y todos los trabajadores de la salud, en los diferentes niveles de atención, con el propósito de poner en práctica una serie de acciones que permitan mejorar la calidad de atención y garantizar la seguridad de las usuarias que demandan los servicios. Así mismo deberá contribuir a la actualización de los conocimientos científicos y a la homogenización del manejo de la atención de planificación familiar, con el fin de identificar factores de riesgo en los cuales podemos incidir, para reducir las muertes en nuestro país. ¹¹

Composición de la atención prenatal

Elementos de la Historia Clínica perinatal.

En la presente Historia Clínica Perinatal, Amarillo significa **ALERTA** (cuadritos, triángulos o rectángulos en amarillo) e indica que: más información, análisis y decisiones se encuentran registradas en otra/s hoja/s del Expediente Clínico.⁹

SEGMENTO - IDENTIFICACIÓN DE LA EMBARAZADA:

Parto en: Anotar el número de código de la unidad de salud en donde se atendió el parto/ cesárea (7 espacios). Si el código de la unidad de salud es el 321, entonces se registrará 0000321.⁹

No. Identidad: Anotar el número de cédula de identidad, tal y como aparece en la misma.⁹

Nombre: Consignar los nombres y apellidos, preferiblemente como aparecerían en la cédula de identidad. Copiarlos si presenta su cédula.⁹

Domicilio: Se refiere a la residencia habitual de la embarazada. Consignar dirección exacta para efectos de la búsqueda activa de inasistentes.⁹

Localidad: Se refiere al nombre de la ciudad, municipio, pueblo, comarca.⁹

Teléfono: El teléfono del domicilio o celular.⁹

Fecha de Nacimiento: Completar día, mes y año del nacimiento de la embarazada.⁹

Edad: La de la embarazada en años cumplidos a la primera consulta prenatal (captación). Si es menor de 20 años o mayor de 35 años, marcar la casilla amarilla.⁹

Alfabeta: Si lee y escribe marcar **Si**, en caso contrario marcar **No**.⁹

Raza: Marcar el casillero que corresponda a la raza a la que declara pertenecer la embarazada.⁹

Estudios: Nivel de escolaridad cursado en el sistema formal de educación. Marcar el Nivel de Escolaridad y el máximo Año Aprobado.⁹

Estado Civil: El del momento de la primera consulta. Se entiende por “unión estable” la convivencia permanente con un compañero, sin formalización legal. En “otro” se incluye separada, divorciada, viuda.⁹

SEGMENTO-ANTECEDENTES FAMILIARES, PERSONALES Y OBSTÉTRICOS

Estos datos se obtienen al momento de la primera consulta. Si la mujer es hospitalizada (por trabajo de parto, por aborto o enfermedad) en un establecimiento diferente al lugar de la atención prenatal, los datos de esta sección podrán obtenerse del Carné Perinatal o por interrogatorio directo al momento del ingreso

Familiares: Se refieren a los parientes cercanos de la embarazada (padres, hermanos, abuelos, hijos) y su cónyuge, los **Personales** a los propios de la embarazada. Marcar la casilla **No** o **Si**. En el caso de “otros”, especificar.⁹

Obstétricos: Llenar las casillas correspondientes interrogando a la embarazada en la secuencia indicada. El Número de Gestas, por corresponder a **Antecedentes**, no incluye el embarazo actual; colocar 00 si el embarazo actual es el primero. Marcar las casillas amarillas debajo de **Gestas** en caso de que en la última gestación el recién nacido hubiera pesado menos de 2,500 grs, o que hubiese pesado más de 4,500 grs o si hubiese presentado preeclampsia/eclampsia en embarazos anteriores⁹

En el caso de **Abortos** en embarazos anteriores, registrar en el rectángulo amarillo.⁴ Si no tiene antecedentes de Aborto, marcar con 00. Cada parto múltiple previo se registra como una gesta, con dos o más partos y con dos o más hijos. Si no ha tenido partos previos se marcará 00. Registrar la cantidad de nacidos vivos y muertos (rectángulo amarillo) y de los nacidos vivos los que viven al momento de la captación en atención prenatal y los que murieron en la primera semana de vida o después de la primera semana; registrar estos últimos en rectángulo amarillo.⁹

Fin Anterior Embarazo: Anotar el mes y el año de finalización del embarazo inmediatamente anterior al actual, ya sea que haya terminado en parto/cesárea o aborto. Marcar 00 si se trata de una Primigesta. ⁴

Embarazo Planeado, marcar **Si** cuando por el interrogatorio, la madre dice que lo planeó; marcar **No**, en caso contrario. **Fracaso de Método Anticonceptivo**, se

entiende por fracaso si la mujer estaba usando un método anticonceptivo en el momento de la concepción. Marcar con **x** en el cuadrado amarillo el método usado.⁴

SEGMENTO-EMBARAZO ACTUAL-ATENCIÓN PRENATAL EN:

En este segmento se registran todos los datos relacionados con el embarazo actual, que se irán completando en las atenciones o visitas sucesivas.

Peso Anterior, es el peso de la mujer en kilogramos, PREVIO al embarazo actual. Cuando se desconoce el peso previo y la embarazada es captada en las primeras 12 semanas, se registrará el peso en esa primera atención prenatal como Peso Anterior. Cuando el peso es desconocido, estimarlo utilizando la tabla de peso materno para la talla según edad gestacional diseñada por el CLAP ⁴

Talla, Este dato requiere ser medido directamente al momento de la primera visita de control. ⁴

IMC: de acuerdo a la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, el incremento de peso debe clasificarse de acuerdo al IMC (peso en KG/talla en m²)

Desnutrición (menor de 18.5-24.9 kg/m²)

Peso normal (18.5-24.9 kg/m²)

Sobrepeso (25-29.9 kg/m²)

Obesidad (mayor de 30 kg/m²)

FUM, Este dato es esencial para calcular la edad gestacional y la fecha probable de parto. Muchas decisiones clínicas están basadas en la edad gestacional y por ello es crítico obtener un dato confiable. Si se desconoce el dato anotar **00**.

FPP, Se anotará el día, mes y año en que se cumplirán las 40 semanas de gestación. Existen fórmulas matemáticas que facilitan el cálculo de la FPP (Regla de Naegele, Pinard)

Confiabilidad de la Edad Gestacional (EG confiable por FUM o Eco < 20 s):

Aquí se solicita al personal de salud una evaluación subjetiva acerca de la confiabilidad del cálculo de la edad gestacional, ya sea por FUM o por ECO (USG) (SI/NO). Registrar si la edad gestacional es considerado dato confiable a partir del dato de FUM y/o la Ecografía (SI/NO), según corresponda.⁹

Estilos de vida: Se anotarán los estilos que la paciente refiera, esto se realizara por cada trimestre de gestación. Deberán anotarse en el expediente clínico otros aspectos de estilos de vida saludables como: Nutrición adecuada, exposición a sustancias químicas (p/e plaguicidas) o el uso del condón para evitar la transmisión vertical.

Antitetánica, Se administra a cualquier edad gestacional. Se considera inmunizada a la embarazada cuando a recibido dos dosis con intervalo de 4 a 8 semanas. Marcar **si** con una **x** en previa cuando ha tenido al menos una dosis de vacuna antitetánica y marcar **no** cuando no ha recibido ninguna vacuna antitetánica.

Constatar esta información preferiblemente a través de la tarjeta de inmunizaciones.⁹

Antirubéola, según esquema local. Marcar la casilla Previa, si la embarazada refiere haber sido vacunada con anterioridad; **Embarazo**, si fue inmunizada durante esta gestación.

Grupo y Rh, el grupo sanguíneo que corresponda (A, B, AB, O) registrarlo en la casilla. Para Rh y para sensibilización, marcar las casillas correspondientes; si la embarazada se encuentra sensibilizada **Si**, o **No** si no lo está.⁹

Examen Clínico Normal, marcar **Si** cuando el resultado del examen sea normal y **No** cuando se detecte alguna anormalidad, la que hay que describir.⁹

Examen de Mamas Normal, marcar **Si** cuando el resultado del examen sea normal y **No** cuando se detecte alguna anormalidad, la que hay que describir.⁹

Examen Odontológico Normal, marcar **Si** cuando el resultado del examen sea normal y **No** cuando se detecte alguna anormalidad, la que hay que describir.⁹

Papanicolaou Normal, en caso de haberse realizado dicho examen en el último año o durante el embarazo actual, marcar en la casilla Negativo (-) si el resultado fue normal o Positivo (+) si el resultado fue patológico, lo que hay que describir.⁹

VIH Solicitado: Se deberá brindar consejería a fin de que ella tome una decisión informada para aceptar le sea tomada la prueba de VIH. La evidencia es la hoja de consentimiento informado.⁹

Cérvix normal, marcar si con **x**, o no de acuerdo al examen vaginal realizado usualmente en la captación y que se aprovecha para la toma de Pap.⁹

VDRL/RPR (Reagina Plasmática Rápida) antes de las 20 semanas y después de las 20 semanas, marcar con **x** el resultado de la prueba en el cuadrado asignado; Negativo (-) es No Reactor y Positivo (+) si es Reactor, anotando la fecha del resultado. Si esta prueba No se hizo, registrar en las casillas con 99.⁹

Hemoglobina, antes de las 20 semanas y después de las 20 semanas, anotar el valor en gramos por 100 ml. Marcar con **x** en el cuadrado amarillo cuando la hemoglobina sea menor de 11 gr por 100 ml.⁹

Grupo: Registrar en la casilla el grupo sanguíneo que corresponda (A, B, AB, O).

Rh: Marcar (+) si la mujer es Rh positivo y (-) si es Rh negativo. Se entiende que la mujer esta **inmunizada** cuando tiene anticuerpos anti D. Si la mujer esta inmunizada (tendrá positivo el test de Coombs indirecto y en ese caso se marcara **—Sill**, en caso contrario se macara **—No**”.

EGO (Examen General de Orina), antes de las 20 semanas y después de las 20 semanas, marcar con **x** el resultado de la prueba en el cuadrado asignado; Negativo (-) No refleja infección urinaria y Positivo (+) traduce infección urinaria, anotando la fecha del resultado. Esta prueba debería estar disponible en todas las unidades de salud con cintas de uroanálisis. Lo ideal para una buena toma, sería: Aseo de los

genitales con agua y jabón. Si esta prueba No se hizo, registrar en las casillas con 99.⁹

Fe / Folatos indicados y Proporcionados, se marca **Si** cuando son indicados / proporcionados en cuatro visitas durante la gestación, se marca **No** si al momento del parto se constata que no fueron indicados / proporcionados.

Toxoplasmosis: La Infección por Toxoplasma Gondii^{5, 6} durante el embarazo es relativamente frecuente y puede afectar gravemente el feto. Según los resultados que se obtengan del toxotest (IgG o IgM), se deberá marcar una x el círculo que corresponda. Especificando si el toxotest fue realizado antes de las 20 semanas o después de las 20 semanas de gestación.⁹

Estreptococo B 35-37, semanas. Indicar si la pesquisa de Estreptococo B en esta edad gestacional realizada con toma recto-vaginal y en medio enriquecido, fue negativa (-) o positiva (+). Si no se realizó en estas condiciones o no se solicitó marcar “no se hizo”.⁹

Atención Prenatal Llenar los espacios correspondientes de forma horizontal por cada atención prenatal, en donde sólo abarca anotar 6 APN; por lo que se recomienda usar otra hoja de HCP, anexarla al Expediente Clínico y foliarlas respectivamente .⁹

EDAD GESTACIONAL. Las semanas cumplidas desde el primer día de la última menstruación hasta la fecha de la actual consulta. Marcar con una X el triángulo amarillo de la esquina derecha inferior, cuando sea una captación tardía o la edad gestacional se desconoce por FUM.⁹

PESO. En kilogramos (con un decimal), de la embarazada descalza, con ropa liviana. Marcar con una X el triángulo amarillo de la esquina derecha inferior, cuando los valores encontrados no se correspondan a la talla y edad gestacional o cuando no hay un adecuado incremento de peso (menor o mayor que lo esperado) con respecto al peso previo o de consultas anteriores.⁴

Tensión Arterial máx/mín (mmHG) La tensión máxima y mínima expresada en mmHg, valorada con la técnica adecuada.⁹

Altura Uterina. Medir la altura uterina en centímetros desde el borde superior de la sínfisis pubiana al fondo del útero. Utilizar la técnica del pinzamiento entre los dedos índice y medio.⁹

Presentación. Para la presentación, escribir “cef” (cefálica), ‘pelv” (pelviana) o “transv” (transversa). Cuando no sea factible recabar el dato, marcar con una raya horizontal en el espacio correspondiente. ⁹

Frecuencia Cardíaca Fetal. Consignar la frecuencia cardíaca fetal en latidos por minuto a partir de las 20 semanas de gestación.⁹

Movimiento Fetal. Consignar los movimientos fetales a partir de las 18 semanas de gestación.⁹

Las casillas en blanco pueden ser utilizadas; una para la próxima cita la que debe anotarse con la fecha que corresponda a la consulta subsiguiente, en la otra casilla en blanco se registra las iniciales de quien realiza la atención prenatal.⁴

En la Atención Prenatal de Bajo Riesgo se realizarán cuatro atenciones programadas, lo que permitirá el cumplimiento de las actividades necesarias. La captación (primera atención) debe ser lo más precoz posible siendo lo normado efectuarla en el primer trimestre de embarazo. La captación tardía impone realizar las actividades correspondientes a las atenciones anteriores además de las que corresponden al periodo actual de embarazo.

La atención prenatal óptima debe de cumplir con los siguientes requisitos básicos:⁵

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.

3. CONTINUA: Es la secuencia de las atenciones que se brindan de forma sistemática e ininterrumpida.

4. COMPLETA: Es cuando los contenidos de las atenciones garantizan el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la embarazada.

5. AMPLIA COBERTURA: Es el porcentaje de población embarazada que es Controlada. La cobertura meta por territorio es del 100%.

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.

Atención Prenatal de Bajo Riesgo

Es la atención que se brinda a embarazadas en las que no se identificó ningún factor de riesgo, (según el Formulario de Clasificación de OMS Modificado y HCPB,) y también en las que se identifiquen factores de riesgo potenciales (sociales, genéticos, biológicos, etc.) que no producen alteraciones al estado de salud de la madre, su hijo-a, o ambos.³

Actividades básicas para todas las atenciones

1. Llenado y análisis de formularios de atención prenatal. Los que se utilizan son: historia clínica perinatal base, carné perinatal, formulario de clasificación de OMS, modificado y los relacionados del expediente clínico, se realizará llenado de HCPB y carné. La información se obtiene a través del interrogatorio que realiza el/la proveedor/a con la embarazada.⁵

2. Clasificación de embarazo de Bajo o Alto Riesgo. Esta actividad debe ser SIEMPRE realizada en cada atención prenatal, el/-la proveedor/a- debe escribir los factores de riesgo (potenciales o reales) identificados durante la misma y vigilar la evolución de los mismos. Se obtiene de efectuar un adecuado llenado y análisis de los formularios de la APN.⁵

3. Indagar sobre Violencia. A través del interrogatorio identificar si la embarazada es o ha sido víctima de algún tipo de violencia: Física, Psicológica o Emocional, Sexual, Económica y por negligencia o descuido. Oriéntela sobre las alternativas tanto médicas, como psicológicas y judiciales existentes. Refiérala según corresponda.⁵

4. Medición de Signos Vitales. Realizar medición de frecuencia cardiaca materna, pulso, temperatura axilar, frecuencia respiratoria y presión arterial (P/A).⁵

5. Medición de Peso, llenado y vigilancia de curva de Incremento de Peso Materno (IPM). Luego de tener el dato del peso en Kilogramo de la embarazada se procede a graficar el IPM en curva correspondiente según el punto de intersección de las líneas de Incremento de Peso Materno en Kg (horizontal) y la Edad Gestacional-en semanas (vertical).⁵

6. Examen Físico General Completo. Este debe seguir el orden céfalo-caudal, es importante no olvidar efectuar revisión de cavidad bucal, examen clínico de Mamas y revisar Genitales Externos.⁵

7. Examen Obstétrico: Medición de Altura de Fondo Uterino (AFU), llenado y Evaluación de Curva del Crecimiento Fetal. La altura se mide en centímetros con la cinta obstétrica desde el pubis hasta el fondo uterino determinado por palpación. El extremo de la cinta métrica se fija en el borde superior del pubis con los dedos de una mano, mientras entre el dedo índice y mayor de la otra mano se desliza la cinta hasta que el borde cubital de esa misma mano alcance el fondo uterino.⁵

Luego proceder a graficar el valor obtenido en la Curva de Crecimiento Uterino, que será el punto de intersección entre la altura uterina en cms. (línea horizontal) y la edad gestacional-en semanas (línea vertical), la evolución normal está representado en los rangos comprendidos entre el Percentil 10 y el Percentil 90.

8. Aplicación de vacuna antitetánica. Se administra a cualquier edad gestacional. La embarazada se considera inmunizada cuando ha recibido dos dosis, con intervalos entre 4 a 8 semanas.⁵

Hacer prueba de hemoglobina: se considera que una gestante cuando la hemoglobina es menor a 11,0 g/d (durante el primer o tercer trimestre) o cuando el segundo trimestre es menor de 10,5 g/dl.

Anemia leve: 10- menor de 11 gr/dl.

Anemia moderada: 7- menor de 10gr/dl.

Anemia severa: menor de 7. ⁵

Administración de albendazol: albendazol 400mg se puede administrar en el primer y tercer trimestre con una diferencia de 6 semanas.⁵

9. Prueba rápida de bacteriuria y proteinuria en orina. Se realiza con tiras reactivas. Se debe efectuar a toda embarazada en cada atención prenatal, independientemente de que se encuentre asintomática.⁵

10. Prescripción de Ácido Fólico y Hierro: Su dosificación se define según si la embarazada tenga o no antecedentes de haber dado a luz a un niño-a con defecto del tubo neural (DTN). SI HAY antecedentes de DTN, o tiene Diabetes tipo II o ha recibido tratamiento con anticonvulsivantes, 4 mg. diario durante el embarazo; Si NO HAY antecedentes de DTN, indicar 0.4 mg. diario durante el embarazo.⁵

A las embarazadas se debe indicar una tableta con concentraciones de 60 mg. de **Hierro:** con valores de hemoglobina normal prescribir 1 tableta 60mg más ácido fólico 0.4 mg diario, orientar sobre reacciones más frecuentes como: mal sabor en la boca, estreñimiento y ardor estomacal.⁵

Control de glucosa: en la primera consulta debe realizarse una valoración del riesgo de diabetes gestacional,

11. Consejería. En todas las atenciones prenatales se deben brindar orientaciones y conversar con la embarazada sobre signos de alarma, alimentación, higiene y vestimenta adecuada. Todas las orientaciones verbales deben estar acompañadas por instrucciones escritas. ⁵

13. Indicación de próxima cita de APN. Después de terminar la atención prenatal escribir en la HCPB y decirle a la embarazada cuando debe regresar para la siguiente atención, escribirlo además en el Carné Perinatal.⁵

Actividades normadas para cada atención prenatal

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.⁵

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.

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.⁵

Examen Físico

Efectuar medición de Talla materna.

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. Buscar signos clínicos de anemia.

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 (o 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.⁵

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 de I trimestre se enviará para realizar tamizaje de Arterias uterinas de proceso hipertensivo gestacional y Medición de Longitud de cuello para predicción parto pretérmino.⁵

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. o Ingesta de líquido.
 - Explique que debe acudir a la unidad de salud si los síntomas persisten después de 3 ó 4 días.
 - Evalúe presencia de dinámica uterina, Inicie tratamiento y maneje según normativa 109.⁵

Prueba de tolerancia oral a la glucosa: se debe enviar entre la semana 24 y 28 de gestación como prueba de tamizaje para diabetes gestacional. ⁵

Identifique factores de riesgo del embarazo actual

- Infecciones vaginales recurrentes (candidiasis, vaginosis).
- Sospecha de diabetes gestacional.
- 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.⁵
- Pedirle a la embarazada que registre cuando nota los primeros movimientos fetales (según el trimestre en que se realice la primera Atención Prenatal).⁵
- Preguntar por algunos signos y síntomas que pueden presentarse en este trimestre y orientar según sea el caso.

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. ⁵

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. ⁵

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. ⁵

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. Se debe actualizar el Formulario de Clasificación del Riesgo. ⁵

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).⁵
- Preguntar acerca de la fecha en que la madre tuvo el primer reconocimiento de los movimientos fetales para registrarlo en el expediente clínico.⁵
- Indagar acerca del cumplimiento de todas las indicaciones de la primera atención, la ingesta de otros medicamentos, diferentes al hierro y ácido fólico.⁵
- Interpretar y dar a conocer a embarazada los resultados de exámenes prescritos en la primera atención prenatal.⁵

Examen Físico

Además de lo realizado en la primera atención prenatal, efectuar lo siguiente:

- Determinar la presentación del feto según maniobras de Leopold.⁵

- Auscultar latidos fetales.⁵
- Considerar el examen vaginal utilizando un espéculo únicamente si no fue realizado en la primera visita.
- Revisar la presencia de edema generalizado.⁵

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.⁵

Indicar nuevamente el resto de exámenes (VIH/SIDA, RPR, Tipo y Rh, Glucemia) si no se los ha realizado aún.⁵

Identifique factores de riesgo del embarazo actual

Lo principal a indagarse en esta atención prenatal es lo relacionado a: dolor, sangrado, “flujo vaginal” (líquido amniótico, ITS), signos y síntomas de anemia.

Implementar las siguientes intervenciones.⁵

- Revisar realización de exámenes de laboratorio indicados en la primera atención. Dar tratamiento para resultados positivos de EGO y RPR.
- Indicar Albendazol 400 mg. Vía oral, dosis única.
- Aspirina 100 mg p.o. diario iniciar mínimo 12 semanas de gestación máximo hasta las 16 semanas de gestación, continuar hasta las 36 semanas de gestación a embarazadas con factores de riesgo para Preeclampsia.
- Calcio 1,800mg/ día Po diario a partir de las 12 semanas máximo hasta 16 semanas de gestación y se cumplirá hasta las 36 semanas a embarazadas con factores de riesgo para Preeclampsia.
- Si tiene antecedentes de cesárea previa y cursa con embarazo actual de 32 semanas de gestación, enfatizar que el parto debe ser hospitalario.
- Consejos preguntas, respuestas y programación de la próxima atención.
- Además de lo realizado en la primera atención, revisar lo relacionado a:
- Edemas en pies manos y cara: se debe indicar examen general de orina, orientar sobre dieta sin sal, reposo con elevación de miembros inferiores.
- Calambres: ingerir jugo de naranjas, bananos, caminar en puntillas antes de acostarse por un minuto, si hay temperaturas ambientales frías tener cuidado de abrigarse bien.⁵

Tercera atención prenatal

La tercera atención debe realizarse a las 32 semanas de embarazo o alrededor de esa fecha. Si no asistió a la segunda atención, esta atención debe incluir todas las actividades de la segunda visita y la duración debería extenderse el tiempo que sea necesario.⁵

Algunas embarazadas tendrán su parto antes de la siguiente atención programada. El o la proveedor-a debe aconsejar a la embarazada sobre los síntomas y signos de los pródromos del trabajo de parto normal o de un parto pretérmino, y la asociación

de este último con alta mortalidad perinatal. ¿Qué hacer en caso de pérdida de líquido amniótico, dolor abdominal, sangrado vaginal?

Interrogatorio

- Preguntar sobre signos, síntomas o situaciones particulares que se han presentado desde la segunda atención prenatal hasta la actual estén o no relacionados con la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB).⁵
- Indagar acerca del cumplimiento de todas las indicaciones de la segunda atención, la ingesta de otros medicamentos, diferentes al hierro y ácido fólico.⁵

Examen Físico

- Determinar la presentación (cefálica-pélvica), posición (derecha o izquierda) y situación (longitudinal, transversa, oblicua) del feto según maniobras de Leopold.⁵
- Auscultar latidos fetales.⁵
- Considerar el examen vaginal (utilizando un espéculo) únicamente si no ha sido realizado en la primera y segunda atención prenatal. ⁵

Exámenes 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 en el examen físico de esta atención.⁵

Indicar nuevamente el resto de exámenes (Tipo y Rh, Glucemia) si no se los ha realizado aún.⁵

- Indicar RPR, VIH, toxotest.

Identifique factores de riesgo del embarazo actual

- Revisar los factores relacionados con: dolor abdominal o lumbar, sangrado o flujo vaginal (líquido amniótico, sangre), movimientos fetales aumentados o disminuidos, sospecha de parto gemelar.⁵
- Si la Hemoglobina es mayor de 13 gr/dl en ausencia de otros síntomas o signos puede significar crecimiento fetal anormal, citar para una nueva valoración antes de las 36 semanas para evaluar el crecimiento fetal.

Implementar las siguientes intervenciones.⁵

Además de lo realizado en la primera y segunda atención prenatal, revisar lo relacionado a:

- Indicar Albendazol 400 mg. Vía Oral, dosis única si no se indicó en atención prenatal anterior.
- Consejos, preguntas, respuestas y programación de la próxima atención.
- Orientar sobre la aparición de signos y síntomas de alarma: contracciones uterinas, salida de sangre-líquido-tapón mucoso transvaginal y movimientos fetales anormales que pueden significar amenaza o trabajo de parto, dar consejos sobre las medidas a tomar.
- Orientaciones sobre Parto Psicoprofiláctico y Plan de Parto.

- Brindar recomendaciones sobre lactancia materna, anticoncepción y la importancia de la atención post parto.
- En el caso de los y las adolescentes hablar de Maternidad y Paternidad responsable, continuidad de proyectos de vida después del parto.
- Preguntar por algunos signos y síntomas que pueden presentarse en este trimestre y orientar según sea el caso: además de los mencionados en la primer y segunda atención, se pueden presentar:
Convulsiones, proteger a la embarazada, iniciar tratamiento como

Cuarta atención prenatal

La cuarta atención, puede ser la última, tiene lugar entre la semana 36 y 38 semanas de gestación. En esta atención es extremadamente importante detectar aquellas embarazadas con fetos en presentaciones anómalas.⁵

Durante esta atención se debe informar nuevamente a la embarazada sobre los beneficios del parto institucional, de la lactancia materna exclusiva y la anticoncepción, así como, la disponibilidad de métodos anticonceptivos para las púerperas.⁵

Interrogatorio

Preguntar sobre signos, síntomas o situaciones particulares que se han presentado desde la última atención prenatal hasta la actual estén o no relacionados con la Historia Clínica Perinatal (HCP), por ejemplo: salida de líquido amniótico, dolor abdominal o lumbar, contracciones uterinas, sangrado, movimientos fetales.⁵

Indagar acerca del cumplimiento de todas las indicaciones realizadas en su atención prenatal anterior, la ingesta de otros medicamentos, diferentes al hierro, ácido fólico, calcio y aspirina.⁵

Examen Físico

- Determinar la presentación (cefálica-pélvica), posición (derecha o izquierda) y situación (longitudinal, transversa, oblicua) del feto según maniobras de Leopold.⁵
- Auscultar latidos fetales.⁵
- Considerar el examen vaginal (utilizando un espéculo) únicamente si no fue realizado en la primera visita. Si la embarazada está sangrando, realizar intervenciones según Protocolo de Emergencias Obstétricas.⁵
- Relación feto-pélvica a través de examen pélvico para evaluar posibilidades de Desproporción Feto-pélvica Relación Feto – Pélvica.⁵

Exámenes de Laboratorio.⁵

Sangre: Hemoglobina cuando se detecte signos de anemia severa en el examen físico o control de tratamiento.

Indicar nuevamente el resto de exámenes (VIH/SIDA, RPR, Tipo y Rh, Glucemia) si no se los ha realizado aún y orientarle que los lleve en cuanto tenga los resultados de los mismos.

Identifique factores de riesgo del embarazo actual.⁵

Explicar a las embarazadas que, si no han tenido su parto para el final de la semana 41 (41 semanas completas o 290 días), si completada la fecha anterior no hay pródromos de trabajo de parto, indicar que acudan nuevamente a la atención prenatal para orientar según sea el caso: además de los mencionados en la primera, segunda y tercera atención, se puede presentar:

- Embarazo prolongado, roturas espontáneas de la bolsa de líquido amniótico, por lo que oriente.
- Si hay signos y síntomas de Inicio de Trabajo de Parto.
- Muerte fetal intrauterina.

Implementar las siguientes intervenciones.⁵

- Reforzar las orientaciones sobre Parto Sin Temor (Psicoprofiláctico).
- Estrategias para Plan de Parto: Esta estrategia está encaminada a orientar la organización, la atención precoz y el seguimiento de la misma, con la finalidad de mejorar el estado de salud de la embarazada al fin de disminuir la mortalidad materna domiciliar.
- Consejos, preguntas, respuestas.
 1. Enfatizar en el inicio del cumplimiento de las medidas a tomar en caso de trabajo de parto (o amenaza de parto prematuro).
 2. Orientar sobre la importancia de llevar el carné perinatal para la atención del parto institucional.
 3. Preparación para el momento del parto y amamantamiento.
 4. Higiene y cuidados del puerperio y del recién nacido.
 5. Importancia de la asistencia de los controles del niño-a.
 6. Espaciamiento del periodo intergenésico.

Diseño metodológico

Tipo de estudio: se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, con un enfoque cualicuantitativo.

Lugar y periodo de estudio: se realizó en la clínica santa fe, Matagalpa - Nicaragua. en el periodo enero 2018 a enero 2019.

Unidad de análisis: Se analizó los expedientes clínicos que tengan Historia Clínica Perinatal.

Universo o población: está conformado por **1060** expedientes de pacientes embarazadas atendidas en la clínica santa fe.

Tipo de Muestra: El tamaño de la muestra corresponde a **283** pacientes, se realizó a través de la formula estadística netquest para muestras finitas, con un margen de error 5%, nivel de confianza 95% y heterogeneidad 50%.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

n = El tamaño de la muestra que queremos calcular

N = Tamaño del universo

Z = Es la desviación del valor medio que aceptamos para lograr el nivel de confianza deseado.

e = Es el margen de error máximo que admito (p.e. 5%)

p = Es la proporción que esperamos encontrar.

- Muestreo: Probabilístico

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de Inclusión

1. Aquellos expedientes que tienen historia clínica perinatal
2. Pacientes embarazadas comprendidas en todas las edades
3. Que cursaron con embarazo entre el periodo de enero 2018 a enero 2019

Criterios de Exclusión

1. Aquellos expedientes que no tiene una historia clínica perinatal
2. Las que terminaron su embarazo fuera de la institución.
3. Pacientes que terminaron en abortos.

Técnicas e instrumentos Recolección de datos:

Se solicitó permiso por escrito a la dirección de la clínica santa fe, donde se explicó los objetivos del estudio y posteriormente, se realizaría una ficha de recolección de datos con preguntas cerradas, donde se hizo depuraciones y se dejó las más claras, precisas y concisas.

Materiales para recolectar la información

El material que se utilizó para recolectar la información fue a través de una ficha de recolección de datos, Y la selección la muestra fue probabilística, En esta investigación se consideraron las normas éticas en relación a investigación en seres humanos; la información que se obtendrá será solo para fines de investigación.

Prueba piloto:

Se aplicarán a diez expedientes tomados al azar de la muestra que reunió los mismos criterios de estudio con la finalidad de darle validez al instrumento.

Procesamiento y análisis de los datos

Al aplicar el instrumento recolección de datos por medio de una ficha recolección de datos, estos se registraron en una base de datos en Microsoft Excel 2018 y posteriormente se procesaron por medio del software Epi Info versión 7.2, las variables se analizarán a través de frecuencias y porcentajes.

ASPECTOS ÉTICOS

Consentimiento informado: Se dio a conocer a la dirección de la clínica santa fe, el objetivo de la investigación y las que decidieron participar o no en el estudio, esto se hizo mediante un documento formal de consentimiento informado.

Operacionalización de variables: Las variables se operacionalizan a partir de las variables independientes como son: Llenado de historia clínica prenatal, Actividades normadas en cada atención prenatal.

Instrumento de investigación: se diseñará una ficha de recolección de datos que corresponden a la información que se requiere para alcanzar los objetivos del estudio. Dicho instrumento será sometido a validación al aplicarlo a una pequeña parte de la muestra para reformular lo que se encuentre durante la validación.

Plan de análisis: se solicitará autorización a las autoridades de la institución para la realización del estudio, la recolección de la información se realizará por la autora a través del trabajo de campo, a través de revisión de expediente clínico

Operacionalización de las variables.

Características sociodemográficas

Variable	Definición Operacional	Indicador	Valor	Escala
Procedencia	Ubicación geográfica	Ficha de recolección de datos	Rural Urbana	Nominal
Grupo etario	Tiempo biológico transcurrido desde el nacimiento del paciente hasta el momento de la obtención de datos.	Ficha de recolección de datos	16-20 21-25 26-30 31-35 36-40 Mayor de 41	Intervalo
Alfabeta	Conjunto de los símbolos empleados en un sistema de comunicación.	Ficha de recolección de datos	Si No	Nominal
Nivel académico	Estudios realizados por el paciente, hasta el momento de la obtención de datos.	Ficha de recolección de datos	Primaria Secundaria Técnico superior Universitaria	Nominal
Estado civil	Situación civil del paciente al momento de la obtención de datos	Ficha de recolección de datos	Casada Divorciada Soltera Unión estable	Nominal
Controles Prenatales	conjunto de todas aquellas actividades asistenciales y preventivas promocionales que se realizan en la embarazada, con la finalidad de proteger la salud de la madre y de su niño	Ficha de recolección de datos	2 CPN 3 CPN 4 CPN 5 CPN 6 CPN	Nominal

Evaluación del cumplimiento de los estándares de calidad en la atención prenatal en las pacientes atendidas en la Clínica Santa fe Matagalpa Enero 2018-Enero 2019

Estándares de calidad en la atención prenatal

Variable	Indicador	Valor	Escala
Antecedentes personales y obstétricos	Ficha de recolección de datos	0 (no se cumple) 1 (se cumple) NA (No Aplica)	Nominal
Medición de talla	Ficha de recolección de datos	0 (no se cumple) 1 (se cumple) NA (No Aplica)	Nominal
Examen de mamas	Ficha de recolección de datos	0 (no se cumple) 1 (se cumple) NA (No Aplica)	Nominal
Medición de peso	Ficha de recolección de datos	0 (no se cumple) 1 (se cumple) NA (No Aplica)	Nominal
Semanas de amenorrea	Ficha de recolección de datos	0 (no se cumple) 1 (se cumple) NA (No Aplica)	Nominal
Medición de peso	Ficha de recolección de datos	0 (no se cumple) 1 (se cumple) NA (No Aplica)	Nominal
Determinación de la presión arterial	Ficha de recolección de datos	0 (no se cumple) 1 (se cumple) NA (No Aplica)	Nominal
Medición de la altura uterina	Ficha de recolección de datos	0 (no se cumple) 1 (se cumple) NA (No Aplica)	Nominal
Auscultas fcf a partir de las 20 sem	Ficha de recolección de datos	0 (no se cumple) 1 (se cumple) NA (No Aplica)	Nominal
Movimientos fetales después de 18 sem	Ficha de recolección de datos	0 (no se cumple) 1 (se cumple) NA (No Aplica)	Nominal
Aplicación de la vacuna antitetánica	Ficha de recolección de datos	0 (no se cumple) 1 (se cumple) NA (No Aplica)	Nominal
Exámenes de laboratorio	Ficha de recolección de datos	0 (no se cumple) 1 (se cumple) NA (No Aplica)	Nominal
Evaluación del estado nutricional en base a índice de masa c	Ficha de recolección de datos	0 (no se cumple) 1 (se cumple) NA (No Aplica)	Nominal

Evaluación del cumplimiento de los estándares de calidad en la atención prenatal en las pacientes atendidas en la Clínica Santa fe Matagalpa Enero 2018-Enero 2019

Evaluación del estado nutricional en base al incremento de p	Ficha de recolección de datos	0 (no se cumple) 1 (se cumple) NA (No Aplica)	Nominal
--	-------------------------------	---	---------

Complicaciones maternos-fetales

Variable	Definición Operacional	Indicador	Valor	Escala
Complicaciones maternas Fetales	Enfermedades que la mujer ha experimentado antes, durante y después de su estado gravídico	Ficha de recolección de datos	1. HTA previa 2. HTA inducida embarazo 3. Preeclampsia 4. Eclampsia 5. Cardiopatía 6. Nefropatía 7. diabetes mellitus 8. infección ovular 9. Infección Urinaria 10. Amenaza de Parto Pretérmino 11. RCIU 12. Ruptura Prematura de Membrana 13. anemia 14. Otra Condición grave 15. Hemorragia 16. Infeccion puerperal 17. Ninguna	Nominal

Resultados

De la aplicación de instrumentos de investigación (ficha de recolección de datos), "Evaluación del cumplimiento de los estándares de calidad en la atención prenatal en las pacientes atendidas en la clínica Santa Fe - Matagalpa de enero 2018- enero 2019" Se produjeron los siguientes resultados:

Características sociodemográficas: En cuanto al a la procedencia de los pacientes con estándares de calidad en la atención prenatal se concentró lo siguiente: urbano de (62.90 %) y rural (37,10 %), (*Ver anexo 3, Gráfico N°.1*)

Grupo etario de las pacientes con estándares de calidad en la atención prenatal se concentró lo siguiente: 31 a 35 años con el (35.34 %), 36 a 40 años (25,8 %), 26 a 30 años (15,19 %), 21 a 25 años (15.9 %), mayor de 41años con el (6 %) y 16 a 20 años (1,77 %), (*Ver anexo 3, Gráfico N°.2*).

Alfabetos de las pacientes con estándares de calidad en la atención prenatal se concentró lo siguiente. sí (98,23 %), y no de (1,77 %). (*Ver anexo 3, Gráfico N°.3*).

Nivel académico de las pacientes fue la siguiente: universitario con (67,84 %), seguido de secundaria (28,62 %), primaria (3,53 %), técnico superior (0 %), y (*Ver anexo 3, Gráfico N° 4*).

Estado civil de los encuestados fue la siguiente: Con mayor predominio unión estable (63,25 %), seguido de casada con el (27,21 %), divorciada (7,07 %), soltera con el (2,47 %) (*Ver anexo 3, Gráfico N°.5*).

Número de controles prenatales (CPN) de las pacientes en estudio fue la siguiente: Con mayor predominio fue 5 CPN con el (47 %), seguido de 4 CPN con el (27,21 %), 6 CPN con el (14,49 %), 2 CPN con el (19,79 %) y 3 CPN con el (9,54) (*Ver anexo 3, Gráfico N°.6*).

ESTANDARES DE CALIDAD

Estándar número 1, **antecedentes personales y obstétricos:** se cumple con el (98,23%), no se cumple con el (1,77 %) (*Ver anexo 3, Gráfico N° 7*).

Estándar número 2, **medición de talla:** se cumple con el (96,47 %) no se cumple con el (3,53 %). (*Ver anexo 3, Gráfico N° 8*).

En cuanto al estándar número 3, **examen de mama:** se cumple con el (96,47 %), no se cumple con el (3,53 %). (*Ver anexo 3, Gráfico N° 9*).

Estándar número 4, **medición de peso:** se cumple con el (96,47 %) y no se cumple con el (3,53 %). (*Ver anexo 3, Gráfico N° 10*).

Estándar número 5, **semanas de amenorrea**: se cumple con el (98,23%), no se cumple con el (1,77 %). (Ver anexo 3, Gráfico N.º 11).

Estándar número 6, **medición de peso**: se cumple con el (96,47 %), no se cumple con el (3,53 %). (Ver anexo 3, Gráfico N.º 12).

Estándar número 7, **determinación de la presión arterial**: se cumple con el (98,23%), no se cumple con el (1,77 %). (Ver anexo 3, Gráfico N.º 13)

Estándar número 8, **medición de la altura uterina**: se cumple con el (96,47 %) y no se cumple con el (3,53 %). (Ver anexo 3, Gráfico N.º 14).

Estándar número 9, **auscultación de la FCF a partir de las 20 SG**: se cumple con el (96,47 %) y no se cumple con el (3,53 %). (Ver anexo 3, Gráfico N.º 15).

Estándar número 10, **movimientos fetales después de las 18 SG**: se cumple con el (96,47 %) y no se cumple con el (3,53 %). (Ver anexo 3, Gráfico N.º 16).

Estándar número 11, **aplicación de la vacuna antitetánica**: se cumple con el (96,47 %) y no se cumple con el (3,53 %). (Ver anexo 3, Gráfico N.º 17),

Estándar número 12, **exámenes de laboratorio**: se cumple con el (96,47 %) y no se cumple con el (3,53 %). (Ver anexo 3, Gráfico N.º 18).

Estándar número 13, **evaluación del estado nutricional en base al índice de masa corporal**: se cumple con el (96,47 %) y no se cumple con el (3,53 %). (Ver anexo 3, Gráfico N.º 19).

Estándar número 14, **evaluación del estado nutricional en base al incremento de peso**: se cumple con el (96,47 %) y no se cumple con el (3,53 %). (Ver anexo 3, Gráfico N.º 20).

COMPLICACIONES MATERNOS-FETALES

En cuanto a las complicaciones maternas encontradas en nuestro estudio de las pacientes con estándares de calidad en la atención prenatal se concentró lo siguiente con mayor predominio ninguna complicación con el (47,35%), seguido de otra condición grave con el (13,78%), seguido de HTA inducida embarazo con el (9,19%), HTA previa con el (2,12%), preclapmsia con el (1,06%), nefropatía con el (1,06%), infección urinaria con el (5,65%), con amenaza de parto pretérmino con el (8,83%), ruptura prematura de membrana (5,65%), anemia con el (5,30%),.. (Ver anexo 3, Gráfico N.º.21)

Discusión y análisis de los resultados

Con la introducción de los estándares e indicadores de calidad en la atención a la embarazada y recién nacido podemos recoger el quehacer del personal de salud del primero y segundo nivel de atención, y su medición ha permitido la identificación de oportunidades de mejora y el diseño de intervenciones rápidas basadas en equipos de trabajo para la mejora continua de la calidad con el objetivo de disminuir la morbimortalidad materno e infantil

El proceso de investigación relacionado con: **“Evaluación del cumplimiento de los estándares de calidad en la atención prenatal en las pacientes atendidas en la clínica Santa Fe - Matagalpa de enero 2018- enero 2019”**., generó la siguiente discusión y análisis de los resultados:

En las normas y protocolos de atención prenatal establece que el 80 % de los embarazos de tu territorio sea captado en un periodo no mayor de 12 semanas y la captación estuvo en el 60 % en captación precoz, dato que supera la alcanzada en el Silais Matagalpa en el 2017 que fue del 64 %.

En las características sociodemográficas de mi estudio se observó que el grupo etario que más frecuente es de 31-35 años, Según el estado civil en su mayoría el máximo porcentaje unión libre, que hay un gran porcentaje de personas alfabetas que les permite obtener información sobre como tienen que llevar los controles prenatales, lo que respecta con el nivel académico de las encuestadas fue que por ser personas aseguradas gran parte de las pacientes cursaron con la universidad, en las normas e historia clínica perinatal actualmente en el 2019 dice que toda paciente debe tener 6 controles prenatales sin embargo en nuestro estudio de gran predominio que las pacientes de la clínica santa fe cursaban con 5 CPN.

Conclusiones

1. Con respecto a las características sociodemográficas, la población en estudio que más predominó estaba comprendidas en edades de 31 a 35 años de edad, La mayoría de las pacientes investigadas tenían un estado civil de unión estable, la mayoría eran alfabetas, cursaron con el nivel académico universitaria y que los Controles prenatales fueron 5. Se comprobó que se está realizando un buen y correcto llenado de los datos concernientes a la identificación de la paciente, antecedentes personales, familiares y obstétricos que satisfacen más del 80% que exigen las normas propuestas por el MINSA.
2. En relación con los estándares de calidad en los controles prenatales refiere que se está haciendo buen trabajo es decir se están cumpliendo sin embargo existe un mínimo porcentaje, pero significativo en el cual se tiene que mejorar más en la valoración del estado nutricional.
3. En cuanto a las complicaciones maternas-fetales la que más prevaleció y con el mayor porcentaje con el 47,35% no presentaron ninguna complicación materno-fetal, seguido de otra condición grave con el 13,78%, seguido de HTA inducida embarazo con el (9,19%), HTA previa con el (2,12%), preeclampsia con el (1,06%), nefropatía con el (1,06%), infección urinaria con el (5,65%), con amenaza de parto pretérmino con el (8,83%), ruptura prematura de membrana (5,65%), anemia con el (5,30%), porque lo consideramos nuestro estudio fue de mucha ayuda tanto a nosotras como investigadoras, como también al hospital para activar ciertos equipos que puedan prevenir comorbilidades antes, durante y después del embarazo de las pacientes.

Recomendaciones

1. Consideramos que la clínica santa fe debe mejorar y Fomentar capacitaciones continuas a todos los trabajadores de la salud, así como, colaboradores voluntarios y líderes con el fin de mantener la promoción de una vida saludable para que los pacientes no presenten complicaciones maternas-fetales y tengan buenos conocimientos para emplear siempre los estándares de calidad en los controles prenatales.
2. Recomendamos a la UNIDES que este tema es de suma importancia intensificar y Formar clubes de expertos y estudiantes en cada Unidad de Salud con el fin de intercambiar conocimientos, anécdotas y experiencias que promuevan y fortalezcan la prevención de las complicaciones y siempre cumplan con los estándares de calidad para brindar una atención prenatal de calidad y hacer mucho énfasis en este tema ya que es una base fundamental para el desarrollo y bienestar del binomio madre-hijo.
3. Sugerimos al MINISTERIO DE SALUD (MINSA) Fortalecer y Continuar dando a conocer las actualizaciones. Del protocolo de seguimiento de las complicaciones maternas-fetales en este caso el embarazo desde el MINSA en relación médicos generales, pediatras, ginecólogos y enfermeras para continuar fortaleciendo la toma correcta de una historia clínica perinatal base como un deber un derecho y una necesidad en salud, para mejorar el principal problema que es la mala práctica en dicho hospital.

Referencias bibliográficas

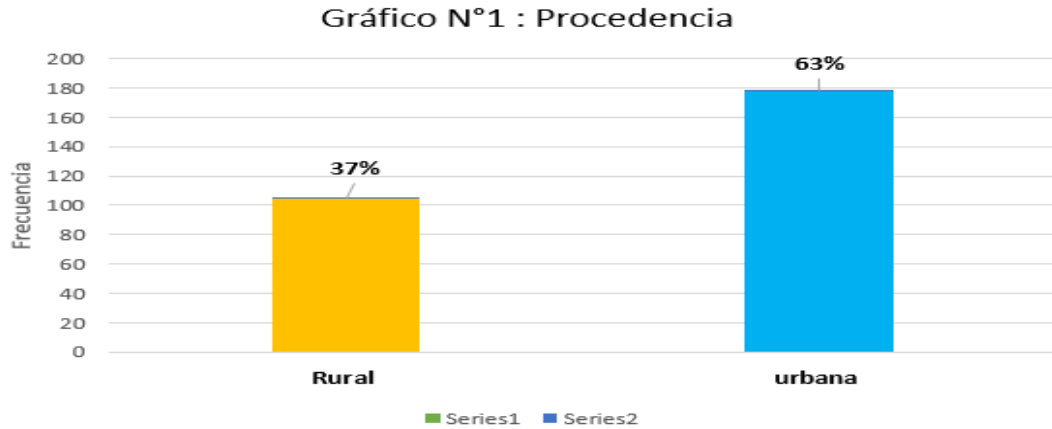
1. Donavedian, A. 1984. Recuperado el 26 de mayo de 2016, de 2.OPS. Temas de salud.2013. Recuperado el 25 de septiembre de 2015, de Personal Sanitario.
2. Nicaragua. Ministerio de salud. Indicadores básicos 2003 disponible en: Nicaragua. Ministerio de salud. Estándares e indicadores de calidad de procesos de atención de la embarazada y del recién nacido. Febrero. 2004.
3. Salgado Torres T E, cumplimiento de los estándares de calidad en el llenado completo de la historia clínica perinatal en los centros de salud de cusmapa, las sabanas, san lucas. Madriz. enero –diciembre del 2007., 1ª ed, Madriz, Nicaragua, Ed. Unan-León, 2008
4. Reyes Rivas K O. Quintana Ríos O M. Lacayo Hernández K L, "Cumplimiento del Protocolo de Control Prenatal en Embarazadas de Bajo Riesgo Atendidas en el Centro de Salud Francisco Buitrago, Managua 2013." 1ª ed, Managua, Nicaragua, 2014.
5. Barreto Calvo M A, Baca Delgado C A, "Calidad de atención en el servicio de control prenatal del centro de salud El Cuá, Jinotega, Mayo 2014" 1ª ed, Jinotega, Nicaragua, 2015
6. Rocha M, cumplimiento de las normas del control prenatal de embarazos con riesgos obstétricos, Cukra Hill, 1992
7. Munares García Oscar F. "Estudio sobre la calidad del control prenatal en establecimientos de salud del primer nivel de atención de lima" 1ª ed, Lima, Peru, 2005
8. Zeron Parrales C M, Sánchez Sandoval J R, "Calidad de atención prenatal de bajo riesgo según normativa MINSA (011) y percepción de la usuaria.", 1ª ed, Mexico, 2016.
9. Normativa 011, "NORMAS Y PROTOCOLOS PARA LA ATENCIÓN PRENATAL, PARTO, RECIÉN NACIDO/A Y PUERPERIO DE BAJO RIESGO", 1ª ed, Managua, Nicaragua, Ed. Gaceta; 2015
10. Asamblea Nacional, Ley general de salud. 1ª ed, Managua, Nicaragua, Ed. Gaceta, 2002
11. MINSA, Norma N° 002, Norma y protocolo de planificación familiar, 1ª ed, Managua, Nicaragua, Ed. Gaceta: 2008: 127 pág.

12. Hernández Sampieri R, "Metodología de la Investigación" 6ª ed, México, Ed. Mc Graw Hill: 2014; 634 pág
13. Piura-López J. Metodología de la investigación 7ª ed., Ed, Managua, Nicaragua; 2012 :343 pág.
14. Francisca H. de Canales, " Metodología de la investigación"1ª ed, Ed. Limusa S.A. De C.V: 2007

ANEXOS

Gráficos

procedencia de las pacientes atendidas en clínica santa fe (enero 2018-enero 2019) con estándares de calidad en la atención prenatal

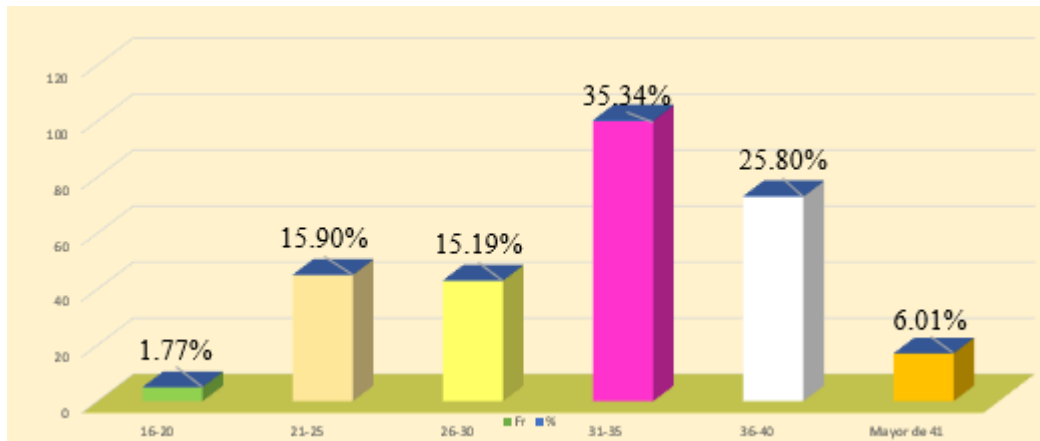


Fuente: secundaria

procedencia de las pacientes con estándares de calidad en la atención prenatal se concentró lo siguiente que urbano de (63 %) y rural (37%).

Edad de las pacientes atendidas en clínica santa fe (enero 2018-enero 2019) con estándares de calidad en la atención prenatal

Grafico. 2 edad Grupo etario

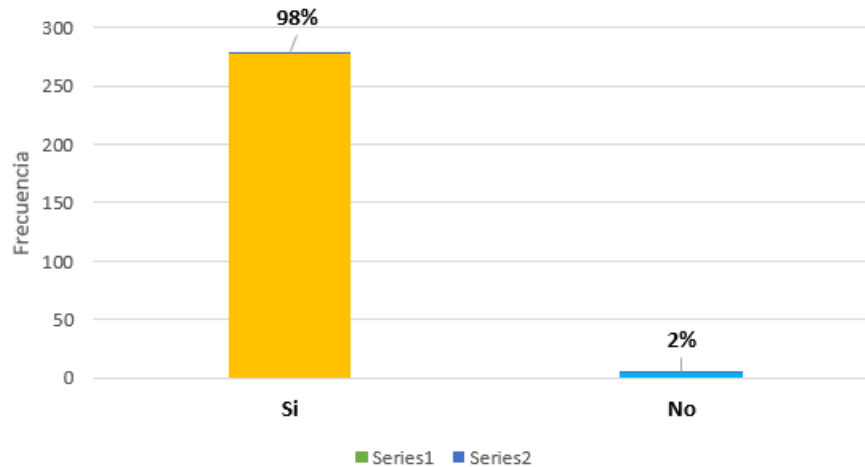


Fuente: secundario

Grupo etario de las pacientes con estándares de calidad en la atención prenatal se concentró lo siguiente: De 31 a 35 años con el (35.34 %), 36 a 40 años (25,8 %), resto en menor proporción.

Grado de escolaridad de las pacientes atendidas en clínica santa fe (enero 2018-enero 2019) con estándares de calidad en la atención prenatal

Gráfico n 3: Alfabeta

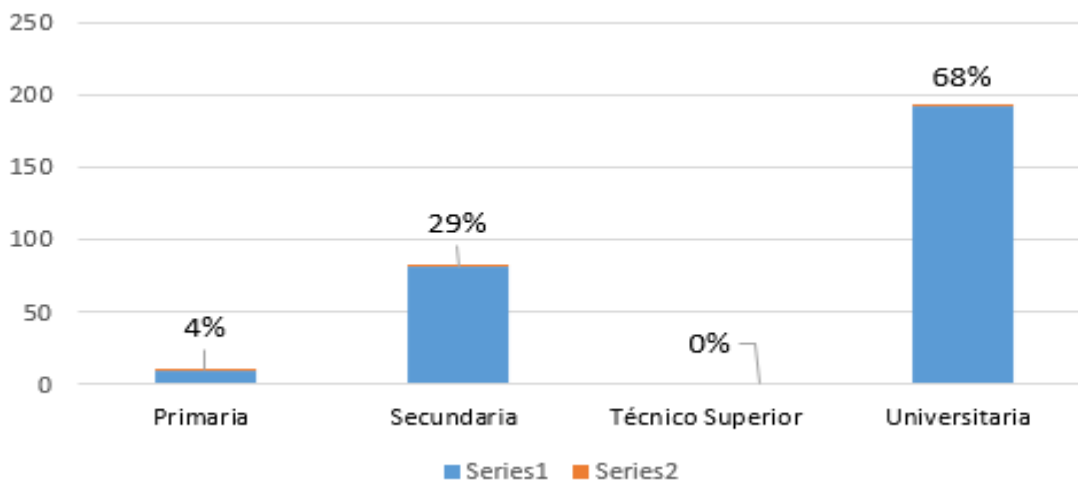


Fuente: secundaria

Alfabetas de las pacientes con estándares de calidad en la atención prenatal se concentró lo siguiente que si (98 %), y no de (2 %).

Nivel Académico de las pacientes atendidas en clínica santa fe (enero 2018-enero 2019) con estándares de calidad en la atención prenatal

Gráfico n 4: Nivel Académico

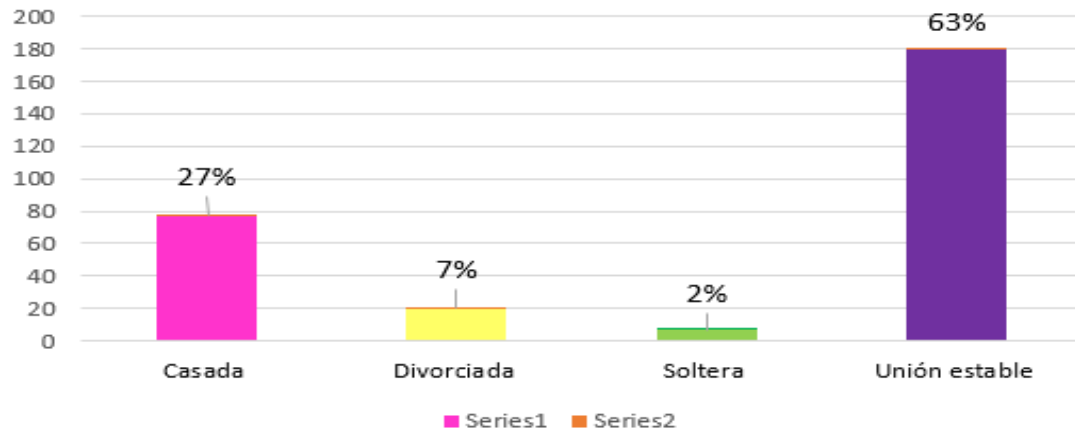


Fuente: secundaria

nivel académico de las pacientes con estándares de calidad en la atención prenatal fue la siguiente: universitario con (68 %), secundaria (29 %) resto en menor proporción.

Estado civil de las pacientes atendidas en clínica santa fe (enero 2018-enero 2019) con estándares de calidad en la atención prenatal

Grafico N 5: Estado civil

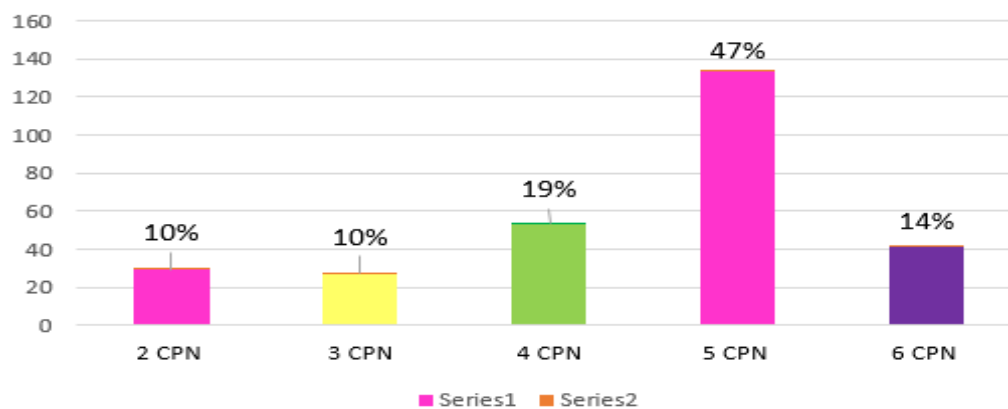


Fuente: secundaria

En relación con el estado civil de las pacientes con estándares de calidad en la atención prenatal fue lo siguiente: Con mayor predominio unión estable (63%), seguido de casada con el (27 %) resto en menor proporción.

Controles Prenatales de las pacientes atendidas en clínica santa fe (enero 2018-enero 2019) con estándares de calidad en la atención prenatal

Grafico N 6: controles prenatales

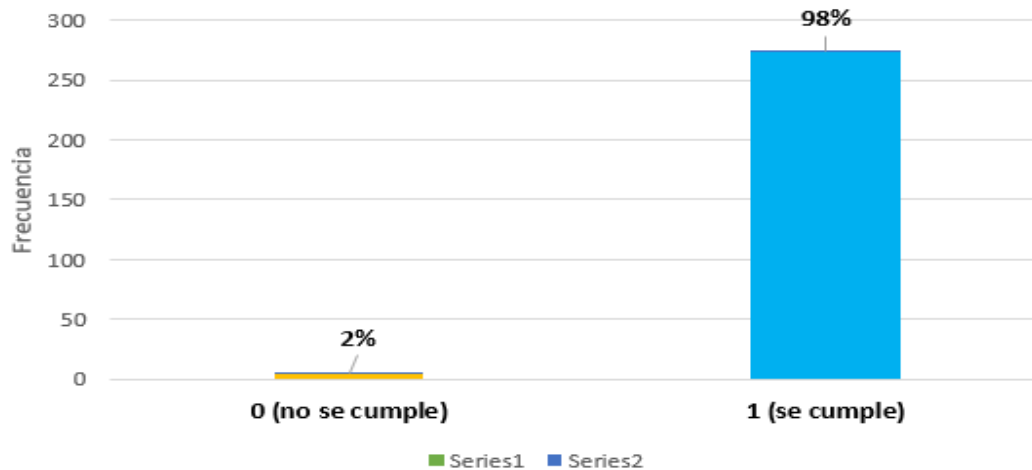


Fuente: secundaria

En relación con el número de controles prenatales (CPN) de los encuestados fue la siguiente: Con mayor predominio fue 5 CPN con el (47 %), seguido de 4 CPN con el (19%), resto en menor proporción.

Antecedentes personales y obstétricos de las pacientes atendidas en clínica santa fe (enero 2018-enero 2019) con estándares de calidad en la atención prenatal.

Grafico N 7: Antecedentes personal y obstétricos

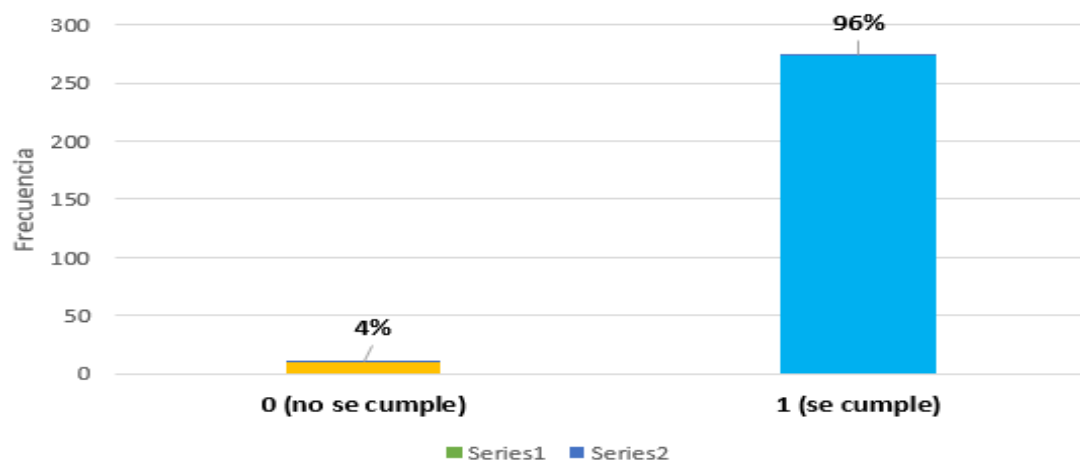


Fuente: secundaria

En cuanto al estándar número 1, antecedentes personales y obstétricos se cumple con el (98%) y no se cumple con el (2 %).

Medición de talla de las pacientes atendidas en clínica santa fe (enero 2018-enero 2019) con estándares de calidad en la atención prenatal.

Grafico N 8: Medición de talla

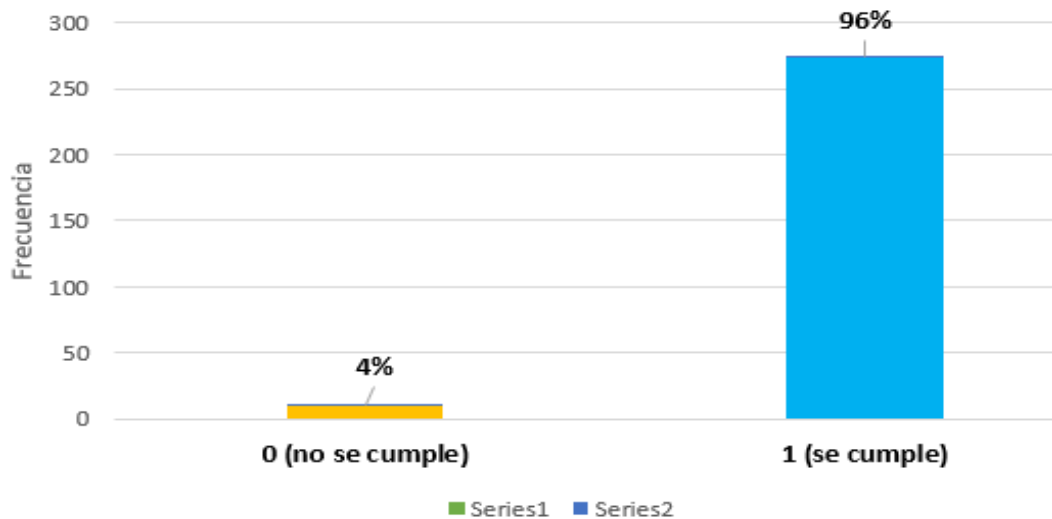


Fuente: secundaria

En cuanto al estándar número 2, medición de talla, se cumple con el (96 %). y no se cumple con el (4%) no

Examen de mamas de las pacientes atendidas en clínica santa fe (enero 2018-enero 2019) con estándares de calidad en la atención prenatal.

Grafico N 9: examen de mamas

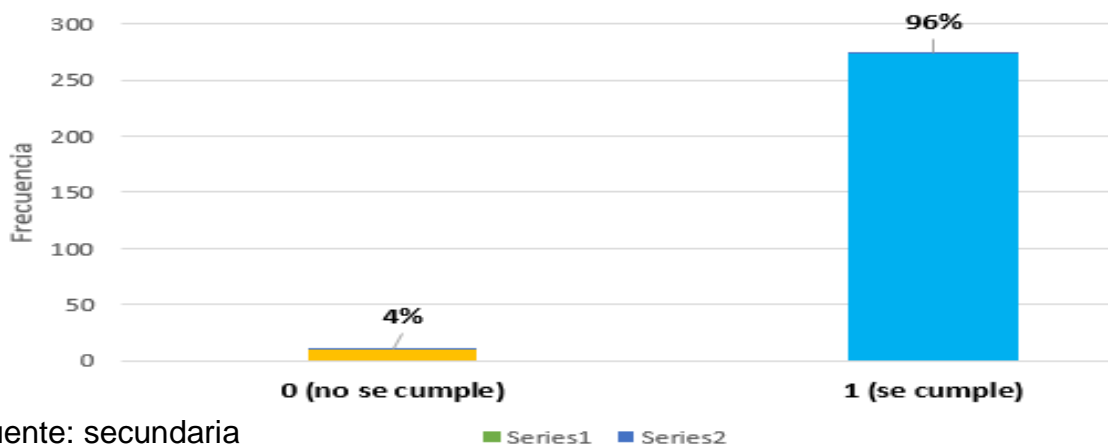


Fuente: secundaria

En cuanto al estándar número **3**, examen de mama, se cumple con el (96 %) no se cumple con el (4 %) y que no se cumple.

Medición de peso de las pacientes atendidas en clínica santa fe (enero 2018-enero 2019) con estándares de calidad en la atención prenatal.

Grafico N 10: Medición del peso

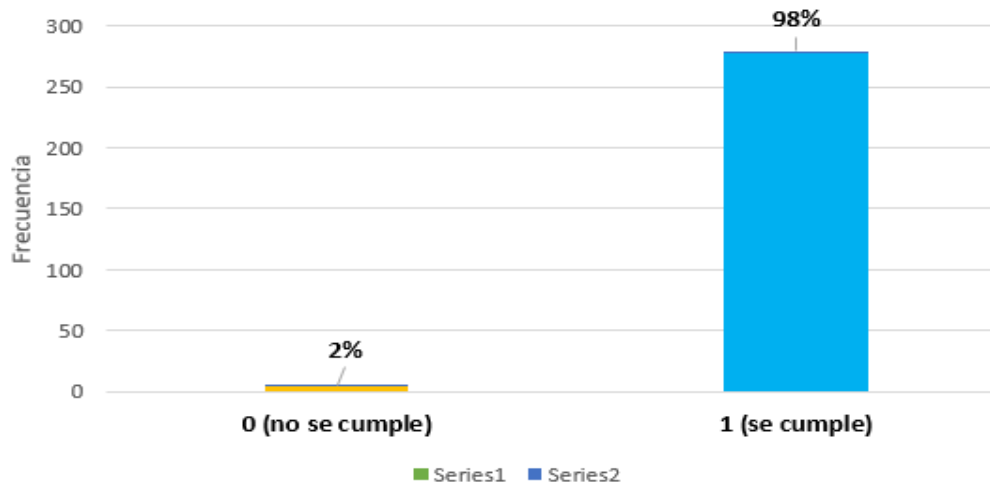


Fuente: secundaria

En cuanto al estándar número **4**, medición de peso, que se cumple con el (96 %) y no se cumple con el (4 %)

Semanas de amenorrea de las pacientes atendidas en clínica santa fe (enero 2018-enero 2019) con estándares de calidad en la atención prenatal

Gráfico N 11: semanas de Amenorrea

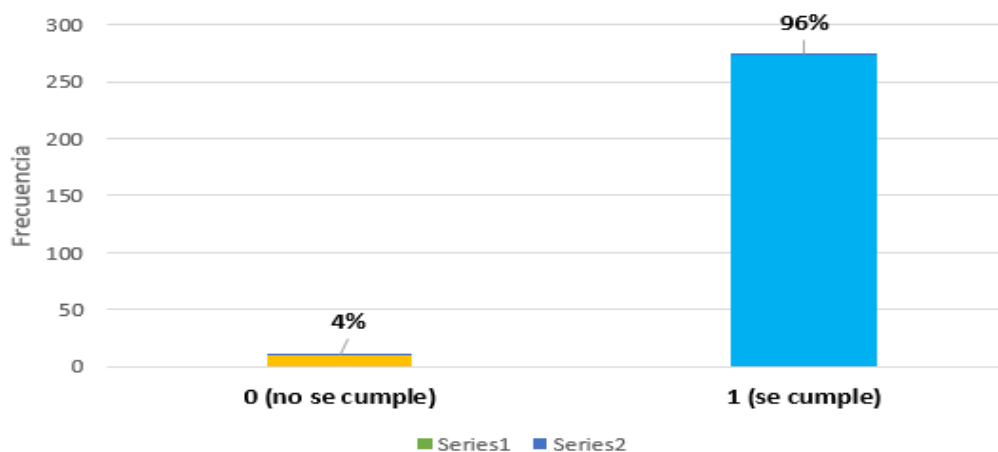


Fuente: secundaria

En cuanto al estándar número 5, semanas de amenorrea, se cumple con el (98%) no se cumple con el (2%).

Medición de peso de las pacientes atendidas en clínica santa fe (enero 2018-enero 2019) con estándares de calidad en la atención prenatal

Gráfico N 12: Medición del peso

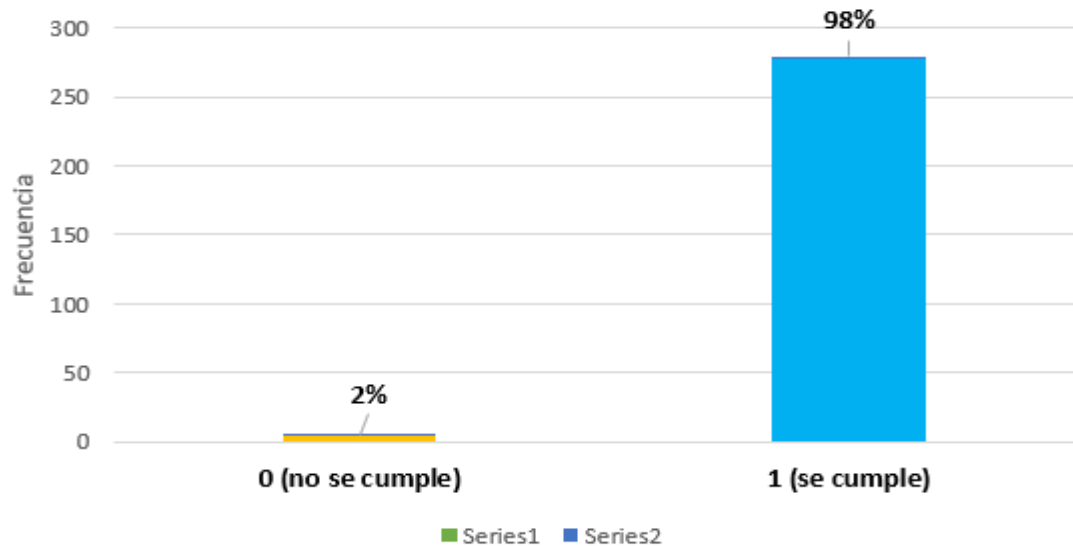


Fuente: secundaria

En cuanto al estándar número 6, medición de peso, se cumple con el (96 %) y no se cumple con el (4%).

Determinación de la presión arterial de las pacientes atendidas en clínica santa fe (enero 2018-enero 2019) con estándares de calidad en la atención prenatal.

Grafico N 13: Determinación de la presión arterial

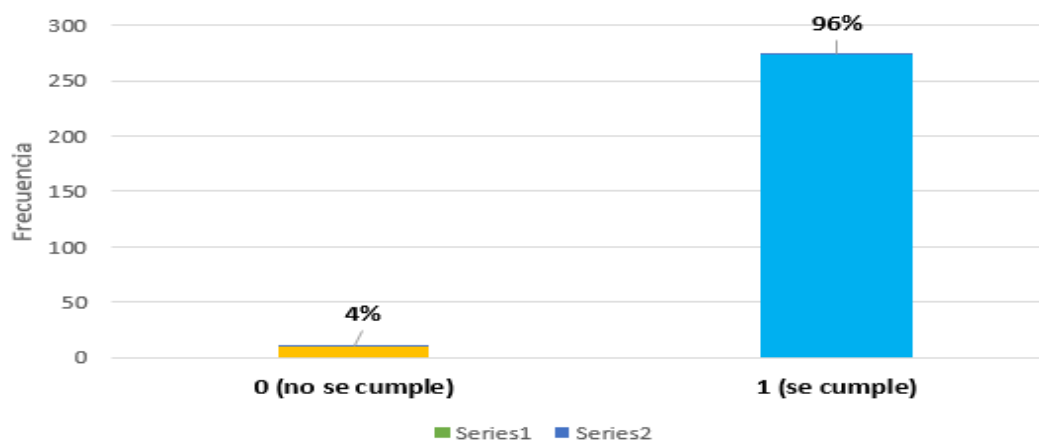


Fuente: secundaria

En cuanto al estándar número 7, determinación de la presión arterial, se cumple con el (98%) y no se cumple con el (2%).

Medición de la altura uterina de las pacientes atendidas en clínica santa fe (enero 2018-enero 2019) con estándares de calidad en la atención prenatal.

Grafico N 14: Medición de la Altura Uterina

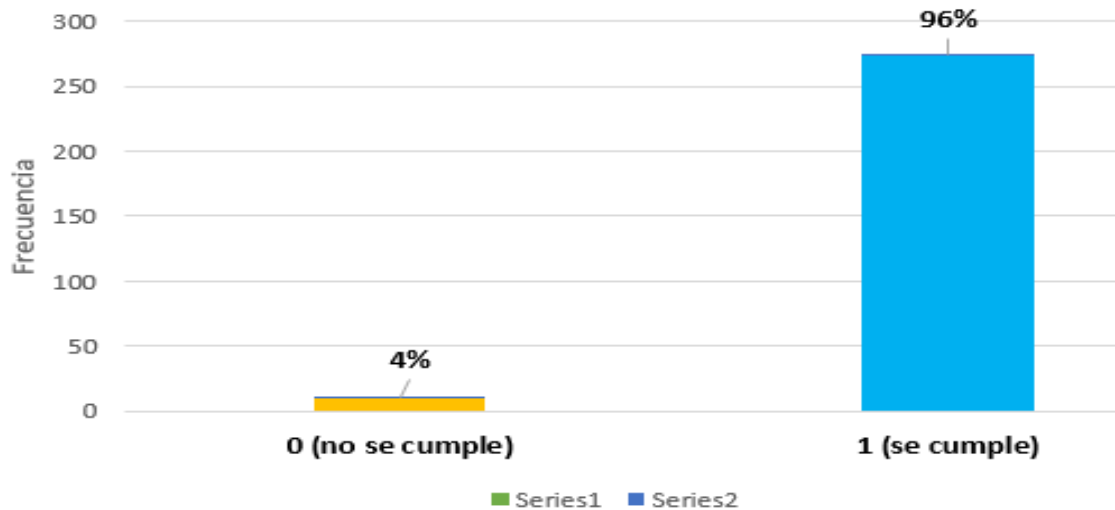


Fuente: secundaria

En cuanto al estándar número 8, medición de la altura uterina, se cumple con el (96 %) y no se cumple con el (4%).

Ausculata FCF a partir de las 20 semanas de las pacientes atendidas en clínica santa fe (enero 2018-enero 2019) con estándares de calidad en la atención prenatal.

Grafico N 15: Ausculata FCF de las 20 semanas

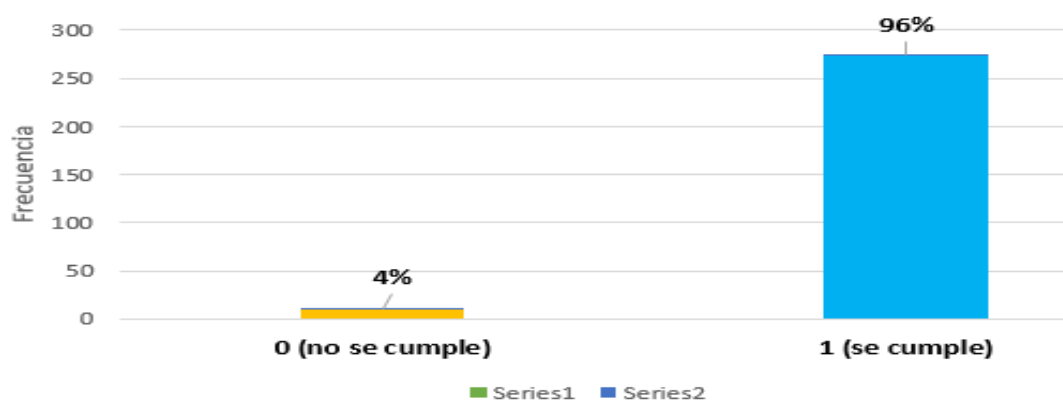


Fuente: secundaria

En cuanto al estándar número 9, auscultación FCF a partir de las 20 semanas, se cumple con el (96 %) no se cumple con el (4 %)

Movimientos fetales después de 18 semanas de las pacientes atendidas en clínica santa fe (enero 2018-enero 2019) con estándares de calidad en la atención prenatal.

Gráfico N 16: Movimientos Fetales después de 18 semanas.

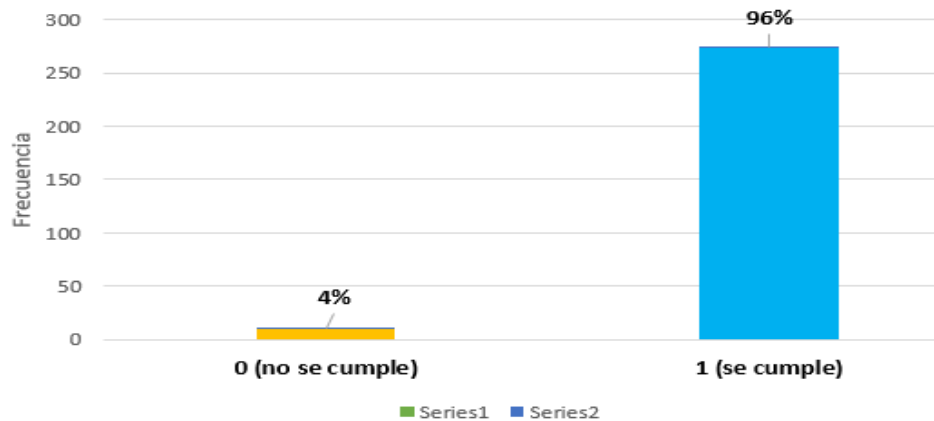


Fuente: secundaria

En cuanto al estándar número 10, movimientos fetales después de las 18 semanas se cumple con el (96%) y no se cumple con el (4%) .

Aplicación de la vacuna antitetánica de las pacientes atendidas en clínica santa fe (enero 2018-enero 2019) con estándares de calidad en la atención prenatal.

Gráfico N 17: Aplicación de la vacuna antitetánica.

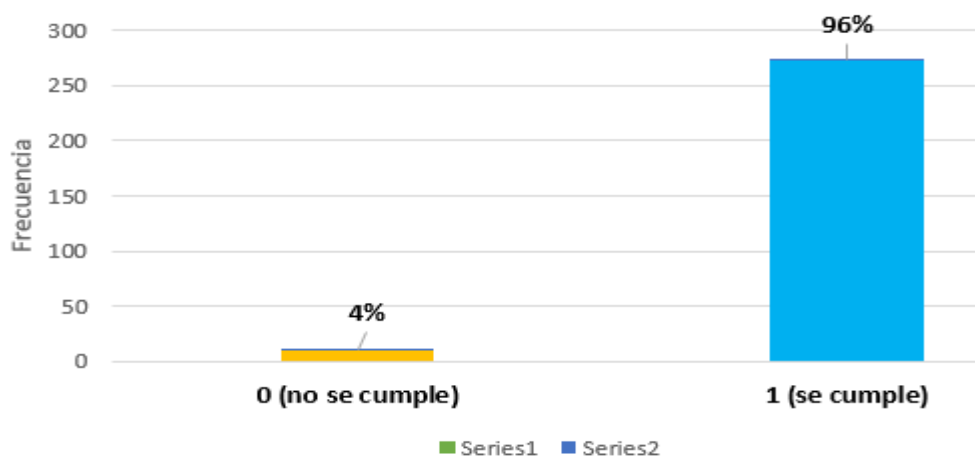


Fuente: secundaria

En cuanto al estándar número 11, aplicación de la vacuna antitetánica, se cumple con el (96 %) y no se cumple con el (4%).

Exámenes de laboratorio (Grupo y Rh, PAPS, VDRL, RPR, Hemoglobina, consejería y prueba voluntaria de VIH) de las pacientes atendidas en clínica santa fe (enero 2018-enero 2019) con estándares de calidad en la atención prenatal.

Gráfico N 18: exámenes de laboratorio (Grupo y Rh, PAPS, VDRL,RPR, Hemoglobina, consejería y prueba voluntaria de VIH)

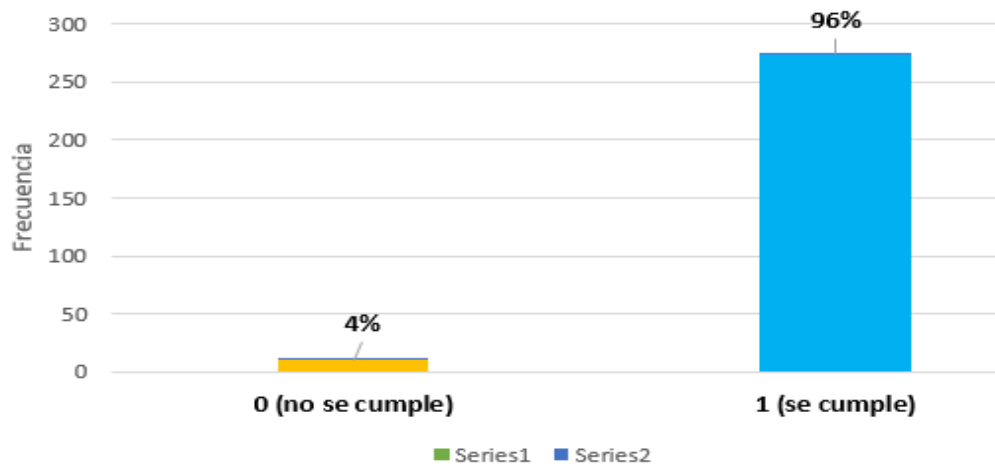


Fuente: secundaria

En cuanto al estándar número 12, Exámenes de laboratorio, se cumple con el (96 %) y no se cumple con el (4%).

Evaluación del estado nutricional en base a índice de masa corporal en captación precoz de las pacientes atendidas en clínica santa fe (enero 2018-enero 2019) con estándares de calidad en la atención prenatal.

Grafico N 19: Evaluación del estado nutricional en base a índice de masa corporal en captación.

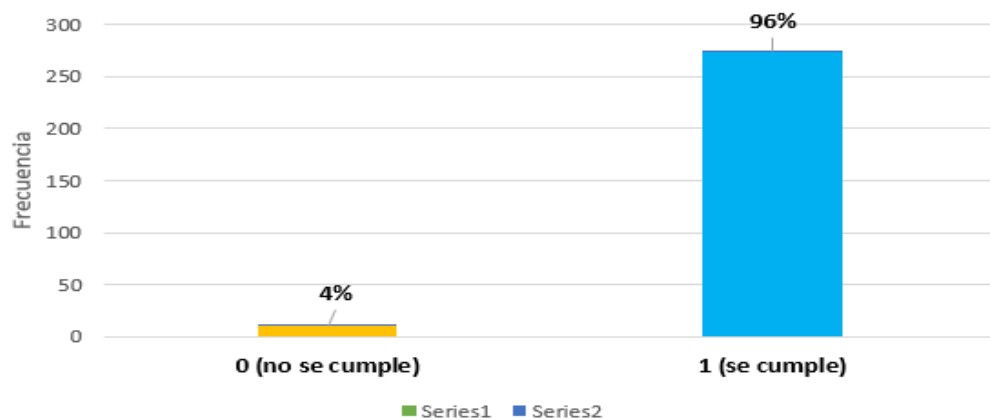


Fuente: secundaria

En cuanto al estándar número 13, evaluación del estado nutricional en base al índice de masa corporal, se cumple con el (96%) y no se cumple con el (4 %)

Evaluación del estado nutricional en base al incremento de peso materno de las pacientes atendidas en clínica santa fe (enero 2018-enero 2019) con estándares de calidad en la atención prenatal.

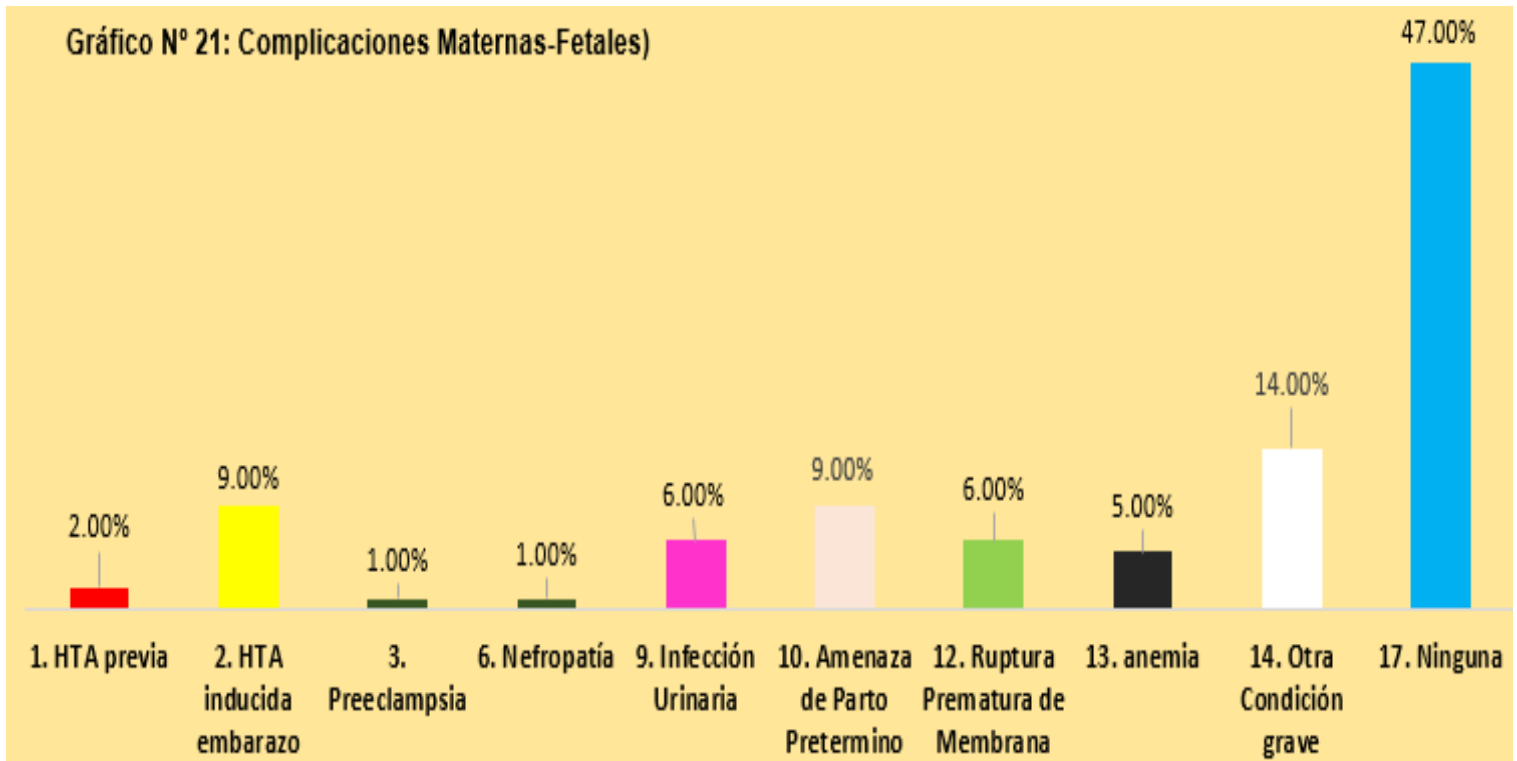
Grafico N 20: Evaluación del estado nutricional en base al incremento de peso materno.



Fuente: secundario

En cuanto al estándar número 14, evaluación del estado nutricional en base al incremento de peso, se cumple con el (96 %) no se cumple con el (4%).

Gráfico N 12: Complicaciones Maternas-Fetales



Fuente: secundaria

En cuanto a las complicaciones maternas encontradas en nuestro estudio de las pacientes con estándares de calidad en la atención prenatal se concentró lo siguiente con mayor predominio ninguna complicación con el (47%), seguido de otra condición grave con el (14%), seguido de HTA inducida embarazo con el (9%), amenaza de parto pretérmino con el (9%) resto en menor proporción.



Universidad Internacional para el Desarrollo Sostenible (UNIDES)
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Medicina y Cirugía.
Sede Matagalpa.

Ficha recolección de datos

“Evaluación del cumplimiento de los estándares de calidad en la atención prenatal en las pacientes atendidas en la clínica Santa Fe - Matagalpa de enero 2018- enero 2019”

Numero de Ficha: _____

Fecha: _____

Características sociodemográficas y datos de afiliación

No. Identidad: Completo _____ Incompleto _____ No tiene _____
 Nombre: Completo _____ Incompleto _____ No tiene _____
 Domicilio: Completo _____ Incompleto _____ No tiene _____
 Localidad: Ciudad _____, municipio _____, pueblo _____, comarca _____
 Procedencia: Urbana _____ Rural _____
 Teléfono: Completo _____ Incompleto _____ No tiene _____
 Fecha de Nacimiento: Completo _____ Incompleto _____ No tiene _____
 Edad: _____ Grupo etario: 12 - 15 a _____, 16 - 20 _____, 21 - 25 _____, 26 - 30 _____, 31 - 35 _____, 36 - 40 _____, ≥ 41 _____
 Alfabeto: Si _____, No _____
 Raza: _____
 Estudios: _____
 Estado Civil: unión estable _____ separada: _____, divorciada: _____, viuda: _____
 Realizado por:
 a. Médico general _____
 b. Médico en servicio social _____
 c. Enfermera _____
 d. Auxiliar de enfermería _____
 e. Ginecobstetra: _____

Identificar complicaciones maternas-fetales en las pacientes que no cumplieron con los requisitos

HTA previa: no _____ si _____
 HTA Inducida embarazo: no _____ si _____
 Preeclampsia no _____ si _____
 Eclampsia: no _____ si _____
 Cardiopatía: no _____ si _____
 Nefropatía: no _____ si _____
 Diabetes: si _____ I _____ II _____ III _____
 Infección ovular: no _____ si _____
 Infección urinaria: no _____ si _____
 Amenaza de parto pretermino: no _____ si _____
 R.C.I.U: no _____ si _____
 Ruptura Prematura de Membranas: no _____ si _____
 Anemia: no _____ si _____
 Otra condición grave: no _____ si _____
 Hemorragia:
 1º trimestre: no _____ si _____
 2º trimestre: no _____ si _____
 3º trimestre: no _____ si _____
 Infección puerperal: no _____ si _____

Calidad de atención prenatal a través del cumplimiento de las actividades normadas para cada atención prenatal.

<p>ATENCIÓN PRENATAL: <i>Basado en Normas de Atención Prenatal. MINSA.</i> Cada número corresponde a un expediente de APN monitoreado. Registre el número del expediente. Anotar 1 en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (Se Cumple). Si el criterio no es satisfactorio (No Se Cumple), anotar 0. Registrar NA (No Aplica), en caso de que el criterio a monitorear no sea válido en el presente caso o que no pueda aplicarse en este nivel de atención. La casilla de Expediente Cumple, se marcará con 1 solamente si en el expediente monitoreado se cumplieron todos los criterios, exceptuando los NA. El Promedio Global, se obtiene de dividir el Total de Expediente Cumple (1) entre el Total de Expedientes Monitoreados X 100. El promedio por criterio nos servirá para focalizarnos en los Ciclos Rápidos de Mejoría Continua de el o los criterios que no estamos cumpliendo (Fallos de la Calidad de Atención).</p>	
Criterio	Puntaje
Antecedentes personales y obstétricos	
Medición de talla	
Examen de mamas	
Medición de peso	
Semanas de amenorrea	
Medición de peso	
Determinación de la presión arterial	
Medición de la altura uterina	
Auscultas FCF a partir de las 20 SEG	
Movimientos fetales después de 18 SG	
Aplicación de vacuna antitetánica	
Exámenes de laboratorio (grupo y Rh, PAPS, VDRL/RPR, hemoglobina, consejería y prueba voluntaria de VIH)	
Evaluación del estado nutricional en base al índice de masa corporal en captación precoz	
Evaluación del estado nutricional en base al incremento de peso materno	
Expediente cumple:	
Promedio global:	

Evaluación del cumplimiento de los estándares de calidad en la atención prenatal en las pacientes atendidas en la Clínica Santa fe Matagalpa Enero 2018-Enero 2019

Guía de observación.

ATENCIÓN PRENATAL: *Basado en Normas de Atención Prenatal. MINSA.*

Cada número corresponde a un expediente de APN monitoreado. Registre el número del expediente. Anotar 1 en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (Se Cumple). Si el criterio no es satisfactorio (No Se Cumple), anotar 0. Registrar NA (No Aplica).

CRITERIO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Prom	
Antecedentes Personales y Obstétricos																						
Medición de Talla																						
Examen de Mamas																						
Semanas de Amenorrea																						
Medición del Peso																						
Determinación e Interpretación de Presión Arterial																						
Medición de la Altura Uterina																						
Auscultación de FCF a partir de las 20 SG.																						
Movimientos Fetales después de 18 SG																						
Aplicación de Vacuna Antitetánica																						
Exámenes de Laboratorio (Grupoy Rh, PAP, VDRL/RPR, EGO, Hemoglobina, Consejería y prueba voluntaria de VIH).																						
Evaluación del Estado Nutricional en base a Índice de Masa Corporal pregestacional o de las primeras 12 semanas de gestación																						
EXPEDIENTE CUMPLE :																						
PromedioGlobal:																						

Evaluación del cumplimiento de los estándares de calidad en la atención prenatal en las pacientes atendidas en la Clínica Santa fe Matagalpa Enero 2018-Enero 2019

HISTORIA CLINICA PERINATAL - MINSA NICARAGUA

DATOS DE IDENTIFICACION (no indicar necesariamente negativo o producir información)

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ FECHA DE NACIMIENTO: día mes año

DOMICILIO: _____ ETNIA: blanca, indígena, mestiza, negra, otra

LOCALIDAD: _____ TELEF.: _____ EDAD (años): < 20, > 35

ALFA BETA: ninguno, primario, secundario, universales, años en el mayor nivel

ESTUDIOS: casado, unión estable, soltero, otro

ES PADROCNIL: vive sola, no

Lugar del control prenatal: _____

Lugar del parto/embarazo: _____

N° Identificación: _____

ANTECEDENTES

FAMILIARES: TBC, diabetes, hipertensión, preeclampsia, eclampsia, ota cond. médica grave

PERSONALES: clujia, gerto-urinario, infecciones, cardiopat., nefropatía, VIH

OBSTETRICOS: gestas previas, abortos, vaginales, nacidos vivos, cesareas

FIN EMBARAZO ANTERIOR: día mes año, < 2 años, > 5 años

EMBARAZO PLANEADO: no, si

FRACASO METODO ANTICONCEPCION: no usado, barrera, DIU, hormo, otro, natural

GESTACION ACTUAL

PESO ANTERIOR: _____ Kg IMC: _____ TALLA (cm): _____

EG COMFABLE por FUM: Eco < 20 s.

FUM ACT: 1° bim, 2° bim, 3° bim

FUM PAS: no, si

DRUGAS: no, si

ALCOHOL: no, si

VIOLENCIA: no, si

ANTIRUBEOLA: no, si

ANTITETANICA: vigente no, si

EX. NORMAL: no, si

CERVIX: normal, anormal, no se hizo

GRUPO: Rh, Inmuniz. +, -

TOXOPLASMOSIS: < 20sem IgG, ≥ 20sem IgG, 1° consulta IgM

Hb < 20 sem: g

Ferrolatos indicados: Fe, Polatos

Hb ≥ 20 sem: g

VIH - Diag - Tratamiento: no, si

SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento: no, si

CHAGAS: no se hizo, +, -

PALUDISMO/MALARIA: no se hizo, +, -

BACTERIURIA: normal, anormal, no se hizo

GLUCEMIA EN AYUNAS: < 24 sem, ≥ 24 sem

ESTREPTOCOCCO B: 35-37 semanas

PREPARACION PARA EL PARTO: no, si

CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA: no, si

SIFILIS - Tratamiento: no, si

Tlo. de la parte: no, si

ODONT. MAMAS: no, si

ATENCIONES PRENATALES

dia	mes	año	edad gest.	peso (kg)	PA	altura uterina	presen. tacon	FCF (lpm)	movim. fetales	prote. urina	signos de alarma, exámenes, tratamientos	Iniciales personal de salud	próxima cita

PARTO / ABORTO

FECHA DE INGRESO: día mes año

CONSULTAS PRE-NATALES: total

CARNÉ: no, si

LUGAR DEL PARTO: Institucional, Domiciliar, Otro

HOSPITALIZ. EN EMBARAZO: no, si, días

CORTICOIDES ANTENATALES: completo, incompleto, ninguna, nic

INICIO: espontáneo, inducido, cesar. elect.

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA: no, si

EDAD GEST. el parto: semanas, días

INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO: INDUC., OPER.

TRABAJO DE PARTO: hora, min, posición de la cabeza, PA, pulso, contr./10', dilatación, altura present., venaes. posic., meconio, FCF (lpm)

ENFERMEDADES: HTA previa, HTA incluida embarazo, preeclampsia, eclampsia, cardiopatía, nefropatía, diabetes, infec. ovular, infec. urinaria, amenaza parto preter., R.C.U., rotura prem. de membranas, anemia, ota cond. grave

HEMORRAGIA: 1° bim, 2° bim, 3° bim, postparto

TDP: Prueba, Sifilis, VIH

RECIENTE NACIDO

SEXO: M, F

PESO AL NACER: _____ g

LONGITUD: _____ cm

P. CEFALICO: cm

EDAD GESTACIONAL: semanas, días

PESO E.G.: asec., vitamina K, Profilojo ocular, Apejo precar.

CUIDADOS AL RECIENTE NACIDO: completa, retenida, no, si

APGAR (min): 1°, 5°

FALLECE EN LUGAR DE PARTO: no, si

REFERIDO: neonato, otro, hosp.

DEFECTOS CONGENITOS: menor, mayor

ENFERMEDADES: no, si

VIH en RN: Expuesto, Tlo. no, si

TAMIZAJE NEONATAL: VORL, TSH, hipotía, Bilirub, Tolo IgM

MECONIO 1° día: no, si

ANTIRUBEOLA post parto: no, si, nic

Yoglobulina anti D: no, si, nic

ANTICONCEPCION: CONSEJERIA, METODO ELEGIDO: DIU post-evento, DIU, barrera, hormona, ligadura tubaria, natural, otro, ninguno

EGRESO

EGRESO RN: vivo, fallece, traslado, fallece durante o en lugar de traslado

EDAD AL EGRESO: días completos, < 1 día

ALIMENTO AL ALTA: lact. exp., parcial, artificial

EGRESO MATERNO: traslado, lugar, día mes año

RESPONSABLE: _____

Permiso del Hospital

Universidad Internacional para el Desarrollo Sostenible

UNIDES

Facultad de ciencias médicas.

Escuela de medicina y cirugía general

Matagalpa , Nicaragua

Centro médico quirurgico santa –fé matagalpa

Dra. Deycilia moya

Directora

Su despacho

Estimada Dra.

Por este médio me dirijo a usted para solicitar autorización para tener acceso a los expedientes clínicos de las pacientes embarazadas de consulta externa especializada en el período enero 2018-Enero 2019, com el fin de utilizar dicha información para la realización de nuestra tesis monográfica para optar a titulo de medico y cirujano general.

Nos omitimos manifestarle nuestras más sinceras muestras de aprecio hacia usted y aplaudo su árdua labor como directora de este hospital donde se demuestra el amplio conocimiento y la atención de calidad en medicina

Esperando su aprobación nos despedimos com mucho cariño.

Atentamente.

Br. Enyeling Jovannella Reyes Ch

Br. Ivonne De Jesus Escoto M.

Opinión del tutor

Para la medicina cada día cobra más importancia el campo de la obstetricia la vigilancia de la mujer durante el desarrollo de la gestación, de ahí que la medicina preventiva es la más efectiva para evitar, alteraciones en el desarrollo normal de embarazo.

La atención prenatal, se inicia desde el momento que la madre sospecha estar embarazada, debiéndose garantizar cuatro atenciones prenatales, enfatizando en la calidad y cumplimiento a la aplicación de los estándares de calidad.

En mi carácter de tutor del trabajo monográfico para optar al título en medicina y cirugía las Br Enyeling Reyes Chavarría e Ivonne Escoto Martínez. Con el tema: Evaluación del cumplimiento de los estándares de calidad en la atención prenatal en las pacientes atendidas en la clínica santa fe en el periodo de estudio enero 2018- enero 2019.

Encontrando resultados positivos ya que el 96.4% de las pacientes que se realizaron atenciones prenatales en el periodo comprendido cumplieron correcto el estándar de calidad y un 3.6% probablemente por sesgo en la recolección de la información, por tal motivo considero pueden presentar a mesa de jurado (defensa monográfica).

Dr. Noel Antonio Centeno Ruiz.

Médico y cirujano

Especialista en Ginecología y obstétrica

UNAN-LEON