

**Universidad de El Salvador
Facultad Multidisciplinaria de Occidente
Departamento de Medicina**



TRABAJO DE GRADUACION

TEMA:

“ EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION DE LOS CONTROLES PRENATALES BASICOS BRINDADOS A LAS MUJERES EMBARAZADAS, POR EL EQUIPO COMUNITARIO DE SALUD FAMILIAR URBANO DE EL MUNICIPIO DE CHALCHUAPA DEPARTAMENTO DE SANTA ANA, EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2012.

**PARA OPTAR AL GRADO DE:
DOCTORADO EN MEDICINA**

DOCENTE ASESOR: DR JUAN HECTOR JUBIS

AUTORES:

CLAUDIA ROCÍO AMAYA MANCÍA.

NISSER MAY LING ROMERO

TANIA ELIZABETH SANCHEZ

NOVIEMBRE, 2013

SANTA ANA

EL SALVADOR

CENTRO AMERICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTORÍA:

ING. MARIO ROBERTO NIETO LOVO.

VICERRECTORA ACADÉMICA:

LICDA. Y MSD ANA MARÍA GLOWER DE ALVARADO.

SECRETARIA GENERAL:

DRA. ANA LETICIA ZA VALETA DE AMAYA.

FISCAL GENERAL:

LIC. FRANCISCO CRUZ LETONA

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

DECANO

LIC. RAÚL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ.

VICEDECANO

ING. WILLIAM VIRGILIO ZAMORA GIRÓN.

SECRETARIO DE FACULTAD

LIC. VICTOR HUGO MERINO QUEZADA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

DRA. MARIA ELENA DE ROJAS

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi Dios Todopoderoso por haberme permitido lograr culminar mis estudios y por siempre estar a mi lado en todos los momentos de mi vida, pues sin él no lo hubiera logrado.

Agradezco a mis padres Mercedes Mancía y José Alfredo Amaya Alvarado; a mi hermana Mercedes Xochilt Amaya Mancía y a mí querida abuela Lidia Mancía por el apoyo, amor, consejos, comprensión, animo, cariño, paciencia, disposición que en todo momento han mostrado en este arduo camino.

Agradezco a mis amigas y compañeras de tesis, por haberme apoyado en el desarrollo de este proceso.

Agradezco a nuestro asesor Dr. Juan Héctor Jubis, por haber mostrado siempre un espíritu de responsabilidad, disposición, amistad, paciencia y por dedicarnos el tiempo necesario para lograr la realización de nuestro trabajo de tesis.

CLAUDIA ROCIO AMAYA MANCIA

AGRADECIMIENTOS

Agradezco primeramente a Dios, por la bendición de permitirme culminar con éxitos mi carrera, porque en todo momento pude sentir su presencia y su mano de poder en este arduo camino ya que sin él no hubiese podido lograrlo, y agradecerle de manera especial, por la enorme bendición que trajo a mi vida con el nacimiento de mi querido hijo Eitan Absalón Salazar Romero, el cual es mi motivación para salir adelante en la vida.

Agradezco a mis queridos padres, Melvin Romero Márquez y Manuela de Jesús de Romero, mis hermanas Iris Romero y Gloria Méndez por todo el apoyo que me brindaron y por todo el esfuerzo y dedicación que han tenido no solo a lo largo de mi formación profesional, si no que de toda mi vida, sin ellos nada hubiese sido posible.

Agradezco a mi amado esposo Josué Absalón Salazar Nájera, porque a lo largo de este arduo camino siempre fue y sigue siendo una fuente de motivación, comprensión, paciencia, y cariño, gracias por su apoyo incondicional, por el ejemplo que me ha dado y por sus valiosos consejos que han sabido mantenerme de pie en los momentos más difíciles, así mismo agradezco a mis queridos suegros Mario Magdiel Salazar y Carmen de Salazar, por su enorme apoyo en los momentos más difíciles.

Agradezco a todos mis compañeros que estuvieron conmigo a lo largo de toda mi carrera , compartiendo momentos inolvidables , se volvieron parte de mi vida, pero quiero agradecer especialmente a mis queridas amigas Rocío Amaya y Tania Sánchez, quienes tuve la gran bendición de que fueran mis compañeras de tesis, gracias por su apoyo y comprensión , pero sobre todo por su invaluable amistad.

Agradezco a nuestro asesor Dr. Juan Héctor Jubis, por haber mostrado siempre un espíritu de responsabilidad, disposición, amistad, paciencia y por dedicarnos el tiempo necesario para lograr la realización de nuestro trabajo de tesis.

Agradezco a todos los docentes que contribuyeron a mi formación, y que influyeron positivamente para mi desarrollo profesional.

NISSER MAY LING ROMERO DE SALAZAR

AGRADECIMIENTOS

Agradezco principalmente a Dios, ya que sin Él no hubiese sido posible culminar con éxito este largo camino, por no apartarse de nuestro lado y nunca abandonarnos.

Agradezco a mi madre, Blanca Estela Sánchez que siempre ha estado conmigo, por ser ese pilar en mi vida que nunca me ha dejado sola, por su dedicación y hacer de mi una profesional con valores.

Agradezco a mis compañeras y amigas de tesis, porque juntas hemos logrado llegar al final de este proyecto apoyándonos mutuamente y trabajando en equipo.

Agradezco a nuestro asesor Dr. Juan Héctor Jubis, que además de docente se convirtió en amigo, quien sin sus consejos, su dedicación y su tiempo no hubiéramos concluido esta tesis.

TANIA ELIZABETH SANCHEZ

ÍNDICE

	Pag.
Introducción.....	i
Antecedentes.....	1
Justificación.....	5
Planteamiento del problema.....	6
Objetivos.....	9
Marco teórico.....	10
Metodología de la Investigación.....	29
Análisis de Resultados.....	35
Conclusiones.....	53
Recomendaciones.....	55
Cronograma.....	56

Anexos.....	57
Presupuesto	78
Glosario	79
Bibliografía.....	80

INTRODUCCION

El embarazo, es un evento natural del ciclo reproductivo. Sin embargo, bajo ciertas circunstancias, puede conllevar a la muerte de la madre y también del recién nacido. Los riesgos de muerte materna pueden reducirse mediante las intervenciones de atención de salud tales como, control de embarazos saludables y atención del parto y el puerperio por personal capacitado.

La mayoría de las defunciones maternas ocurren durante o poco después del parto y casi todas podrían prevenirse si las mujeres embarazadas tuvieran acceso al cuidado de calidad durante el periodo prenatal y el periodo crítico alrededor del parto y alumbramiento, cuidado que debe de ser brindado por un profesional de la salud con las habilidades necesarias, en servicios de salud que cuenten con el equipo y los medicamentos necesarios para prevenir y controlar las posibles complicaciones. Las mujeres más pobres, con nivel de escolaridad más bajo y las que viven en zonas rurales tienen menor probabilidad de ser atendidas durante el embarazo, parto y el puerperio por personal capacitado en comparación con las mujeres con mayor nivel de escolaridad que viven en los hogares más ricos o las zonas urbanas. La inaccesibilidad geográfica, cultural, económica y social constituyen las principales razones de dicha desigualdad. No es suficiente que los servicios de salud estén disponibles, sino que la atención que brinden sea de buena calidad y apropiada de acuerdo a los patrones culturales y sociales de la población.

En los países de la Región de las Américas existe una situación heterogénea de la mortalidad materna. En los últimos años ha habido avances importantes en la reducción de la mortalidad materna, sin embargo se deben continuar los esfuerzos en la aplicación de las intervenciones efectivas

En 2009, la razón de mortalidad materna notificada en las Américas fue 65,7 por 100.000 nacidos vivos, mientras la Organización Mundial de la Salud (OMS)

estimo´ para la Regi3n una raz3n de 66 por 100.000 nacidos vivos. En 2000, la raz3n de mortalidad materna haba sido 76,4 por 100.000 nacidos vivos, es decir, hubo una reducci3n de 14% en el periodo. Sin embargo, el riesgo de morir durante el parto o el puerperio es aun inaceptablemente elevado, ya que supera entre 12 y 18 veces el de los pa3ses desarrollados. Si se compara la raz3n de mortalidad materna de algunos pa3ses de la Regi3n con la de Canad3, se observa que en Hait3 es aproximadamente 83 veces mayor; en Bolivia, 30 veces; en Guatemala, 20 veces; en Brasil, 10 veces, y en M3xico, 8 veces

El Salvador, la raz3n de mortalidad materna present3 poca variaci3n entre los a3os En 2007 y 2010, con 53,5 y 55,8 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos, respectivamente; 61% correspondi3 a defunciones maternas por causas directas (hemorragia posparto, enfermedad hipertensiva del embarazo y sepsis) y 24% ocurri3 en adolescentes .

En 2010, 94% de las embarazadas recib3 al menos un control prenatal durante su embarazo y 78% tuvo cuatro controles; la atenci3n hospitalaria del parto en el mismo a3o ascendi3 a 90% y solo 59% recib3 control posnatal; del total de partos, 25% finaliz3 en ces3rea y 7,7% de los embarazos termin3 en aborto.

En la regi3n occidental de Enero a Diciembre del a3o 2011, se registraron 23 muertes maternas de las cuales 9 fueron directas con demora tres prevenibles (es decir demora en recibir el tratamiento adecuado en la instalaci3n y falla en la calidad de atenci3n).

La causa b3sica agrupada son: 2 trastornos hipertensivos del embarazo, 5 hemorragias, 1 infecci3n puerperal, 1 mola hidatidiforme. Se registraron 8 muertes indirectas: 3 intoxicadas, 1 dengue complicado, 1 falla hep3tica, 1 s3ndrome hepatorenal, 1 anemia de c3lulas falciformes, 1 c3ncer de ovario y seis muertes no relacionadas: 3 accidentes de tr3nsito, 2 ahorcadas y 1 por herida con arma de fuego.

Para el a3o 2012 se registraron 18 muertes maternas: 6 muertes directas prevenibles, demora 3, la causa b3sica agrupada son 3 trastornos hipertensivos

del embarazo, 2 infecciosos, 1 tromboembolismo pulmonar. Durante ese mismo año se reportan 10 muertes indirectas: 3 cardiopatías, 3 infecciosas, 4 intoxicadas, y 2 no relacionadas: 1 accidente de tránsito y 1 por artefacto explosivo.

La razón de muerte materna de Enero a Diciembre de 2012 fue de 69.17 por 100.000 nacidos vivos, en el mismo periodo para el año 2011 fue de 73.5 por 100,000 nacidos vivos.

A nivel de SIBASI Santa Ana, durante el año 2012 se registran 5 muertes, 1 directa (tromboembolismo pulmonar), y 4 indirectas (2 intoxicaciones y 2 infecciosas) los municipios de procedencia son: Coatepeque, El Congo, Santa Ana, y Chalchuapa.

En cuanto a las demoras para el periodo evaluado, de acuerdo al resultado de las auditorías realizadas a nivel de país, la que predomina es la demora 3 en un 87.5% (14 casos), esto es debido en su mayoría al inadecuado cumplimiento de protocolos de atención, inoportuna identificación de riesgo, referencias y seguimientos tardíos; 12.5% de los casos (2) fueron demora 1 (es decir, demora en tomar la decisión de buscar ayuda por parte de la embarazada).

En cuanto al grado de prevención para el año 2012 el 83% de los casos (15) se catalogo como prevenible, 11% (2) no prevenible y el 5 % (1) potencialmente prevenible.

Conscientes de la problemática antes descrita, en el presente trabajo se trata de realizar un análisis de manera objetiva con el fin de constatar desde un punto de vista integral, la calidad de la atención que se brinda en los controles prenatales que recibe un grupo muy significativo, representado en las mujeres embarazadas que reciben atención medica en la UCSF-urbano de Chalchuapa, brindada por el ECOSF-urbano de dicho establecimiento, durante el periodo de Enero a Diciembre de 2012. ¹

¹ Plan regional para reducción de morbilidad materna perinatal, neonatal e infantil, enero a diciembre 2013, región occidental de salud. Año 2013. Informe de salud en las Américas en el año 2012.

ANTECEDENTES

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2012 en la Nota Descriptiva No. 348 “Mortalidad Materna” Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación. Se ha determinado que más del 80% de las muertes maternas se pueden evitar o prevenir a través de acciones costo-efectivas de comprobada eficacia, como son las medidas preventivas y los cuidados prenatales adecuados.

Datos obtenidos por el MINSAL en 2006 a través del estudio “Línea de Base de la Mortalidad Materna en El Salvador”, se determinó que las tres principales causas de muerte materna en el país eran, en forma descendente: los trastornos hipertensivos del embarazo, las hemorragias obstétricas y la sepsis. Estas causas continuaron siendo las mismas en el año 2009. Esta investigación permitió detectar deficiencias en los servicios prestados, debido a las siguientes razones. Primero, las mujeres que fallecieron durante el embarazo o puerperio, no fueron capaces de reconocer los signos y síntomas de alarma a pesar de haber tenido control prenatal, y que en los casos que fueron reconocidos, no tomaron oportunamente la decisión de buscar ayuda médica. Segundo, se evidencio un inadecuado manejo del embarazo, trabajo de parto, parto y postparto secundario a la falta de aplicación de los protocolos de atención y a las insuficientes habilidades del personal que atendió a las mujeres que fallecieron. Por último, las mujeres con complicaciones durante el embarazo no fueron referidas oportunamente al nivel de atención de mayor complejidad para su manejo adecuado.

Uno de los mayores retos del país es alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el 2015, específicamente los relacionados a la reducción de la mortalidad infantil y mejorar la salud materna. Los cuales comprenden: reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de

niños menores de cinco años y reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna. Lamentablemente, la situación inadecuada de los sistemas de información no permite corroborar las tasas de mortalidad infantil ni otras informaciones vitales, por las dificultades que presentan en el registro de los fallecimientos y también por las dificultades que se están utilizando oficialmente.

La política de salud, con sus veinticinco estrategias y áreas de acción se han conjugado en la primera fase de la reforma en ocho ejes estratégicos que orientaran los esfuerzos en esta etapa. Esos ocho ejes son:

- Construcción de la Red Integrada de Servicio de Salud del MSPAS.
- Recursos Humanos en salud como piedra angular del sistema.
- Respuesta a la demanda de medicamentos y vacunas.
- Instauración del Foro Nacional de Salud.
- Construcción de un Sistema Nacional de Emergencias Médicas.
- Desarrollo de un Sistema Nacional de Emergencias Médicas.
- Articulación progresiva con el ISSS y otros prestadores públicos de salud.
- Creación del Instituto Nacional de Salud y Fortalecimiento de la Red de Laboratorios.

El Ministerio de Salud (MINSAL) en el camino de la transformación del sistema de salud de El Salvador, ha dado pasos firmes para lograr el objetivo fundamental de la Política de salud, que es el de garantizar el derecho a la salud a toda la población salvadoreña a través de un Sistema Nacional Integrado de Salud. El proceso anunciado se inicia en el primer tramo de la gestión, comenzando con la reorganización del sistema de salud basado en la estrategia de atención primaria de salud integral. Este gran cambio se realiza progresivamente, partiendo por lo más importante, el trabajo directo con las familias y comunidades.

La reforma del sector salud se basa en los siguientes principios: equidad, gratuidad, intersectorialidad, universalidad, solidaridad, participación social,

transparencia y compromiso, los cuales son los trazadores del servicio de salud integral e integrada.

A partir de julio de 2010, el Ministerio de Salud puso en marcha, la primera etapa de la REFORMA DE SALUD, instalando en 74 municipios un nuevo modelo de atención, con 201 ECOS Familiares y 15 ECOS Especializados, quienes atienden a la persona, la familia y la comunidad cerca de su lugar de vivienda, esta fase es conocida como Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud.

Para 2013 el Ministerio de Salud se prevé aumentar la presencia de los Equipos Comunitarios de Salud (ECOS) familiares y especializados en todo el país.

La Ministra de Salud María Isabel Rodríguez, informó que en 2013 se abrirán 31 ECOS familiares para que existan 475 en el territorio nacional. Las unidades especializadas pasarán de 29 a 31, con lo que se prevé aumentar significativamente la cobertura de salud en los primeros niveles de atención. Este componente del nuevo sistema de salud ha demostrado ser exitoso, durante los últimos tres años permitiendo, entre otras cosas, reducir las muertes maternas e infantiles. En dos años los ECOS han brindado más de 2.5 millones de atenciones preventivas en 153 municipios, entre los que están los 100 más pobres del país. Y sólo en 2012 se atendieron a 1.6 millones de personas.

El municipio de Chalchuapa pertenece a la RIISS (Redes Integradas e Integrales de los Servicios de Salud) de Chalchuapa conformada por el municipio de Chalchuapa, El Porvenir, San Sebastián Salitrillo del departamento de Santa Ana del primer nivel de atención junto con el Hospital Nacional de Chalchuapa que es el segundo nivel de atención. Y además el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.

El Equipo Comunitario de Salud Familiar Urbano de Chalchuapa inicio 2010. En total cubre una población aproximadamente de 8159 habitantes distribuidos en 26 colonias peri urbanas de las cuales algunas no cuentan con los servicios básicos.

El porcentaje de riesgo de las familias pertenecientes al ECOSFB Urbano es el siguiente: riesgo bajo en la población con un 58.29 %, le secunda el riesgo alto con un 23.79% y luego el riesgo medio con un 17.92%. En 2011 se realizó un total de 40 inscripciones prenatales, 116 controles prenatales y 48 controles puerperales.

JUSTIFICACION

Debido al aumento de la tasa de natalidad en nuestro país vinculado a factores como: pobreza, falta de educación en general, factores culturales que contribuyen al aumento de embarazos no planeados, existe un aumento en la demanda de los servicios de salud y siendo que el Ministerio de Salud es el ente responsable de garantizar la atención integral a toda mujer embarazada y que esta cuente con acceso a un cuidado prenatal de calidad y que los servicios materno infantiles sean cercano a la comunidad se crea la reforma en salud en el año 2010, la cual plantea la atención integral de salud materna, implementando estrategias como: la creación de los Equipos Comunitarios en Salud Familiar así como el replanteamiento de los Lineamiento Técnicos para la Atención de la Mujer en el Periodo Prenatal, Parto, Puerperio y Recién Nacido, todo esto para poder disminuir los elevados índices de mortalidad materna y perinatal ya que cerca de 70% de las muertes fetales y del recién nacido pueden ser prevenidas a través de intervenciones dirigidas a las madres.

En 2010, 94% de las embarazadas recibió al menos un control prenatal durante su embarazo y 78% tuvo cuatro controles; por lo tanto, el siguiente estudio se hace de interés con el propósito de identificar la calidad de la atención de los controles prenatales brindados por los Equipos Comunitarios de Salud Familiar a las embarazadas en los centro de salud, específicamente los brindados en el ECOSF Urbano de Chalchuapa, para lograr identificar las deficiencias en la atención prenatal y contribuir a fortalecer y mejorar la calidad de la atención a las mujeres gestantes, con la realización de un adecuado manejo del embarazo con el fin de lograr una maternidad segura y así favorecer a disminuir las muerte maternas en nuestro país.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Entre los objetivos del desarrollo del milenio el objetivo 5 enfatiza la necesidad en la mejora de la salud materna, para disminuir los riesgos en el embarazo y realizar acciones oportunas, y así evitar el desarrollo de complicaciones con el fin de obtener una maternidad segura con la meta de lograr la reducción en tres cuartas partes la mortalidad materna, entre 1990 y 2015.

Según la OPS (Organización Panamericana de la salud) Se ha logrado reducir la mortalidad materna aproximadamente en un 25% entre 1990 y 2007, pero todavía se está lejos de alcanzar para el año 2015 la reducción de 75%, por lo cual la importancia que tiene la atención prenatal y esta que sea de calidad del más alto nivel posible.

El Salvador, la razón de mortalidad materna presentó poca variación entre los años En 2007 y 2010, con 53,5 y 55,8 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos, respectivamente; 61% correspondió a defunciones maternas por causas directas (hemorragia posparto, enfermedad hipertensiva del embarazo y sepsis) y 24% ocurrió en adolescentes .

En 2010, 94% de las embarazadas recibió al menos un control prenatal durante su embarazo y 78% tuvo cuatro controles; la atención hospitalaria del parto en el mismo año ascendió a 90% y solo 59% recibió control posnatal; del total de partos, 25% finalizó en cesárea y 7,7% de los embarazos terminó en aborto.

Teniendo en cuenta los datos de los indicadores básicos publicados por la OPS, se tiene que la atención de salud por el personal capacitado es la siguiente (2009)

Gestantes atendidas durante el embarazo mínimo 1 visita: 90.5, gestantes con 4 o más visitas durante el embarazo: 5.3, gestantes atendidas desde el primer trimestre del embarazo: 53.3, partos atendidos a nivel hospitalario: 91.7.

La mayoría de las defunciones maternas ocurren durante o poco después del parto y casi todas podrían prevenirse si las mujeres embarazadas tuvieran acceso al cuidado de calidad durante el periodo prenatal y el periodo crítico alrededor del parto y alumbramiento, cuidado que debe de ser brindado por un profesional de la salud con las habilidades necesarias, en servicios de salud que cuenten con el equipo y los medicamentos necesarios para prevenir y controlar las posibles complicaciones. Las mujeres más pobres, con nivel de escolaridad más bajo y las que viven en zonas rurales tienen menor probabilidad de ser atendidas durante el embarazo, parto y el puerperio por personal capacitado en comparación con las mujeres con mayor nivel de escolaridad que viven en los hogares más ricos o las zonas urbanas. La inaccesibilidad geográfica, cultural, económica y social constituyen las principales razones de dicha desigualdad. No es suficiente que los servicios de salud estén disponibles, sino que la atención que brinden sea de buena calidad y apropiada de acuerdo a los patrones culturales y sociales de la población.

Teniendo en cuenta lo antes mencionado es importante aclarar que los servicios de salud tienen que garantizar controles prenatales de calidad la disponibilidad de los siguientes recursos (datos obtenidos de los indicadores básicos de El Salvador, publicados por la OPS (año 2008)

Recursos humanos por 10,000 habitantes: medico: 20.1 enfermera: 5.1dentista: 8.1.Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2012 en la Nota Descriptiva No. 348 “Mortalidad Materna” Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación. Se ha determinado que más del 80% de las muertes maternas se pueden evitar o prevenir a través de acciones costo-efectivas de comprobada eficacia, como son las medidas preventivas y los cuidados prenatales adecuados.

Debido a la importancia y al impacto comprobado de un control prenatal adecuado, para reducir el índice de mortalidad materna de un país, cabe entonces plantearnos la siguiente interrogante:

¿Se ha brindado un control prenatal básico de calidad en las mujeres embarazadas, atendidas por el equipo comunitario de salud familiar urbano de Chalchuapa, departamento de Santa Ana, durante el periodo Enero a Diciembre del año 2012?

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Entre los objetivos del desarrollo del milenio el objetivo 5 enfatiza la necesidad en la mejora de la salud materna, para disminuir los riesgos en el embarazo y realizar acciones oportunas, y así evitar el desarrollo de complicaciones con el fin de obtener una maternidad segura con la meta de lograr la reducción en tres cuartas partes la mortalidad materna, entre 1990 y 2015.

Según la OPS (Organización Panamericana de la salud) Se ha logrado reducir la mortalidad materna aproximadamente en un 25% entre 1990 y 2007, pero todavía se está lejos de alcanzar para el año 2015 la reducción de 75%, por lo cual la importancia que tiene la atención prenatal y esta que sea de calidad del más alto nivel posible.

El Salvador, la razón de mortalidad materna presentó poca variación entre los años En 2007 y 2010, con 53,5 y 55,8 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos, respectivamente; 61% correspondió a defunciones maternas por causas directas (hemorragia posparto, enfermedad hipertensiva del embarazo y sepsis) y 24% ocurrió en adolescentes .

En 2010, 94% de las embarazadas recibió al menos un control prenatal durante su embarazo y 78% tuvo cuatro controles; la atención hospitalaria del parto en el mismo año ascendió a 90% y solo 59% recibió control posnatal; del total de partos, 25% finalizó en cesárea y 7,7% de los embarazos terminó en aborto.

Teniendo en cuenta los datos de los indicadores básicos publicados por la OPS, se tiene que la atención de salud por el personal capacitado es la siguiente (2009)

Gestantes atendidas durante el embarazo mínimo 1 visita: 90.5, gestantes con 4 o más visitas durante el embarazo: 5.3, gestantes atendidas desde el primer trimestre del embarazo: 53.3, partos atendidos a nivel hospitalario: 91.7.

La mayoría de las defunciones maternas ocurren durante o poco después del parto y casi todas podrían prevenirse si las mujeres embarazadas tuvieran acceso al cuidado de calidad durante el periodo prenatal y el periodo crítico alrededor del parto y alumbramiento, cuidado que debe de ser brindado por un profesional de la salud con las habilidades necesarias, en servicios de salud que cuenten con el equipo y los medicamentos necesarios para prevenir y controlar las posibles complicaciones. Las mujeres más pobres, con nivel de escolaridad más bajo y las que viven en zonas rurales tienen menor probabilidad de ser atendidas durante el embarazo, parto y el puerperio por personal capacitado en comparación con las mujeres con mayor nivel de escolaridad que viven en los hogares más ricos o las zonas urbanas. La inaccesibilidad geográfica, cultural, económica y social constituyen las principales razones de dicha desigualdad. No es suficiente que los servicios de salud estén disponibles, sino que la atención que brinden sea de buena calidad y apropiada de acuerdo a los patrones culturales y sociales de la población.

Teniendo en cuenta lo antes mencionado es importante aclarar que los servicios de salud tienen que garantizar controles prenatales de calidad la disponibilidad de los siguientes recursos (datos obtenidos de los indicadores básicos de El Salvador, publicados por la OPS (año 2008)

Recursos humanos por 10,000 habitantes: medico: 20.1 enfermera: 5.1dentista: 8.1.Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2012 en la Nota Descriptiva No. 348 “Mortalidad Materna” Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación. Se ha determinado que más del 80% de las muertes maternas se pueden evitar o prevenir a través de acciones costo-efectivas de comprobada eficacia, como son las medidas preventivas y los cuidados prenatales adecuados.

Debido a la importancia y al impacto comprobado de un control prenatal adecuado, para reducir el índice de mortalidad materna de un país, cabe entonces plantearnos la siguiente interrogante:

¿Se ha brindado un control prenatal básico de calidad en las mujeres embarazadas, atendidas por el equipo comunitario de salud familiar urbano de Chalchuapa, departamento de Santa Ana, durante el periodo Enero a Diciembre del año 2012?.

Objetivo General.

Evaluar la calidad de los controles prenatales básicos en las mujeres embarazadas brindadas por el Equipo Comunitario Salud Familiar Urbano de Chalchuapa, departamento de Santa Ana, en el periodo enero a diciembre del 2012.

Objetivos Específicos.

- Evaluar el cumplimiento de los componentes del control prenatal básico: Educación, Evaluación Clínica, Prevención y Tratamiento.
- Verificar que el control prenatal básico cumpla con los requisitos de precoz y periódico.
- Constatar el cumplimiento de actividades a realizar durante los controles prenatales básicos según los lineamientos técnicos de la mujer en el embarazo proporcionados por el Ministerio de Salud.
- Verificar la indicación y la realización del perfil prenatal durante el control prenatal básico.

MARCO TEORICO

La iniciativa de la Maternidad Saludable y Segura surge en el año 1987 en donde las Naciones Unidas convocaron la Primera Conferencia Mundial en Nairobi (Kenia) , que formuló un "Llamado a la Acción " para reducir los riesgos de embarazo y disminuir la mortalidad materna. Esta iniciativa fue liderada por un Grupo Interagencial, compuesto por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de actividades de Población (FNUAP) la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), El Consejo de Población y el Banco Mundial.

En septiembre de 2000, la mayor reunión de Jefes de Estado de toda la historia marcó el comienzo del nuevo milenio con la adopción de la Declaración del Milenio, que fue aprobada por 189 países y se tradujo en ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que deberían alcanzarse en 2015. Dichos objetivos consisten en reducir la pobreza y el hambre, mejorar la educación, hacer frente a las inequidades de género, a los problemas sanitarios y a la degradación del medio ambiente, y crear una alianza mundial en pro del desarrollo.

Los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio

- ODM 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre
- ODM 2: Lograr la enseñanza primaria universal
- ODM 3: Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer
- ODM 4: Reducir la mortalidad infantil
- ODM 5: Mejorar la salud materna
- ODM 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades
- ODM 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
- ODM 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

El más importante para la labor del Departamento Reducir los Riesgos del Embarazo (MPS) es el ODM 5, cuya meta consiste en reducir la razón de la mortalidad materna (RMM) en tres cuartas partes entre 1990 y 2015.

El ODM 5 consiste en mejorar la salud materna, y para ello se ponen dos metas: reducir la Razon de Mortalidad Materna (RMM) en tres cuartas partes entre 1990 y 2015, y lograr la cobertura universal de la asistencia especializada al parto para 2015.

Los indicadores utilizados para seguir los progresos realizados hacia la consecución del ODM 5 son la RMM y la proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado.

Según los datos de 2005, son pocos los países en desarrollo que se encuentran en camino de lograr el ODM 5. En 56 de los 68 países prioritarios en los que se registra el 98% de las muertes maternas, la RMM sigue siendo elevada (> 300 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos).² La RMM mundial sigue siendo de 400 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos, en comparación con las 430 de 1990. La disminución media anual de menos del 1% es muy inferior a la reducción del 5,5% anual que sería necesaria para que se alcanzara el ODM 5. Ninguna de las regiones ODM ha alcanzado ese 5,5%, aunque Asia Oriental se le acerca con una reducción anual del 4,2%. En el África subsahariana, donde se registra la mayor mortalidad materna, la reducción anual ha sido de aproximadamente un 0,1%. Sin embargo, el gran margen de incertidumbre de la RMM hace que no se pueda afirmar si en realidad ha habido alguna reducción.³

No obstante, hay una sensación de que se están haciendo progresos, avalada por el aumento de la búsqueda de cuidados durante el embarazo y el parto. La proporción de partos atendidos por asistentes de partería cualificados ha aumentado en el mundo en desarrollo del 43% al 57% entre 1990 y 2005.⁴ Sin embargo, la cobertura es muy inferior a la meta mundial fijada en 1999 en un periodo especial de sesiones de las Naciones Unidas. A raíz de la Conferencia

² Tracking progress in maternal, newborn and child survival. The 2008 report. Nueva York, UNICEF, 2007.

³ Maternal mortality in 2005. Estimates prepared by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007.

⁴ The Millennium Development Goals report 2007. Statistical annex. Nueva York, Naciones Unidas, 2007.

Internacional sobre la Población y el Desarrollo (ICPD+5), la comunidad internacional acordó la meta de alcanzar una cobertura del 80%, 85% y 90% en 2005, 2010 y 2015, respectivamente. En 2006, las zonas con menor proporción de partos asistidos por personal cualificado eran África Oriental (34%) y Occidental (41%), que también son aquellas con mayor número de muertes maternas.⁵

Para alcanzar el ODM 5 será necesario reducir la RMM mucho más rápidamente que lo que se ha hecho entre 1990 y 2005. Es necesario prestar más atención a la mejora de la atención sanitaria a la mujer, a la prevención de los embarazos no deseados y los abortos peligrosos, y a la prestación de una atención de calidad al embarazo y el parto.

El ODM 5 está relacionado con otros ODM. Como la mortalidad neonatal depende mucho de la mortalidad materna, los progresos con respecto al ODM 5 también repercutirán en la reducción de la mortalidad infantil (ODM 4). Dichos progresos también están estrechamente relacionados con el ODM 6, consistente en combatir el VIH/SIDA y el paludismo, que son importantes causas indirectas de mortalidad materna. La consecución del ODM 5 también se verá favorecida por el fortalecimiento de los derechos de la mujer (ODM 3), el aumento de la educación primaria (ODM 2) de las niñas y la erradicación de la pobreza extrema (ODM 1). Después de todo, la mortalidad materna es un indicador sensible de las desigualdades, y las estadísticas actuales muestran que las mujeres más pobres y con menos nivel educativo son las que corren mayor riesgo de morir durante el embarazo o el parto.

En 2002, la XXVI Conferencia Sanitaria Panamericana reconociendo la importancia de la temática, aprobó una resolución en apoyo de la Estrategia Nacional para la reducción de la mortalidad Materna, basándose en las lecciones aprendidas en los últimos doce años, reconociendo cinco áreas prioritarias de

⁵ Proportion of births attended by a skilled attendant - 2008 updates. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, 2008.

acción, para fortalecer los marcos jurídicos institucionales de las intervenciones nacionales y locales, siendo éstas:

1. Disposición de servicios de salud materna de calidad por medio de la atención integrada de salud reproductiva que incluye la atención prenatal, parto, posparto y planificación familiar.
2. Aumentar la demanda del público a servicios de alta calidad, asequibles y accesibles al facilitar: la promoción y educación en salud, la capacidad y participación de la comunidad en materia de salud y comités de mortalidad materna activos.
3. Construcción de alianzas a fin de fomentar la salud materna a escala internacional, nacional y local.
4. Apoyo a las acciones nacionales y municipales que promuevan: políticas y leyes que protejan los derechos de la mujer; la atención de las necesidades de la población en los sistemas de salud y el compromiso de asegurar los recursos humanos y financieros indispensables.
5. Asegurar el apoyo financiero y la sostenibilidad económica de la atención de salud materna.

El Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR) es un centro y unidad técnica de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS) que brinda asesoría técnica a los países de América Latina y el Caribe en el área de la salud sexual y reproductiva.

En 1983, el CLAP/SMR publicó el Sistema Informático Perinatal (SIP). El cual es un producto de consenso técnico entre cientos de profesionales de la Región convocados periódicamente por el CLAP/SMR para su revisión y forma parte de las herramientas (tool kit) de la OPS para mejoría de la calidad de la atención de madres y recién nacidos. En más de 25 años de su desarrollo recoge las lecciones aprendidas en su implementación en todos los niveles de atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe.

Su validación es el resultado de un largo proceso de adopción y uso mantenido en cientos de instituciones de asistencia pública, de Seguridad Social y Hospitales Universitarios de la Región. Su sustentabilidad se basa en capacitación de personal, que CLAP/SMR ha iniciado en la mayoría de los servicios públicos de atención perinatal y que forma parte de la currícula de enseñanza en numerosas escuelas de medicina, enfermería y partería de la Región. Los datos de cada mujer embarazada y de su hijo, se recogen desde la primera visita antenatal, acumulando la información de los eventos sucesivos hasta el alta de ambos luego del parto.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador (MSPAS), está comprometido en cumplir con el objetivo de desarrollo del milenio en reducir en tres cuartas partes los casos de muerte materna al año 2015.

Muchas mujeres en el país continúan muriendo debido a las complicaciones del embarazo y no se conocía exactamente cuantos casos ocurrían, presentando la razón de mortalidad materna gran variabilidad. La Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL) se ha realizado en El Salvador en tres oportunidades diferentes, en 1993, 1998 y 2003. La metodología utilizada, conocida como el método de “Hermanas Vivas”, ofrece una visión general de la situación, para un período de 10 años antes de realizada la encuesta. Para 1993, 1998 y 2003 las razones de mortalidad materna fueron estimadas en 152, 120 y de 172 por 100,000 n.v. respectivamente.⁶ Es importante recalcar que esta metodología se construye con base en muestras que es suficiente para el cálculo de la mayoría de los indicadores de salud reproductiva, sin embargo no resulta ser suficiente para cambios en la razón de mortalidad materna.

En el año 2000, el Ministerio de Salud estableció la obligatoriedad del reporte de las muertes maternas; a partir de estos informes anuales.

⁶ LINEA DE BASE DE MORTALIDAD MATERNA EN EL SALVADOR. JUNIO 2005 - MAYO 2006

La variabilidad de estas cifras evidenció que El Salvador no disponía de datos confiables que mostrasen la magnitud del problema. Asimismo, se pudo identificar la ausencia de información relacionada a la mortalidad materna no institucional; la mala clasificación de causas, la subenumeración de muertes maternas y las causas no médicas (sociales) que contribuyen a su ocurrencia.

A diferencia de las tres encuestas previas de la serie FESAL. (FESAL-93, FESAL-98 y FESAL-2002/03), para FESAL 2008 se decidió excluir la razón de mortalidad materna entre los indicadores investigados, debido a que en FESAL- 2002/03 se confirmó que la metodología utilizada en encuestas por muestreo aleatorio de viviendas, no permite identificar suficientes casos de muertes maternas para alcanzar la precisión estadística del indicador, por sus intervalos de confianza muy amplios para estimaciones de un periodo determinado para analizar tendencias. En el informe Línea de Base de Mortalidad Materna Junio 2005 - Mayo 2006 se concluyó que la razón de mortalidad materna a nivel nacional para el período estudiado es de 71.25 por 100,000 nacidos vivos.

Según el informe Línea de Base de Mortalidad Materna el total de muertes de mujeres de 10 a 54 años encontradas fueron 2,468 y de estas 100 casos asociados a embarazo, 50 de ellos ocurrieron por complicaciones propias del embarazo (Muerte Materna Directa) y en 32 casos el embarazo complicó una enfermedad preexistente (Muerte Materna Indirecta). El resto de casos (18) están clasificados como muertes maternas no relacionadas.

De las muertes maternas directas (50 casos) los trastornos hipertensivos del embarazo (THE) representó el 38% y la hemorragia el 38%, ambas constituyen las dos primeras causas de muerte materna sumando el 76% del total. Las muertes por infección constituyen el 10%, y el 14% restante lo constituyen otras causas: hígado graso agudo del embarazo, accidentes anestésicos, embarazo ectópico, y aborto séptico.⁷

Las causas indirectas representan el 39% de las muertes maternas y entre estas, los envenenamientos autoinflingidos constituyen el 40.6%. Las causas no

⁷ LINEA DE BASE DE MORTALIDAD MATERNA EN EL SALVADOR. JUNIO 2005 - MAYO 2006

relacionadas representan el 18% y dentro de ellas los homicidios y accidentes de tránsito fueron los más frecuentes.

De las 82 muertes maternas el 31.7% no tuvo acceso a control prenatal, el 50.9% recibió entre 1 y 5 controles. De las que accedieron el 76.4% se inscribió antes de las doce semanas y un 43% de las fallecidas tenía una gravidez entre 2 y 4 embarazos y un espacio intergenésico de 3 a 5 años en un 37%.

Según la FESAL 2008, del total de niños(as) que nacieron vivos(as) de abril 2003 a marzo 2008, el 94 por ciento de las madres tuvo al menos un control prenatal. En cuanto al cumplimiento de la “Normativa Técnica” del Ministerio de Salud, (Entiéndase por control prenatal según la OPS/CLAP, a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la grávida con integrantes del equipo de salud, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza) el 77 por ciento tuvo el primer control antes del cuarto mes de embarazo y el 78 por ciento tuvo al menos 5 controles, pero la combinación de ambas normas baja al 70 por ciento. La proporción que tuvo la inscripción antes del cuarto mes de embarazo y 5 ó más controles varía del 76 por ciento en el área urbana al 65 por ciento en la rural. Este indicador desciende del 76 por ciento para los (las) primogénitos(as) al 46 por ciento para los (las) del sexto orden o superior y cambia del 73 por ciento en el grupo que tuvo el parto de 20 a 34 años al 57 por ciento en el grupo de 35 a 49 años. Ello significa que las mujeres con riesgo reproductivo por ser multíparas o por tener 35 años o más, son quienes menos reciben el control prenatal precoz y continuo.

De las mujeres que tuvieron al menos un(a) hijo(a) que nació vivo(a) en los últimos 5 años, el 59 por ciento recibió dos o más dosis de toxoide tetánico durante el embarazo y el 85 por ciento de los partos tuvo atención intrahospitalaria. Esta cifra última desciende del 94 por ciento en el área urbana y el departamento de San Salvador al 76 por ciento en el área rural y al 68 por ciento en el departamento de Morazán.

Por todo lo anterior el MISAL, con su nueva reforma de salud adoptada en 2010 pone en marcha implementación de sus ocho ejes los cuales son:

1. Construir la Red Integral de Servicios de Salud.
2. Construcción de un Sistema Nacional de Emergencia
3. CISALUD (Comisión Intersectorial de Salud)
4. Foro Nacional de la Salud
5. Instituto Nacional de Salud
6. Sistema Único de Información
7. Garantizar el abastecimiento de medicamentos, insumos y otros.
8. Política de Desarrollo de Recursos humanos.

CONSTRUCCION DE LA RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD DEL MSPAS

El MINSAL con el objetivo de cumplir el mandato constitucional de garantizar el acceso a los servicios de salud como derecho humano fundamental bajo los principios de solidaridad, cobertura universal con calidad y oportunidad, implementa un modelo de atención basado en la Atención Primaria en Salud Integral (APS-I) que permite atender a la población a través de redes de salud integrales e integradas, con el objetivo de mejorar las condiciones de vida de la población, garantizando el acceso a los servicios de salud, acercándolos a su lugar de vivienda, principalmente a la población que vive en condiciones de exclusión.

A diferencia del esquema de ordenamiento piramidal que ha caracterizado al sistema actual, la red integral e integrada de servicios se desarrolla en torno a la comunidad, las familias y las personas, lo que se convierte en una nueva cultura organizacional en la lucha contra los determinantes de la salud; enfoque democrático participativo para la gestión, planificación, ejecución, monitoreo y

evaluación de acciones; comunicación en todos los sentidos posibles; desarrollo y puesta en práctica de programas transversales integrales centrados en la persona y no en problemas o patologías. Así mismo, implica el desarrollo de procesos conjuntos en los que cada efector se hace cargo responsablemente de sus funciones establecidas, sin desentenderse del resultado general, la utilización de guías y normativas que describen los procesos de prestación de servicios en forma integral a lo largo de todos los niveles de complejidad de la red, la capacitación e investigación operativa integradas a las actividades de prestación de servicios.

Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS). Están conformadas por todas aquellas instituciones prestadoras de servicios de salud del MINSAL y aquellas organizaciones del sector público de salud que se vayan incorporando gradualmente y que desarrollan su trabajo en una población definida, que rinden cuentas por sus resultados y por el estado de salud de la población, con la cual trabajan articuladamente para incidir en los determinantes de la salud. Su finalidad es garantizar el acceso de la población a servicios de salud, permanentes, oportunos y eficaces, mediante la distribución equitativa y uso eficiente de los recursos con participación comunitaria, intersectorialidad e integración de todos sus elementos.

Estructura y Organización de las RIISS en el Ministerio de Salud.

En su estructura organizativa el Ministerio de Salud está conformado actualmente por tres niveles: superior, regional y local, representado por los SIBASI. La provisión de los servicios de salud de las RIISS del Ministerio de Salud se organiza a partir de la categorización y agrupación de los mismos, en tres niveles de diferente complejidad:

- **Primer Nivel de Atención:** Equipos Comunitarios de Salud Familiar (Ecos Familiares), Equipos Comunitarios de Salud Especializados (Ecos Especializados), Centros Rurales de Nutrición y Salud (C.R.N.S), Casas de

Espera Materna y Casas de Salud, como integrantes de las Unidades Comunitarias en Salud Familiar (UCSF) básicas, intermedias y especializadas.

- **Segundo Nivel de Atención:** Hospitales de jurisdicción Municipal (Hospital Básico) y Hospitales Departamentales.
- **Tercer Nivel:** Hospitales Regionales y Hospitales Especializados.

Primer nivel de atención

ECOS Familiares y ECOS Especializados

El Ministerio de Salud (MINSAL) en el camino de la transformación del sistema de salud de El Salvador, ha dado pasos firmes para lograr el objetivo fundamental de la Política de salud, que es el de garantizar el derecho a la salud a toda la población salvadoreña a través de un Sistema Nacional Integrado de Salud. El proceso anunciado se inicia en el primer tramo de la gestión, comenzando con la reorganización del sistema de salud basado en la estrategia de atención primaria de salud integral. Este gran cambio se realiza progresivamente, partiendo por lo más importante, el trabajo directo con las familias y comunidades. La primera fase inició en 74 municipios, la segunda fase en 51 municipios, en catorce departamentos del país, logrando conformar 380 Ecos Familiares y 28 Ecos Especializados para febrero del 2011 siendo la meta al 2014 cubrir el país, definiendo el Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, el cual para su implementación requiere de la conformación y preparación de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar (Ecos Familiares) y los Equipos Comunitarios de Salud Familiar Especializados (Ecos Especializados). Éstos trabajarán directamente, en su territorio, con la comunidad, familias y personas, en un espacio geo-poblacional previamente definido; y con la misma comunidad y otros agentes del Estado, buscando la solución a problemas que muchas veces van más allá del sector salud, a partir de la modificación de los determinantes sociales de la salud. A través de este mismo equipo se brinda, además, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención médica y rehabilitación.

Los Ecos Familiares deben planificar consultas y realizar visitas a cada una de las viviendas dentro del área de responsabilidad. El médico y la enfermera comunitaria del Ecos Familiar deben brindar atención de consulta en la UCSF Básica, alrededor de tres días por semana y dos días dedicarlos a la visita de terreno a la familia, en la totalidad del horario de su jornada laboral; la programación puede tener modificaciones y adecuaciones según la planificación local, morbilidad, oferta y demanda de la población; siendo el coordinador(a) del Ecos Familiar junto al equipo, los encargados de la toma de decisión oportuna de modificación en la oferta de servicios, con pleno conocimiento de la comunidad y demás sectores. Siempre que el médico salga a terreno, se debe garantizar la permanencia de la enfermera o auxiliar de enfermería en la sede.

ATENCION MATERNA

La atención prenatal es parte de un proceso destinado a fomentar la salud de la madre, el feto y la familia y se apoya en la organización de los servicios de salud. Se recomienda precocidad en la primera consulta para confirmar el diagnóstico de embarazo. Evaluar el estado general de la gestante, descartar patologías del sistema reproductivo, y establecer en función de los antecedentes y de los hallazgos clínicos y de laboratorio una calificación primaria de riesgo. El énfasis en la precocidad de la primera consulta es mayor a medida que los procedimientos de laboratorio y paraclínicos permiten certificar el diagnóstico de embarazo a edades más tempranas y que los conocimientos y tecnología colaboran en despistar patologías poco aparentes -subclínicas- y que se amplía la capacidad para prevenir, corregir, compensar y tratar las complicaciones.

Así es posible analizar acciones oportunas tales como el tratamiento de patologías, la recuperación nutricional. Indicar restricción de los esfuerzos físicos, de la exposición a tóxicos ambientales, reducción o supresión del hábito de fumar, del consumo de bebidas alcohólicas y de medicamentos y drogas no esenciales.

Con la historia clínica, examen físico y exámenes de laboratorio clínico, el médico coordinador del Ecos Familiar, debe definir el grado de riesgo de la gestante, y referir al nivel que corresponda. Los promotores de los Ecos Familiares, realizarán las visitas de terreno mensuales, y serán los responsables de vigilar y referir ante signos de alarma, garantizando la atención continua de la embarazada. El médico coordinador del Ecos Familiar y la enfermera también harán visitas de terreno con el objetivo de evaluar el entorno familiar y algunas situaciones del riesgo. El seguimiento en consulta de ginecología puede incrementarse según la condición de la paciente y el criterio médico del Ecos Especializado. En el caso de la embarazada con riesgo obstétrico será evaluada por el ginecólogo del Ecos Especializado, quien decidirá la referencia al Hospital de su red departamental o al Hospital Nacional de Maternidad. Es indispensable la interrelación del Ecos Familiar, el médico ginecoobstetra del Hospital de la red y del Ecos Especializado, para el seguimiento continuo de la embarazada, así como la información al Ecos Familiar al cual pertenece.

CONTROL PRENATAL

Según Guías Clínicas de Atención a la Mujer en los Períodos Preconcepcional, Embarazo, Parto, Puerperio y al Recién Nacido control prenatal se define como, la atención integral, periódica y sistemática de la embarazada por el equipo de salud, con el fin de: vigilar la evolución del proceso de gestación; identificar factores de riesgo; detectar y tratar oportunamente las complicaciones; referir al nivel de mayor complejidad cuando sea necesario; brindar educación y consejería de acuerdo a las necesidades de la mujer; lograr un parto en las mejores condiciones de salud para la madre y su hijo(a).

Tipos de Control Prenatal

El control prenatal deberá clasificarse, según la evaluación de la usuaria, en:

Prenatal Básico: para usuarias sin factores de riesgo o complicaciones. Este será brindado por médico general, médico de familia, licenciada en salud materno-infantil, enfermera capacitada o médico especialista donde se cuente con este recurso.

Prenatal Especializado: para usuarias en las que se detecte morbilidad previa o complicaciones durante el embarazo. Será proporcionada por Médico Gineco-obstetra. En este tipo de control, la mujer tendrá una atención diferenciada de acuerdo con la patología o factor de riesgo que presente.

A toda mujer embarazada se le pasará a su llegada la Hoja Filtro de control prenatal (Anexo 3) para definir si es candidata para Control Prenatal Básico o especializado. La sección antecedentes de esta hoja será llenada por la enfermera o el recurso designado para tal fin en cada institución, previo a la consulta de inscripción. Las secciones historia clínica general y embarazo actual de la Hoja Filtro serán llenadas durante la inscripción y en los controles subsecuentes, por el recurso que da el control prenatal.

Si al llenar la Hoja Filtro de control prenatal se detecta la presencia de una o más de las condiciones que evalúa o si durante el transcurso del Control Prenatal Básico se detectan factores de riesgo o complicaciones, la usuaria deberá ser Referida al control prenatal especializado al nivel correspondiente, según la condición de la paciente.

Si la condición de referencia desaparece o puede tener un seguimiento básico, se hará el Retorno al establecimiento que la refirió. En este caso, continuará con el Control Prenatal Básico, brindándole las intervenciones que corresponden a la semana de gestación en la que se encuentra.

Componentes del Control Prenatal Básico:

Dentro del control prenatal básico se abordan tres componentes: Educativo, Evaluación clínica y Tratamiento.

Componente I: Educativo

Objetivo: Lograr que la embarazada y su familia, adquieran conocimientos y desarrollen prácticas que le sean útiles para el auto-cuidado y el desarrollo de la gestación, reconozcan signos y síntomas de complicaciones, así como dónde acudir para su atención.

Las principales intervenciones de este componente son:

- Promueva el involucramiento de la pareja o un familiar en el control prenatal y el acompañamiento durante el parto.
- Enfatique la importancia de asistir puntualmente a la cita para el control prenatal y de no olvidar llevar su carnet materno y la ficha del plan de parto.
- Enseñe a la mujer embarazada y su familia, a reconocer posibles complicaciones del embarazo a través de signos y síntomas (según etapa del embarazo) y que cuando se presenten, busquen inmediatamente atención médica.
- Higiene personal.
- Nutrición.
- Enfatizar la importancia de la toma de exámenes de laboratorio durante el prenatal.
- Orientación sobre el uso de medicamentos y el cumplimiento de indicaciones médicas.
- Importancia de la salud bucal y el tratamiento de patologías dentales.
- Salud mental.
- Evitar el uso de sustancias psicoactivas y drogas.
- Evitar la exposición al humo del tabaco y leña.
- Prevención de accidentes en el hogar.
- Orientación sobre derechos sexuales y reproductivos.
- Prevención de la violencia basada en género (Violencia intrafamiliar y sexual).
- Sexualidad durante el embarazo.
- Preparación emocional y física de la embarazada para el parto, con participación de la familia.

- Promoción del plan de parto para facilitar o asegurar la atención del parto en un establecimiento de salud o por personal capacitado.
- Promoción de las Casas de Espera Materna como una estrategia para acercar a las mujeres que viven en áreas lejanas al establecimiento de salud donde se atenderá su parto.
- Promoción del parto institucional.
- Cuidados de episiotomía y cesárea.
- Cuidados del recién nacido.
- Promoción de la lactancia materna: Preparación del pezón. Importancia de la lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses.
- Planificación Familiar: importancia del espaciamiento intergenésico; métodos de PF utilizables. Se requiere consentimiento informado en caso de esterilización quirúrgica.
- Promover la participación comunitaria a través de la formación de Grupos de Apoyo o Comités de salud.
- Participación de la mujer embarazada en Clubes de madres o Círculos Educativos en el establecimiento de salud.
- Promoción de las pasantías hospitalarias anteparto.
- Brindar consejería Aclarar dudas según necesidad de la usuaria o su familia.

Las actividades educativas serán realizadas por los recursos en los tres niveles de atención y serán responsabilidad del médico, auxiliar de enfermería, enfermera, licenciado en atención materno infantil y promotor de salud. Para ejecutar este componente utilice y entregue materiales educativos.

Componente II: Evaluación Clínica

Objetivo: Vigilar la condición de salud de la mujer embarazada y la evolución de la gestación, detectar factores de riesgo o complicaciones y referir oportunamente si se presentan. Debe priorizarse la atención de la mujer embarazada que presente signos y síntomas de alarma.

Las principales actividades en este componente son las siguientes:

- Llenado y análisis riguroso de la hoja filtro y de la hoja de la historia clínica perinatal.
- Examen físico completo: No olvide examinar la cavidad oral y las mamas. Realice examen vaginal y oferte la toma del PAP, si no está vigente.
- Evaluación del estado nutricional a través del índice de masa corporal (IMC)
- Evaluación de la salud mental.
- Toma de pruebas de laboratorio y gabinete.
- Detección y diagnóstico de patología obstétrica y no obstétrica. Derivar o referir a la embarazada con complicaciones o factores de riesgo.

Estas actividades serán realizadas por la enfermera capacitada, el licenciado materno-infantil y el médico.

Componente III: Preventivo y Tratamiento

Objetivo: Brindar medidas preventivas que beneficien a la mujer embarazada y a su hija/o y proporcionar tratamiento oportuno de las complicaciones que se detecten durante el control prenatal.

Intervenciones a realizar:

- Administración de micronutrientes.
- Atención odontológica.
- Atención Nutricional.
- Aplicación de vacuna Antitetánica (Td) y vacuna Anti-influenza pandémica H1N1.
- Tratamiento de Infecciones de Transmisión sexual y de las infecciones de vías urinarias.
- Detección y referencia de embarazadas viviendo con VIH/SIDA.
- Diagnóstico y manejo de enfermedades crónicas concomitantes con el embarazo.

- Detección y tratamiento de las complicaciones del embarazo.
- Atención de mujeres víctimas de violencia basada en género.
- Uso de medicamentos de acuerdo a categorización de FDA y etapa del embarazo.

Estas intervenciones serán realizadas por el personal de salud (enfermera graduada, el licenciado materno-infantil, el médico y el odontólogo), de acuerdo a las asignaciones de cada recurso.

Duración de la consulta de Control Prenatal:

La duración de la consulta de inscripción es de 30 minutos y la consulta subsecuente de 20 minutos. La duración del control prenatal, puede variar dependiendo de las necesidades o complicaciones que presente la mujer embarazada.

Requisitos Básicos del Control Prenatal:

- **Precoz:** Debe iniciarse lo más temprano posible, preferentemente antes de las 12 semanas de gestación.
- **Completo e integral:** Los contenidos deben garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de información, educación, comunicación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, tomando en consideración los aspectos bio-psicosociales.
- **De amplia cobertura:** Que abarque al 100% de las mujeres embarazadas.
- **Con calidez:** La atención debe brindarse tomando en consideración los aspectos socioculturales y con un enfoque basado en derechos.
- **Periódico:** Toda mujer embarazada deberá completar como mínimo 5 controles prenatales (Uno de inscripción y 4 de seguimiento), que serán brindados de la siguiente forma.

Actividades a realizar durante los Controles Prenatales (ANEXO 4)

En cada control prenatal, en todos los niveles de atención, deben cumplirse las actividades que se registran en la Historia Clínica Perinatal y Carne Materno.

El SIP está constituido por un grupo de instrumentos originalmente diseñados para uso en los servicios de gineco/obstetricia y neonatología. Estos instrumentos son la Historia Clínica Perinatal (HCP) (Anexo 1), el carné perinatal (Anexo 2), el formulario de aborto, el partograma, hospitalización neonatal, enfermería neonatal y los programas de captura y procesamiento local de datos.

Desde 1983 la Historia Clínica ha sido modificada en varias ocasiones. Estas modificaciones obedecen a la necesidad de mantener actualizado su contenido con la mejor evidencia científica disponible, así como incluir las prioridades – nacionales e internacionales- definidas por los Ministerios de Salud de la Región. Su formato y diseño, sin embargo, han sufrido pocas modificaciones. Los datos clínicos desde la gestación hasta el puerperio se presentan en una sola página, la mayor parte de datos clínicos sólo requieren registrar una marca en espacios previamente predefinidos y aquellos datos que requieren mayor información, estudio o seguimiento (alerta) son presentados en color amarillo.

La HCP es un instrumento diseñado para ayudar en las decisiones relacionadas con el manejo clínico individual de la mujer embarazada durante el control prenatal, el parto y el puerperio y del neonato y/o en el ingreso por aborto, incluyendo el período pos-aborto hasta el alta.

Cuando su contenido forma parte de una base de datos, la HCP se convierte en un instrumento útil para la vigilancia clínica y epidemiológica de éstos eventos desde una visión de Salud Pública.

Es esencial que los datos registrados en la HCP sean completos, válidos, confiables y estandarizados.

Exámenes de Laboratorio y Gabinete durante el Control Prenatal.

A toda embarazada durante la inscripción, independientemente de la edad gestacional, se le indicarán los exámenes, (Ver Anexo 5). Otros exámenes

complementarios serán indicados por el ginecólogo/a u otro especialista, según la condición de salud de la mujer embarazada o las complicaciones que se presenten durante el embarazo actual.

CONSEJERÍA

La consejería es el proceso de comunicación interpersonal entre los proveedores de salud y los usuarios, que contribuye a que las personas tomen decisiones conscientes, libres e informadas en beneficio de su salud y la de su hijo/a.

Durante el control prenatal de consejería sobre los siguientes aspectos (Anexo 6).

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

- **Diseño de estudio:**

El presente estudio es de tipo retrospectivo y descriptivo. Debido a que la obtención de la información es la revisión de expedientes clínicos del año 2012. De tipo descriptivo debido a que se pretende identificar la realización de un control prenatal básico de calidad.

- **Período del estudio**

De enero a diciembre de 2012.

- **Población de interés**

Todas las embarazadas esperadas para el periodo de 1 de enero al 31 de diciembre de 2012. En base a la programación operativa anual (POA) del establecimiento a estudiar.

- **Universo**

160 embarazadas esperadas para el 2012 según POA.

- **Determinación del tamaño adecuado de la Muestra.**

Formula:

$$n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{(N-1) \cdot E^2 + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$

n = Tamaño de la muestra

Z = Grado de confianza

E = Nivel de precisión

N = Tamaño total del universo

P = Porcentaje de probabilidad de que el resultado de la investigación sea positivo.

Q = Porcentaje de probabilidad de que el resultado de la investigación sea negativo.

Grado de confianza (Z):

Será del 95%

Pasos 1: se divide entre dos = 47.5

Paso 2 se divide entre 100= 0.475

Paso 3: se busca el valor en la tabla del área bajo la curva normal tipificada.

= 1.9

Paso 4: se la debe agregar el numero que aparece arriba de la columna de la tabla donde se encuentra el valor de 0.475 por lo que z será 1.96

Z = 1.96

Nivel de precisión (E):

Será de 5%

Paso 1: se divide entre 100= 0.05

E = 0.05

Tamaño total del universo

N= 160.

$$n = \frac{Z^2 P.Q.N.}{(N-1).E^2 + Z^2.P.Q}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5)(0.5)(160)}{159 (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{(3.84)(0.5)(0.5)(160)}{159 (0.0025) + 3.84 (0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{153.6}{0.39 + 0.96}$$

$$n = \frac{153.6}{1.35} = 114$$

- **Criterios de inclusión y exclusión**

Inclusión:

- Embarazadas que pertenecen a la población asignada al Equipo Comunitario de Salud Familiar Urbano de Chalchuapa.
- Embarazadas inscritas en Equipo Comunitario de Salud Familiar Urbano de Chalchuapa.
- Embarazadas elegibles, es decir sin factores de riesgo o complicaciones para control prenatal básico en Equipo Comunitario de Salud Familiar Urbano de Chalchuapa en el periodo de 1 de Enero a 31 de Diciembre de 2012.

Exclusión:

- Mujeres embarazadas que no son elegibles para un control prenatal básico (usuarias sin factores de riesgo o complicaciones), sino para uno especializado.
- Embarazadas con factores de riesgo
- Embarazadas con complicaciones obstétricas.
- Embarazadas en control prenatal en ISSS
- Embarazadas con médico particular.
- Embarazadas con inscritas en otra Unidad Comunitaria de Salud Familiar en el periodo de estudio.

- **Instrumentos de recolección de datos y monitoreo**

En el presente estudio se utilizaron lista de chequeo y encuestas (ver anexo 9), la cual se elabora con el objetivo de identificar un expediente clínico de un paciente en control prenatal básico. La lista de chequeo comprende catorce secciones de las cuales cada una tiene un ponderación de un punto, de las catorce secciones diez pertenecen a la historia clínica perinatal y las otras cuatro secciones son:

Indicación de los exámenes de laboratorio, hoja filtro, plan de parto de enfermería y protocolo de enfermería durante el embarazo. Cada una de las catorce secciones tendrá una ponderación de cero a uno. A cada una de la secciones dependiendo del número de ítems se la asignara su ponderación dentro de la escala de cero a uno, luego se suman todas las ponderaciones de cada sección en donde la máxima puntuación será catorce.

Se clasificara en base a la siguiente escala:

< de 7 = regular

De 7 < 10 = bueno

De 10 a 14= muy bueno

Además se agrega una casilla adicional a cada lista de chequeo en la cual se refleja la semana de gestación en la cual fue inscrita, para evidenciar si es inscripción precoz o tardía.

Así mismo se realizara encuesta (ver anexo 8) la cual consiste en preguntas abiertas y cerradas dirigidas al personal médico y de enfermería que brindan controles prenatales básicos, del Equipo Comunitario de Salud Familiar Urbano de Chalchuapa.

Metodología de aplicación de instrumentos:

Encuesta dirigida a personal de enfermería
Encuesta dirigida a médico coordinador responsable.
Lista de chequeo de expediente clínico

Periodo de tiempo de aplicación de instrumento:

Se revisara 114 expediente en un periodo de 5 semanas con promedio de 23 expedientes semanales, a partir de la última semana de Junio.

Responsables de aplicación de instrumento:

Claudia Rocío Amaya Mancía
Nisser May Ling Romero de Salazar
Tania Elizabeth Sánchez

Resultados de la Prueba Piloto:

Se realizaron una revisión de 15 expedientes clínicos, con el objetivo de evidenciar errores en el instrumento de recolección de datos que pueden generar una interpretación inadecuada de los resultados.

De esta prueba piloto se obtuvo lo siguiente:

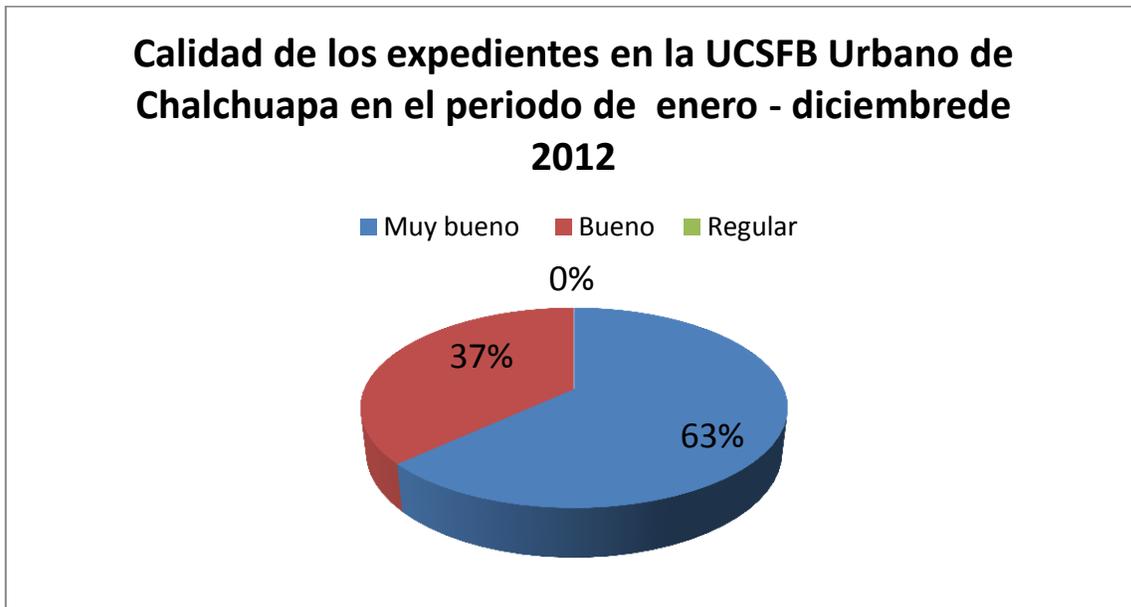
En el ítem numero 5 correspondiente a la verificación de exámenes de laboratorio según la normativa, se encuentra que en la revisión de expedientes algunos tenían solo un perfil lo cual no se contempla en el instrumento de recolección de datos, por lo que se modifica y se agregan los exámenes que se realizan en el segundo perfil.

En el Ítem numero 6 correspondiente a exámenes de laboratorio según CLAP se encuentran la mayoría de exámenes contemplados en la Normativa, por lo que se eliminaron debido a que ya se verificaron en el Ítem numero 5 y se dejan únicamente los que no están contemplados en la Normativa.

En el ítem numero 7 correspondiente a vacunas se especifica que se evalúa la aplicación de la vacuna en el caso de la antitetánica y H1 N1, y Rubeola solo verificar llenado de casilla.

ANALISIS DE RESULTADOS

Grafica 1. Calidad de los expedientes en la UCSFB Urbano de Chalchuapa en el periodo de enero a diciembre de 2012.

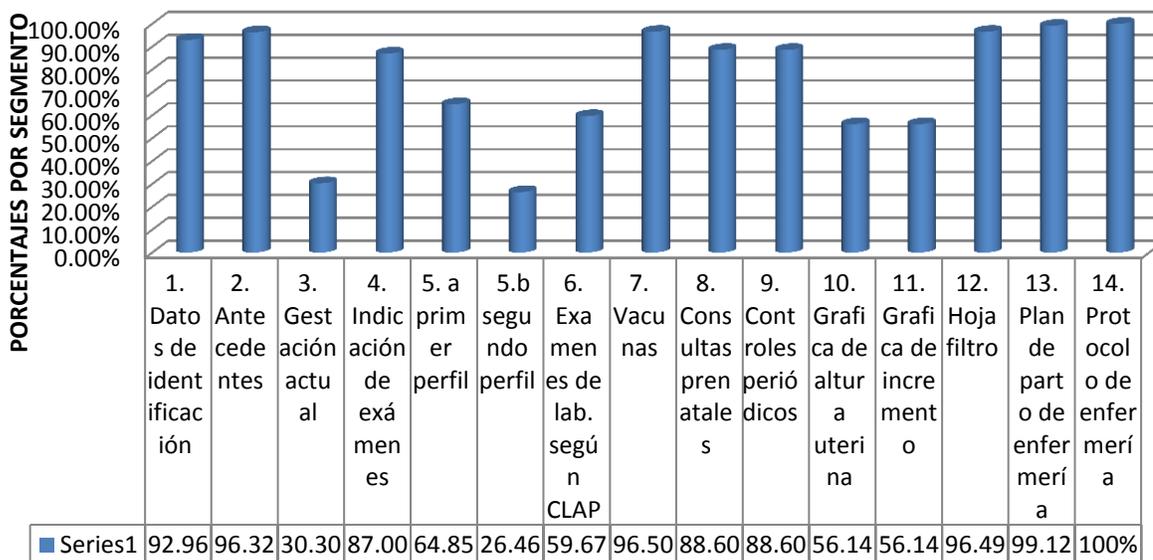


Fuente: Expedientes clínicos de la UCSFB Urbano de Chalchuapa

Durante la investigación se utilizó una muestra 114 expedientes a los cuales se les paso una lista de chequeo con la cual obtuvimos que un 63% de estos expedientes lograron ser evaluados como muy bueno, un 37% como bueno y 0% regular lo que significa que le equipo comunitario realiza un esfuerzo por brindar un control prenatal adecuado, que si bien existen ciertas deficiencias las cuales se identificaron en la lista de chequeo como el inadecuado llenado e indicación del segundo perfil de exámenes de laboratorio, las graficas de altura uterinas y ganancia de peso.

Grafica 2. Secciones correspondientes a la lista de chequeo que se aplicó a los expedientes de la UCSFB Urbano de Chalchuapa en el periodo de enero a diciembre de 2012.

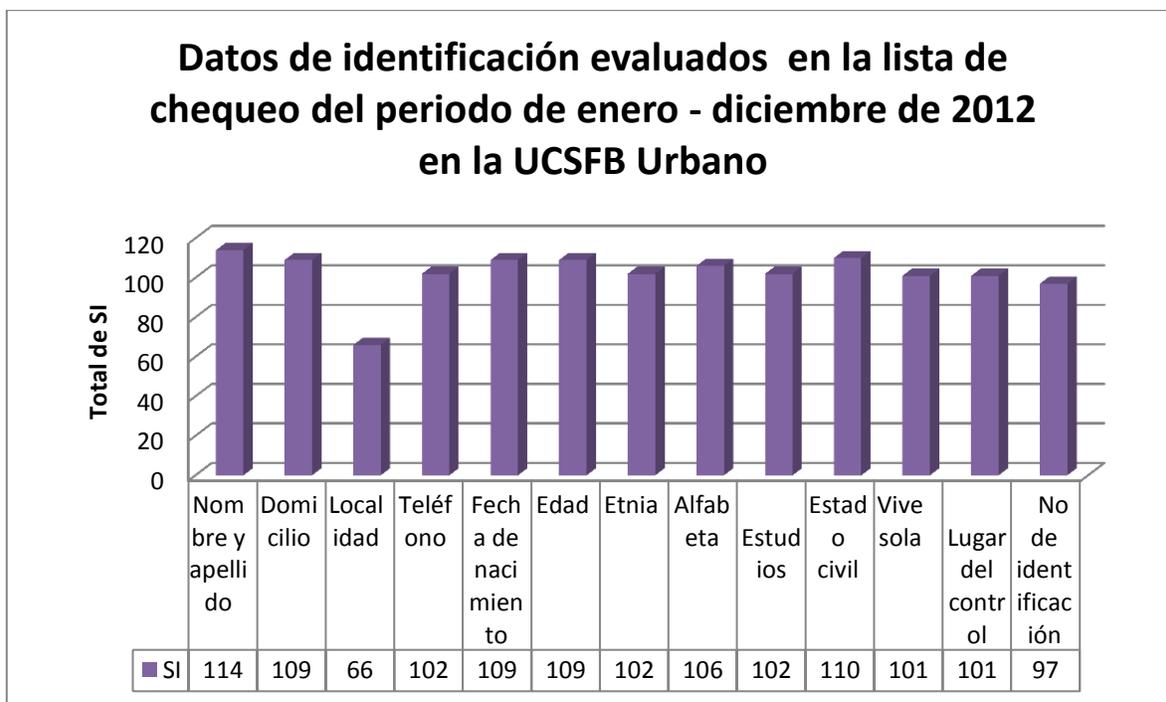
Lista de chequeo realizada a los expedientes clinicos del periodo de enero - diciembre de 2012 en la UCSFB Urbano de Chalchuapa



Fuente: Expedientes clínicos de la UCSFB Urbano de Chalchuapa

Mediante esta lista de chequeo se logro constatar que la mayor deficiencia en el llenado del expediente clínico es en la sección de gestación actual ya que del 100% de los expedientes evaluados el 30% estaba correctamente lleno, al mismo tiempo podemos observar que el 56% de los expedientes se les había llenado correctamente la grafica de altura uterina e incremento de peso, un 59% cumplía con el llenado de las casillas de los exámenes de laboratorio según la historia clínica perinatal CLAP, un 91% contaba con los perfiles de exámenes de laboratorio sin embargo en este rubro se observo deficiencia en el llenado del segundo perfil con un 26% del porcentaje antes mencionado y como dato más sobresaliente podemos observar que el 100% de los cuadros cumple con el protocolo de enfermería.

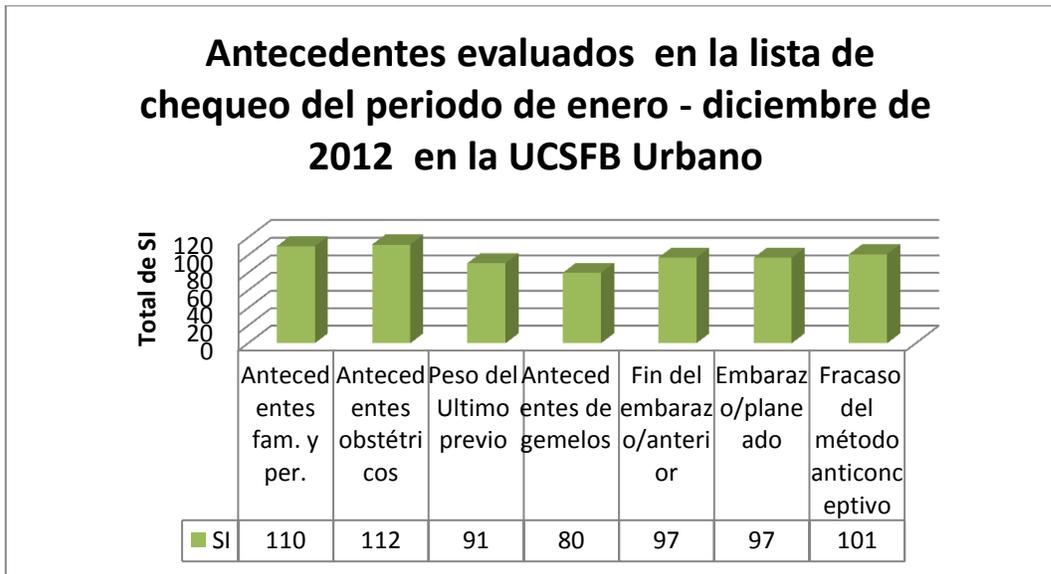
Grafico 3. Datos de identificación evaluados en la lista de chequeo realizada a los expedientes clínicos de la UCSFB Urbano en el periodo de enero a diciembre de 2012.



Fuente: Expedientes clínicos de la UCSFB Urbano de Chalchuapa

Se evidencia que la mayoría de expedientes cumple con los datos de identificación, encontrando la mayor deficiencia es en el llenado en localidad y número de expediente. Siendo estos importantes para agilizar la atención de la usuaria.

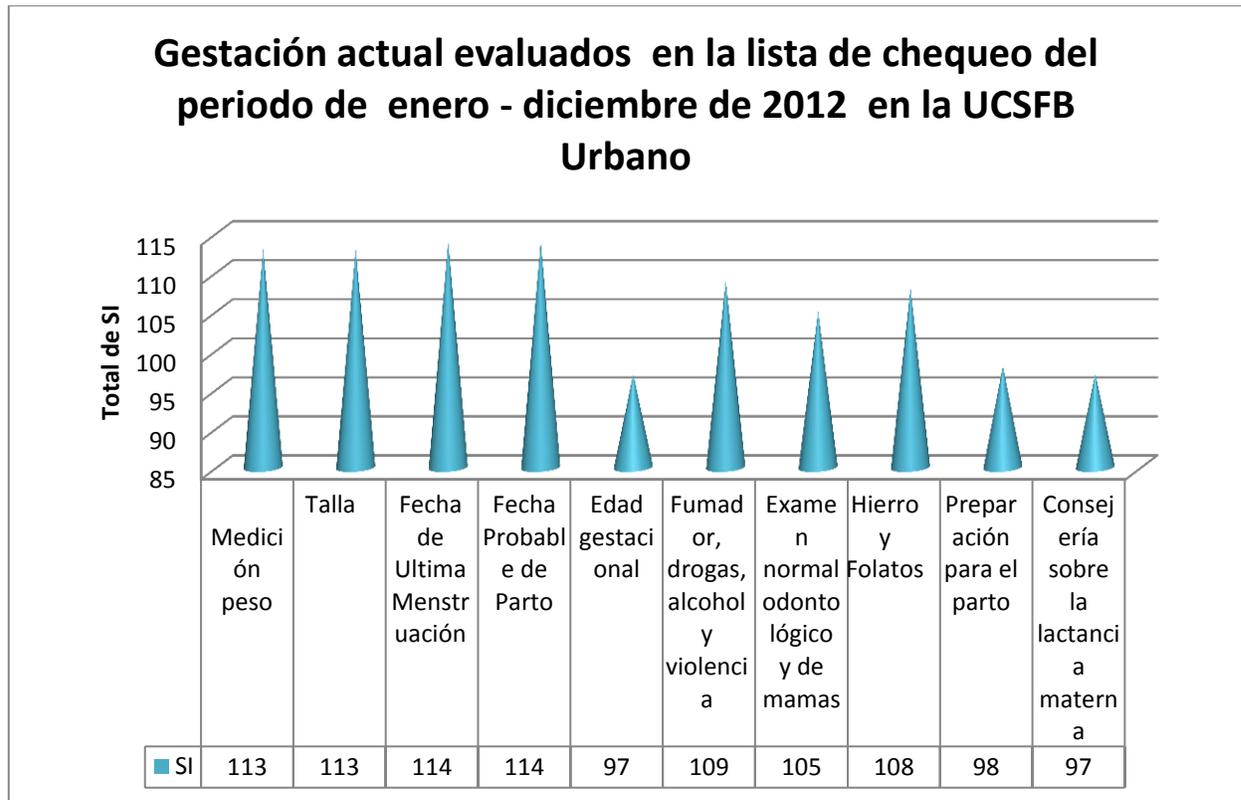
Grafico 4. Antecedentes evaluados en la lista de chequeo realizada a los expedientes clínicos de la UCSFB Urbano en el periodo de enero a diciembre de 2012.



Fuente: Expedientes clínicos de la UCSFB Urbano de Chalchuapa

Se puede observar que de los 114 expedientes evaluados, 112 cumplen con los antecedentes obstétricos, 110 con antecedentes familiares y personales, un 101 cuenta con fracaso del método anticonceptivo y el déficit en esta sección es el ítem de antecedentes de gemelos. Pero a pesar de esto más del 50% de los expedientes están correctamente llenos en lo que respecta al rubro antecedente, siendo esta sección importante pues no brinda información valiosa acerca del estado actual y el antecedente ginecoobtetrico, con lo cual se amplía el panorama y la información necesaria para un adecuado manejo de las mujeres gestantes.

Grafico 5. Gestación actual evaluada en la lista de chequeo realizada a los expedientes clínicos de la UCSFB Urbano en el periodo de enero a diciembre de 2012.



Fuente: Expedientes clínicos de la UCSFB Urbano de Chalchuapa

El 100% de los expedientes se evidencia la fecha de última regla y la fecha probable de parto, además podemos constatar que de los expedientes evaluados solamente uno no contaba con la medición de peso y talla materna, siendo la edad gestacional confiable por FUR o USG la que en solo 97 de los expedientes fue correctamente llena. Por tanto, se evidencia que la mayoría de estos componentes se están aplicando correctamente y que los ítems como preparación para el parto, consejería sobre lactancia materna, con puntaje más alto, si bien no se evidencia en el CLAP que se esté realizando se ve reflejado su cumplimiento en el componente de educación de la hoja de enfermería.

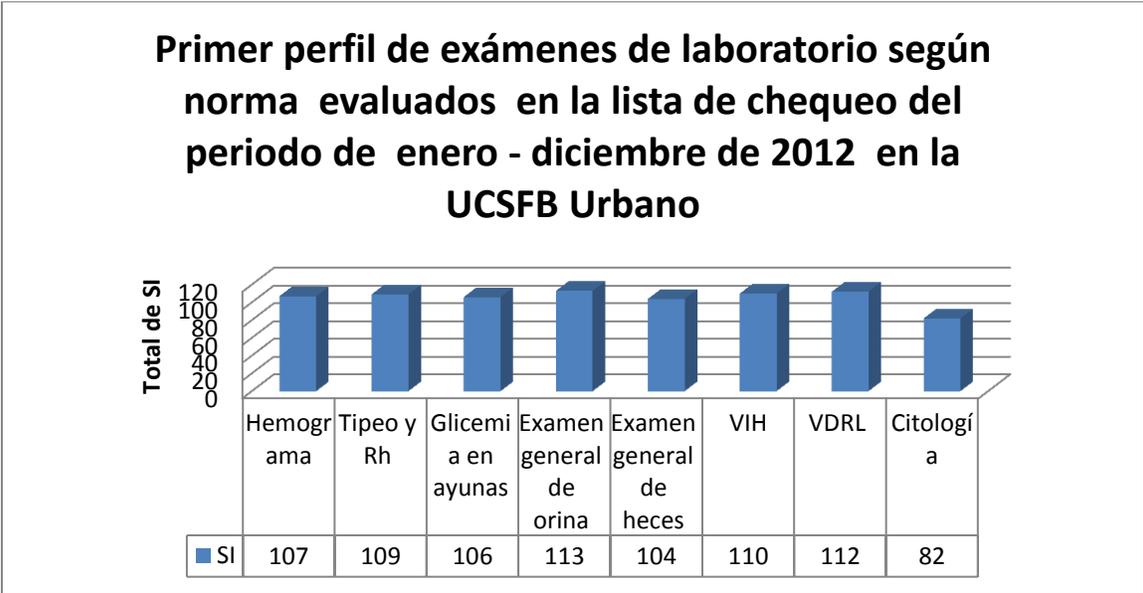
Grafico 6. Indicación de exámenes evaluados en la lista de chequeo realizada a los expedientes clínicos de la UCSFB Urbano en el periodo de enero a diciembre de 2012.



Fuente: Expedientes clínicos de la UCSFB Urbano de Chalchuapa

Al 76% de los expedientes se les indico los exámenes de laboratorio mientras a un 24 % no se les indicaron sus respectivos exámenes, lo que no significa que no se realizaron, ya que se encontraron expedientes que si contaban con los exámenes reportados no así indicados, lo que genera dificultad a la hora de evaluar dicho componente.

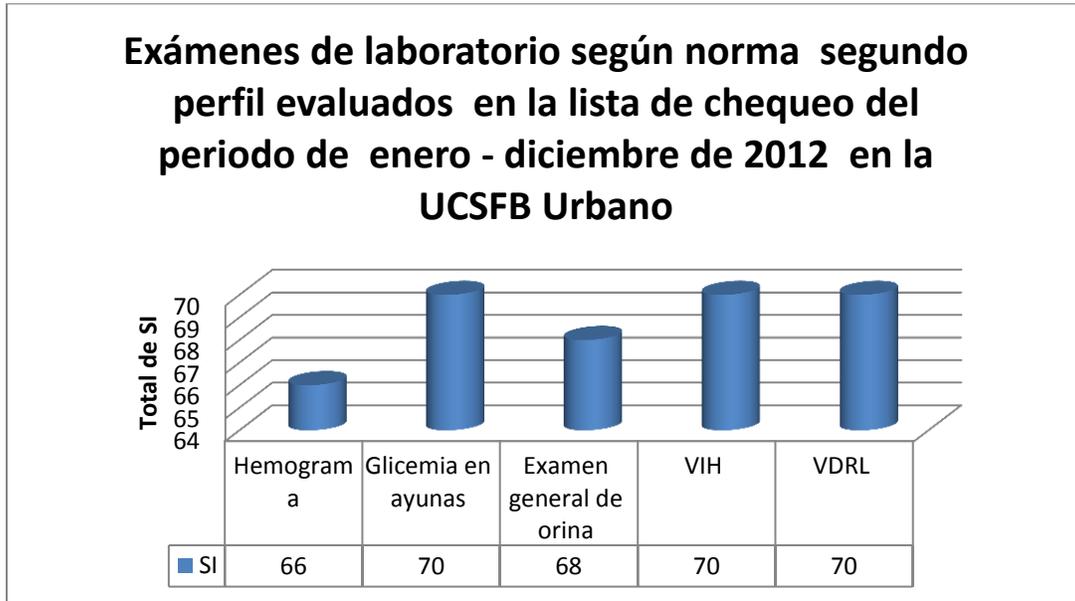
Grafico 7. Primer perfil de exámenes según norma evaluados en la lista de chequeo realizada a los expedientes clínicos de la UCSFB Urbano en el periodo de enero a diciembre de 2012.



Fuente: Expedientes clínicos de la UCSFB Urbano de Chalchuapa

De los 114 expedientes, 113 tienen reportados el examen general de orina, 112 el VDRL y 110 el VIH. Mientras que la citología solamente 82 expedientes. Con lo cual observa la existencia del primer perfil de exámenes de laboratorio, siendo la citología el componente más deficiente; Esto importante para identificar futuras complicaciones durante el embarazo y el parto y así lograr brindar un adecuado manejo.

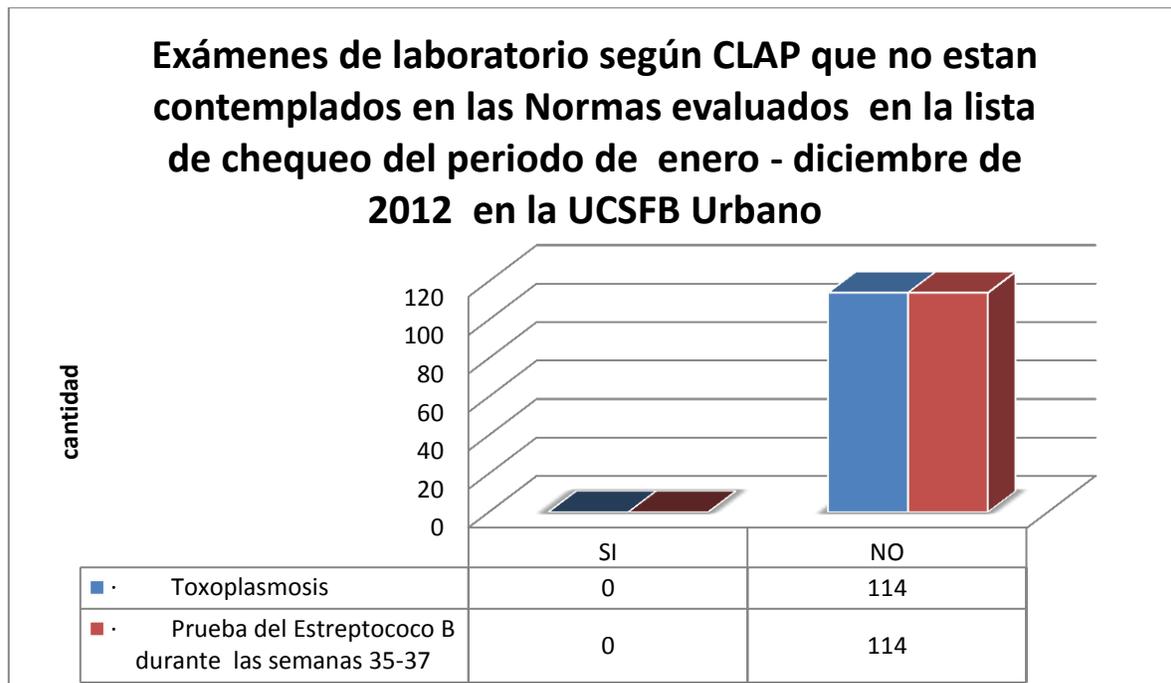
Grafico 8. . Exámenes de laboratorio según norma (segundo perfil) en la lista de chequeos realizados a los expedientes clínicos en la UCSFB Urbano de Chalchuapa en el periodo de enero a diciembre de 2012.



Fuente: Expedientes clínicos de la UCSFB Urbano de Chalchuapa

Durante la investigación se utilizó una muestra 114 expedientes a los cuales se les aplicó una lista de chequeo de los cuales se evidencia que en el segundo perfil hay deficiencia tanto en la indicación, en el reporte y en la transferencia al CLAP de dicho perfil, lo cual dificulta una apreciación integral en el control prenatal.

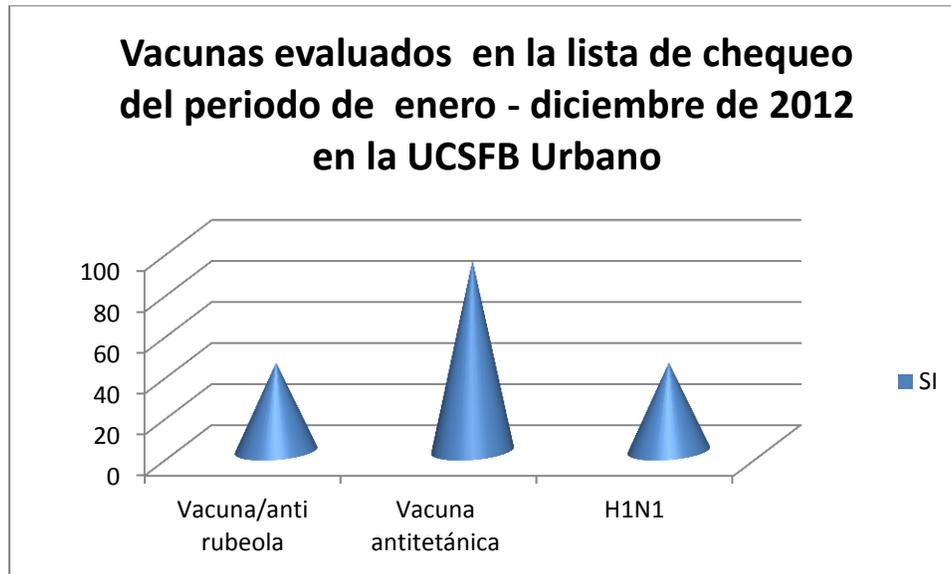
Grafico 9. Exámenes de laboratorio según CLAP que no están contemplados en las Normas en la lista de chequeos realizados a los expedientes clínicos en la UCSFB Urbano de Chalchuapa en el periodo de enero a diciembre de 2012.



Fuente: Expedientes clínicos de la UCSFB Urbano de Chalchuapa

Durante la investigación se utilizó una muestra 114 expedientes a los cuales se les aplico una lista de chequeo de los cuales ninguno se les realizan dichos exámenes pues no están contemplados en las normas técnicas para la mujer en el embarazo del MINSAL aunque según el CLAP es parte del perfil de los exámenes de laboratorio, lo cual es lamentable debido a que si se realizaran previnieran muchas complicaciones relacionadas con estas patologías frecuentes en nuestro país.

Grafica 10. Vacunas en la lista de chequeos realizados a los expedientes clínicos en la UCSFB Urbano de Chalchuapa en el periodo de enero a diciembre de 2012.

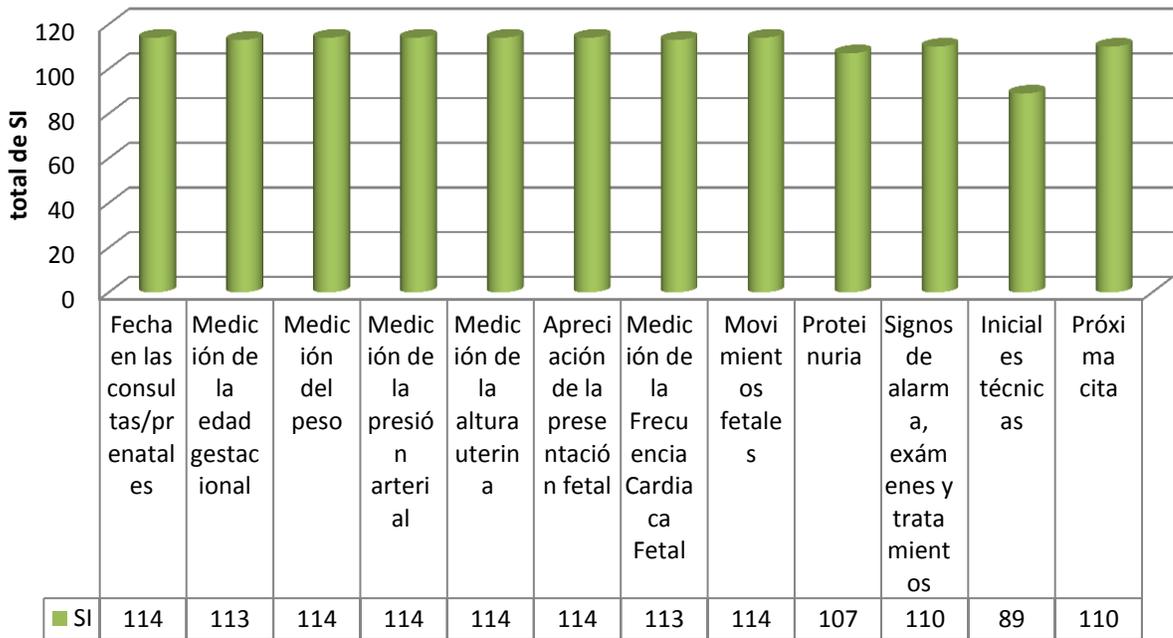


Fuente: Expedientes clínicos de la UCSFB Urbano de Chalchuapa

Durante la investigación se utilizó una muestra 114 expedientes a los cuales se les aplico una lista de chequeo en lo cual se evidencia que la mayoría de expedientes se cumple la aplicación de la vacuna tetánica, y en el caso de la H1N1 y rubeola no se aplican, y debido a esto no se llena la casilla, ya que la mayoría de las veces se deja el espacio en blanco esto dificulta el riesgo de contraer enfermedades como rubeola congénita, ya que si bien es cierto la vacuna no se aplica en el embarazo, esto no asegura que no se la ha aplicado al a paciente, por lo que es importante indagar con la paciente y explicarle sobre los riesgos de dicha vacuna, en cuanto a la vacuna H1N1 aunque este contemplada en el CLAP; no está en nuestro sistema nacional de vacunación, por lo cual no se aplica, de lo que concluimos que es factor que contribuye al llenado inadecuado de las casillas de las vacunas.

Grafica 11. Consultas prenatales en la lista de chequeos realizados a los expedientes clínicos en la UCSFB Urbano de Chalchuapa en el periodo de enero a diciembre de 2012.

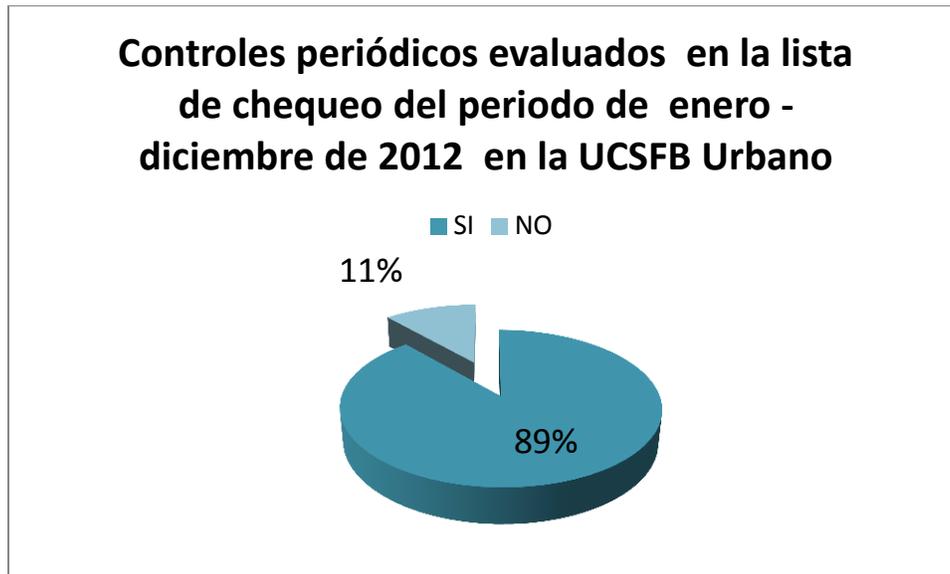
Consultas prenatales evaluados en la lista de chequeo del periodo de enero - diciembre de 2012 en la UCSFB Urbano



Fuente: Expedientes clínicos de la UCSFB Urbano de Chalchuapa

Durante la investigación se utilizó una muestra 114 expedientes a los cuales se les aplicó una lista de chequeo en lo cual se evidencia que la mayoría de expedientes se realiza un adecuado examen clínico pues en un la mayoría se encuentra el cumplimiento de los ítem de las consultas prenatales, edad gestacional, presión arterial, presentación, frecuencia cardíaca, proteinuria, signos de alarma y la mayor deficiencia es en el llenado de las iniciales técnicas por el médico que brindó dicha atención aunque se puede saber quien brinda la atención médica por medio de la historia clínica en el expediente clínico ya que en esta se encuentra el sello y firma del médico que brinda la atención.

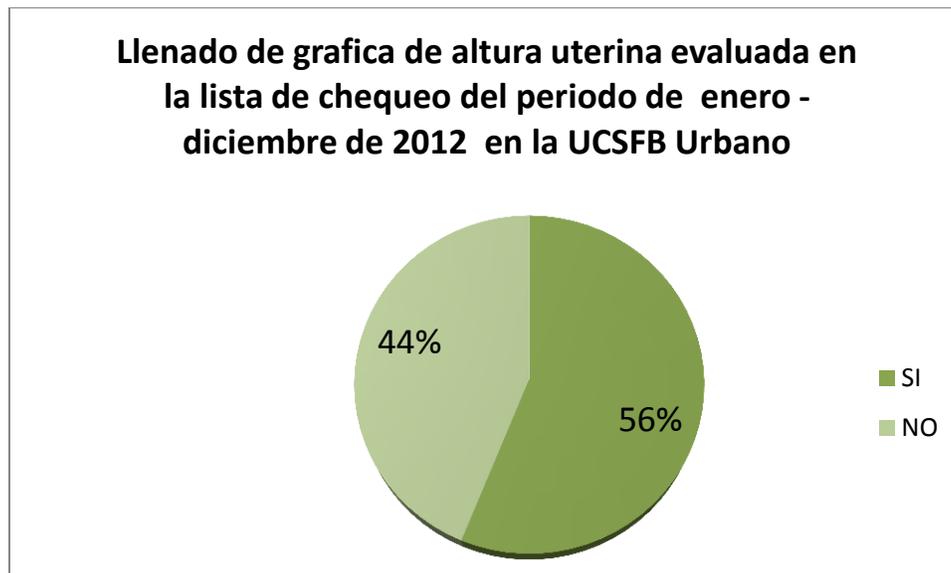
Grafico 12. Controles periódicos en la lista de chequeos realizados a los expedientes clínicos en la UCSFB Urbano de Chalchuapa en el periodo de enero a diciembre de 2012.



Fuente: Expedientes clínicos de la UCSFB Urbano de Chalchuapa

Durante la investigación se utilizó una muestra 114 expedientes a los cuales se les aplicó una lista de chequeo con la cual obtuvimos que un 89% ha llevado sus respectivos controles periódicamente, lo cual beneficia a la paciente ya que en cada control prenatal se pudo identificar posibles factores de riesgo que pueden ir surgiendo en el transcurso del embarazo y así lograr una detección precoz de dichas complicaciones y lograr brindar un manejo adecuado.

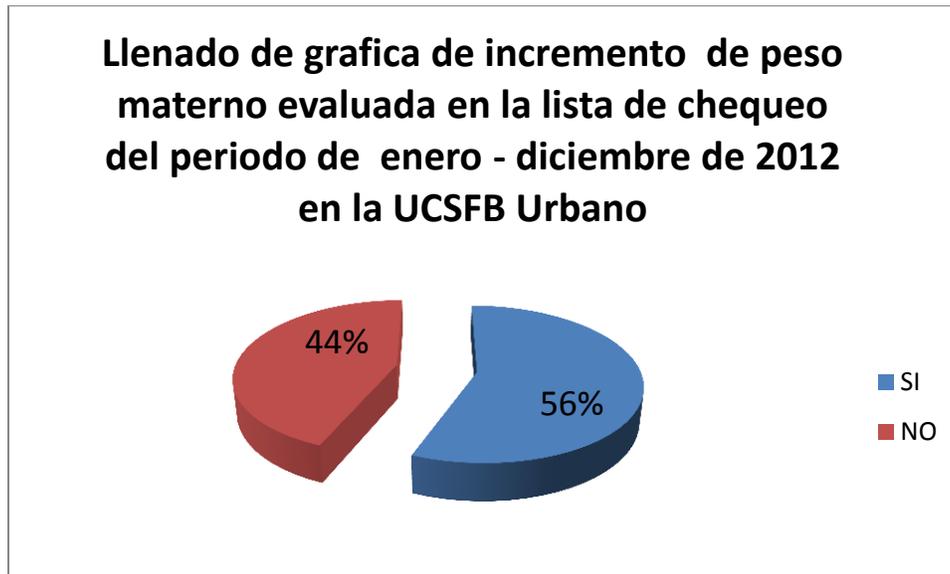
Grafica 13. Grafica de altura uterina en la lista de chequeos realizados a los expedientes clínicos en la UCSFB Urbano de Chalchuapa en el periodo de enero a diciembre de 2012.



Fuente: Expedientes clínicos de la UCSFB Urbano de Chalchuapa

Durante la investigación se utilizó una muestra 114 expedientes a los cuales se les aplicó una lista de chequeo con la cual obtuvimos que un 56 % se realiza un adecuado registro de altura uterina, lo cual nos brinda información acerca de crecimiento intrauterino fetal y para descartar cualquier anomalía en el transcurso del embarazo y así poder darle un adecuado manejo y así evitar complicaciones obstétricas, lo ideal sería que en 100% de los expedientes contara con esta información.

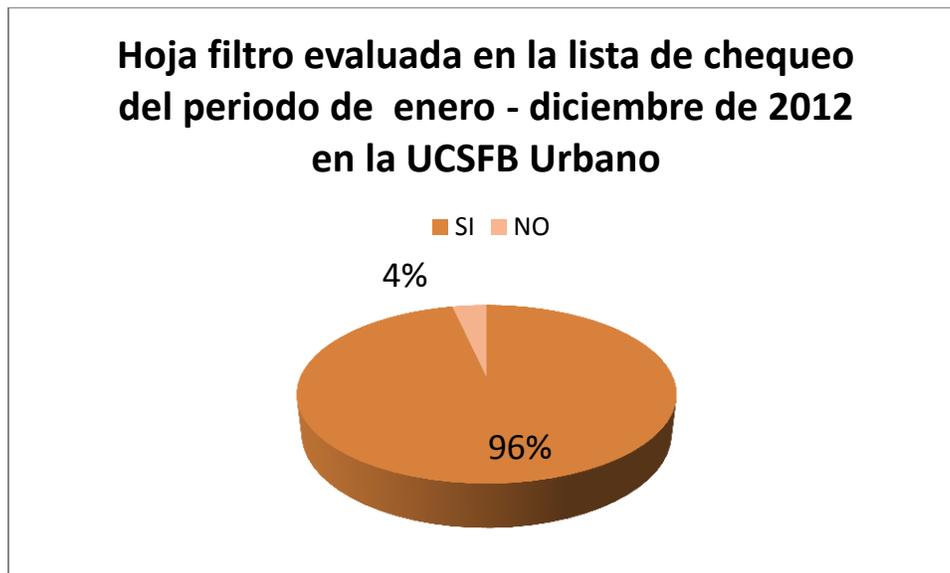
Grafica 14. Grafica de incremento de peso materno en la lista de chequeos realizados a los expedientes clínicos en la UCSFB Urbano de Chalchuapa en el periodo de enero a diciembre de 2012.



Fuente: Expedientes clínicos de la UCSFB Urbano de Chalchuapa

Durante la investigación se utilizó una muestra 114 expedientes a los cuales se les aplicó una lista de chequeo con la cual obtuvimos que un 56 % se realiza un adecuado registro del peso materno, lo cual nos brinda información acerca del estado nutricional de la paciente, que en nuestro país al ser un país en vías de desarrollo se vuelve un componente fundamental el conocimiento del estado nutricional de este grupo, ya que influye en la evolución del embarazo como en la adecuado término del embarazo.

Grafica 15. Hoja filtro evaluada en la lista de chequeos realizados a los expedientes clínicos en la UCSFB Urbano de Chalchuapa en el periodo de enero a diciembre de 2012.



Fuente: Expedientes clínicos de la UCSFB Urbano de Chalchuapa

Durante la investigación se utilizó una muestra 114 expedientes a los cuales se les aplico una lista de chequeo con la cual obtuvimos que un 96 % de estos contaban con hoja filtro, lo cual es de suma importancia para decidir si es un control prenatal básico o especializado, lo que garantiza un manejo adecuado según el riesgo de la paciente por lo cual se vuelve de rigor que le 100 de los expedientes debería de tener esta información parare decir el riesgo de una morbilidad materna.

Grafica 16. Plan de parto evaluado en la lista de chequeos realizados a los expedientes clínicos en la UCSFB Urbano de Chalchuapa en el periodo de enero a diciembre de 2012.



Fuente: Expedientes clínicos de la UCSFB Urbano de Chalchuapa

Durante la investigación se utilizó una muestra 114 expedientes a los cuales se les paso una lista de chequeo con la cual obtuvimos que un 99% de estos expedientes, lo cual significa que la mayoría de pacientes se preparan con adecuada consejería para garantizar un parto institucional, lo que evidencia el buen trabajo del personal de enfermería.

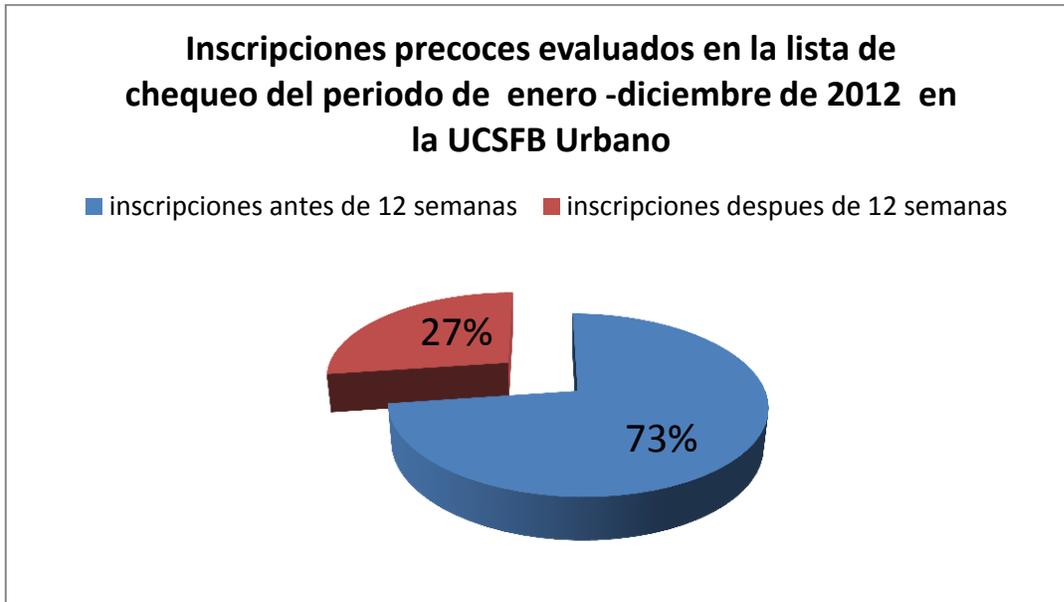
Grafica 17. Protocolo de enfermería evaluado en la lista de chequeo realizados a los expedientes clínicos en la UCSFB Urbano de Chalchuapa en el periodo de enero a diciembre de 2012.



Fuente: Expedientes clínicos de la UCSFB Urbano de Chalchuapa

Durante la investigación se utilizó una muestra 114 expedientes a los cuales se les paso una lista de chequeo con la cual obtuvimos que un 100% de estos expedientes cuenta con protocolo de enfermería, por lo cual se evidencia que se está realizando un buen trabajo en el área de enfermería contribuye a brindar un adecuado control prenatal.

Grafica 18: Inscripciones prenatales precoces



Fuente: Expedientes clínicos de la UCSFB Urbano de Chalchuapa

Durante la investigación se utilizó una muestra 114 expedientes a los cuales se les paso una lista de chequeo en la que evidenciamos, que con implementación de la nueva reforma de salud a través de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar se ha logrado una mejor captación de usuarias embarazadas antes de las 12 semanas logrando realizar inscripciones precoces y a la vez logrando un 89% de controles periódicos, por lo tanto se asegura que se brinde un control prenatal de calidad.

Conclusiones

1. Los controles prenatales básicos en el ECOSF Urbano demostraron con nuestra investigación, que el componente de educación se cumple, pues un 99 % de los expedientes evaluados cuentan con plan de parto y un 100 % cuentan con protocolo de enfermería en los cuales se orienta a la paciente con signos de alarma, salud sexual, higiene personal, toma de micronutrientes y preparación para el parto.
2. Un 90% de los controles prenatales se constata que cuentan con una adecuada evaluación clínica la cual comprende medición de peso, talla, edad gestacional, toma de la presión arterial, altura uterina, presentación, movimientos fetales; así como un 98 % cumple con un adecuado tratamiento de micronutrientes como hierro y ácido Fólico .
3. Con la implementación de la nueva reforma de salud a través de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar se ha logrado una mejor captación de usuarias embarazadas antes de las 12 semanas logrando realizar inscripciones precoces y a la vez logrando un 89% de controles periódicos, por lo tanto se asegura que se brinde un control prenatal de calidad.
4. Mediante la investigación se logra identificar que los controles prenatales básicos brindados por el ECOSF Urbano son de buena calidad en un 63% ya que todos cuentan con la hoja de la historia clínica perinatal hoja filtro; encontrando ciertas deficiencias como el llenado inadecuado de altura uterina y de ganancia de peso, exámenes que no están contemplados en las normas del MINSAL como el estudio de toxoplasmosis, estreptococo beta y el llenado de la aplicación de vacunas.

5. Los perfiles de exámenes realizados en las usuarias que llevan sus controles prenatales básicos en el ECOSF Urbano el 95% cumplen con el primer perfil prenatal; sin embargo aun así constatamos deficiencias en el reporte del segundo perfil de exámenes al demostrar que 50% de las pacientes no contaban con el llenado correcto de las segundas pruebas en la historia clínica perinatal a pesar de que los exámenes si se encontraban reportados en el expediente clínico.

Recomendaciones

1. Se recomienda continuar brindando educación a las usuarias como hasta el momento se ha hecho, así también una adecuada evaluación clínica con el fin de evitar morbimortalidades maternas y perinatales.
2. Se recomienda al ECOSF Urbano continuar con el tratamiento con micronutrientes para así evitar anemia durante el embarazo y puerperio.
3. Se recomienda al ECOSF Urbano continuar con su esfuerzo en la tarea de lograr las inscripciones precoces y continuar con los controles periódicos de todas las embarazadas a su cargo.
4. Se recomienda al MINSAL tomar en cuenta en las normas de atención materna la indicación de todos los exámenes comprendidos en la hoja de la historia perinatal, y se recomienda al ECOSF Urbano el adecuado llenado de la aplicación de las vacunas, de las graficas de altura uterina y ganancia de peso.
5. Se recomienda al MINSAL impartir capacitaciones sobre controles prenatales al personal de salud en una forma periódica para así lograr reforzar los conocimientos adquiridos sobre la correcta atención prenatal.
6. Se recomienda al ECOSF Urbano el adecuado llenado del segundo perfil de exámenes en la historia clínica perinatal para garantizar que tanto en la tarjeta de la paciente y en el expediente clínico se cuente con los exámenes del primer y segundo perfil.

ANEXOS

ANEXO 1. HISTORIA CLÍNICA PERINATAL. ANVERSO.

UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER

Ministerio de Salud
EL SALVADOR

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS

NOMBRE: _____ APELLIDO: _____

DOMICILIO: _____ TELEF.: _____

LOCALIDAD: _____ EDAD (años): _____

FECHA DE NACIMIENTO: día mes año

ETNIA: blanca indígena mestiza negra otra

ALFA BETA: blanco negro rojo azul verde amarillo morado naranja púrpura rosa gris blanco negro rojo azul verde amarillo morado naranja púrpura rosa gris

ESTUDIOS: primaria secundaria universitaria otros

ESTADO CIVIL: casada unión estable soltera otro

Lugar del control prenatal: _____

Lugar del parto/aborto: _____

No. identificación: _____

vive sola no

ANTECEDENTES

FAMILIARES: TBC diabetes hipertensión preclampsia eclampsia otra cond. médica grave

PERSONALES: cirujía genito-urinal infertilidad cardiopat. nefropatía violencia

OBSTETRICOS: gestas previas abortos vaginales nacidos vivos viven

ULTIMO PREVIO: n/c <2500g normal ≥4000g

Antecedente de gemelares: no sí

gestas previas: _____ abortos: _____ vaginales: _____ nacidos vivos: _____ viven: _____

3 espont. consecutivos Emb. Ectópico cesáreas

muerdos 1a sem. después 1a sem.

FIN EMBARAZO ANTERIOR: día mes año

EMBARAZO PLANEADO no sí

FRACASO METODO ANTICONCEP.: no sí

barrera DIU hormonal emer. natural genciva

GESTACION ACTUAL

PESO ANTERIOR: _____ Kg

TALLA (cm): _____

EG CONFIABLE por FUM Eco <20s. sí no

FUMACT. no sí

FUMAPAS. DROGAS. ALCOHOL. VIOLENCIA. ANTIRUBEOLA. ANTITETANICA. EX. NORMAL. ODONT. MAMAS.

GRUPO Rh. Inmuniz. TOXOPLASMOSIS. VIH. Hb. FOLATOS. SIFILIS. VACUNACION. BACTERIURIA. GLICEMIA EN AYUNAS. ESTREPTOCOCCO B. PREPARACION PARA EL PARTO. CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA.

CONSULTAS PRENATALES

fecha, edad gest., peso, PA, altura uterina, presentación, FCF (rpm), movim. fetales, protei. nuria, signos de alarma, exámenes, tratamientos, Iniciales Técnico, próxima cita.

PARTO ABORTO

FECHA DE INGRESO: día mes año

CONSULTAS PRE-NATALES: completa incompl. ninguna

HOSPITALIZ. en EMBARAZO: no sí

CORTICOIDES ANTENATALES: completo incompl. semana inicio n/c

INICIO espontáneo inducido cesar. elect.

RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO: día mes año

EDAD GEST. al parto: <37 sem ≥37 sem

PRESENTACION SITUACION: cefálica pélvica transversa

TAMAÑO FETAL ACORDE: no sí

ACOMPANANTE: pareja familiar otro ninguno

ENFERMEDADES

HTA previa HTA inducida preclampsia eclampsia cardiopatía nefropatía diabetes

HTA inducida preclampsia eclampsia cardiopatía nefropatía diabetes

infec. ovular infec. urinaria amenaza parto preter. R.C.U. rotura prem. de membranas anemia otra cond. grave

HEMORRAGIA: 1er trim. 2do trim. 3er trim.

postparto infección puerperal

NACIMIENTO

MUERTO: anteparto parto ignora momento

POSICION PARTO: sentada acostada

RECIEN NACIDO: SEXO: f m PESO AL NACER: _____ g

P.CEFALICOcm: _____

LONGITUDcm: _____

EDAD GESTACIONAL sem. días: _____

PESO E.C. adec. peq. gde.

APGAR (min): 1er 5o

TERMINACION: espont. cesárea otra

INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO: _____

PUERPERIO

REFERIDO: alog. neona otro

ATENDIDO médico obst. enf. auxil. estud. empir. otro Nombre: _____

PARTO: no sí

NEONATO: no sí

REFERIDO: alog. neona otro

Meconio 1er día no sí

Antirubeola Post parto no sí

Yglobulina anti D no sí

ANTICONCEPCION: CONSEJERIA no sí

METODO ELEGIDO: DIU post-evento ligadura tubaria DIU natural barrera otro hormonal ninguno

EGRESO RN

vivo fallece traslado

EGRESO MATERNO: traslado lugar

ALIMENTO AL ALTA lact. excl. parcial artificial

PESO AL EGRESO: _____ g

EGRESO: viva fallece

DEFECTOS CONGENITOS

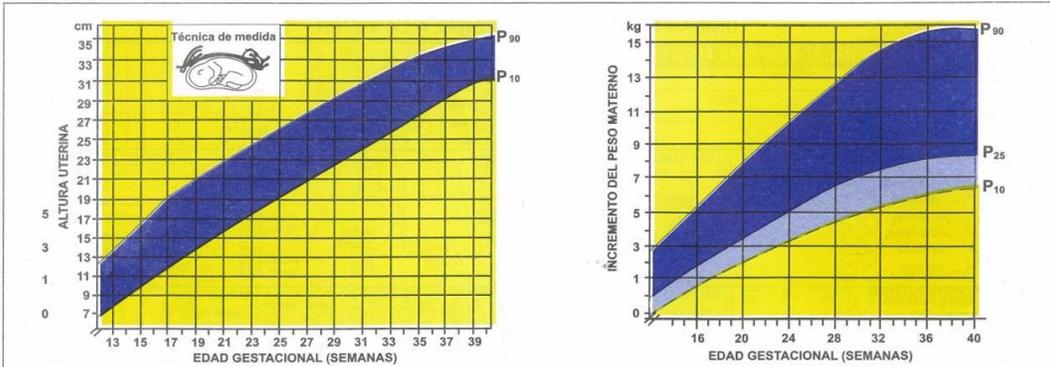
menor mayor

TAMIZAJE NEONATAL: VDRL. Tio. TSH. Hbpatía. Bilirub. Toxo IgM.

Nombre Recién Nacido: _____ Responsable: _____

Patrones de altura uterina y incremento de peso materno según edad gestacional. Una vez conocida la edad gestacional, se la ubica en la gráfica y se comparan los valores obtenidos con los centiles (P10, P25 y P90) graficados.

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL. REVERSO



CLAP (OPS/OMS) - Sistema Informático Perinatal

LISTADO DE CODIGOS

Historia Clínica Perinatal - Base

Los números a la izquierda son para la codificación en este formulario. El código a la derecha es de la Clasificación Internacional de Enfermedades Rev. 10(CIE 10)OPS/OMS 1992

PATOLOGÍAS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (EPP)		HEMORRAGIAS		
50 GESTACION MULTIPLE	030	046.0	07 Enfermedad hemorrágica del recién nacido	
51 HIPERTENSION PREVIA	010	071.0,071.1	55 Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal	
01 Hipertensión previa esencial complicando EPP	010.0	071.3	56 Hemorragia umbilical (excluye las onfalitis con hemorragia)P51	
02 Hipertensión previa secundaria complicando EPP	010.4	099.0	HIPERBILIRUBINEMIAS	
52 PRECLAMPSIA	013,014	050	08 Enfermedad hemolítica por isoinmunización Rh	P55.0
04 Hipertensión transitoria del embarazo	016	D57.0-D57.2 y D57.8	09 Enfermedad hemolítica por isoinmunización ABO	P55.1
05 Preclampsia leve	013	041.1	10 Ictericia neonatal asociada a parto de pretérmino	P59.0
06 Preclampsia severa y moderada	014	085,086	58 HEMATOLOGICAS (excluyendo P50-P59)	P60-P61
53 Hipertensión previa con proteinuria sobreagregada	011	085	11 Policitemia neonatal	P61.1
54 ECLAMPSIA	015	091	12 Anemia congénita	P61.3
55 CARDIOPATIA	286.7	072	79 Anemia falciforme	D57.0-D57.2 y D57.8
56 DIABETES	024	072.0, 0072.2	13 Otra afecciones hematológicas	(P35-P39,A09,G00,A54.3)
57 Diabetes mellitus insulino-dependiente previa	024.0	072.1	INFECCIONES	
58 Diabetes mellitus no insulino-dependiente previa	024.1	33 Laceraciones perineales de 1er y 2do grado	14 Diarrea	G00
59 Diabetes mellitus iniciada en el embarazo	024.4	34 Laceraciones perineales de 3er y 4o grado	15 Meningitis	P38
07 Test de tolerancia a la glucosa anormal	023.0	75 OTRAS PATOLOGIAS MATERNAS	16 Onfalitis	P39.1,A54.3
60 INFECCION URINARIA	023.002,3.4	35 Placenta previa sin hemorragia	17 Conjuntivitis	P39.40,00
61 OTRAS INFECCIONES	098,B06,B50-B54,A40	36 Hipertensión gravídica	59 Infecciones de la piel del recién nacido	P36
62 Infecciones del tracto genital en el embarazo	023.5	37 Enfermedad renal no especificada durante el embarazo sin mención de hipertensión	18 Septicemia	(resto del P35-P39)
09 Sífilis complicando EPP	098.1	38 Dependencia de drogas	20 Enterococis necrotizante (ECN)	F77
10 Gonorrea complicando EPP	098.2	39 Sufrimiento fetal	49 Tétanos neonatal	A33
11 Malaria	B50-B54	40 Polihidramnios	60 Sífilis congénita	A50
12 Infección herpética anogenital (herpes simplex)	A80	41 Oligosomios (sin mención de ruptura de membranas)	61 Enfermedades congénitas virales	P35
63 Hepatitis viral	098.4	42 Trabajo de parto y parto complicado con complicaciones de cordón umbilical	68 Síndrome de Rubéola congénita (SRC)	P35.5
64 TBC complicando EPP	098.0	43 Complicaciones anestésicas durante parto y puerperio	69 Citomegalovirus (CMV)	P35.1
60 Rubéola complicando EPP	B06.0,B06.8 y B06.9	44 Embolismo obstétrico	70 Toxoplasmosis congénita	P37.1
65 PARASITOSIS COMPLICANDO EPP	098.8	45 Falla de cierre de la herida de cesárea	88 HIV positivo	R75
77 Chagas	098.6	46 Falla de cierre de la histeriotomía	19 Otras infecciones del periodo perinatal	(resto de P60-P61)
78 Toxoplasmosis	098.6	47 SIDA	NEUROLOGICA (EXCLUYE MALFORMACIONES)	
66 RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO	P05	76 HIV positivo	33 Hidrocefalia adquirida	G91
67 AMENAZA DE PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO)	060	48 Neoplasia maligna del cuello uterino	34 Leucomalacia periventricular y cerebral	P91.1,P91.2
13 Incompetencia cervicovaginal	034.3	49 Neoplasia maligna de la glándula mamaria	35 Trauma obstétrico con lesión intracranial, del SNC y del sistema nervioso periférico	P10,P11,P14
68 DESPROPORCIÓN CEFALOPELVICA	064, 065,069	PATOLOGIA NEONATAL		
14 Parto obstruido por mal posición y anomalía de la presentación del feto	064	50 ENFERMEDAD DE MEMBRANAS HIALINAS	P22.0	
15 Parto obstruido debido a anomalía pélvica materna	065	51 SINDROME ASPIRATIVOS	P24	
16 Otros partos obstruidos por causa fetal	066	52 APNEAS POR PREMATUREZ	P28.3-P28.4	
69 HEMORRAGIA DEL PRIMER TRIMESTRE	020	53 OTROS SDR	Q25.0, P29.3, P23, P25, P22, P27	
17 Mola hidatiforme	001	01 Ductus arterioso persistente	Q25.0	
18 Aborto espontáneo y aborto retenido	002.1,003	02 Persistencia de la circulación fetal	P29.3	
19 Embarazo ectópico	000	03 Neumonía congénita	P23	
20 Aborto inducido y terapéutico	006,004	04 Neumotorax y enfisema intersticial	P25	
21 Amenaza de aborto	020.0	05 Taquipnea transitoria	P22.1	
70 HEMORRAGIA DEL 2o y 3er TRIMESTRE	044.1	06 Enfermedad respiratoria crónica originada en el periodo perinatal	P27	
72 Placenta previa con hemorragia	045			
23 Desprendimiento prematuro de placenta	045			

INDICACION PRINCIPAL DE PARTO QUIRURGICO O INDUCCION

01 Cesárea previa	14 Posición transversal
02 Sufrimiento fetal agudo	15 Ruptura prematura de membranas
03 Desproporción cefalo-pélvica	16 Infección ovular (sospechada o confirmada)
04 Alteración de la contractilidad	17 Placenta Previa
05 Parto prolongado	18 Abrupto placentae
06 Fracaso de la inducción	19 Ruptura uterina
07 Descenso detenido de la presentación	20 Preclampsia y eclampsia
Embarazo múltiple	21 Herpes anogenital
09 R.C.I.U.	22 Condilomatosis genital
10 Parto de pretérmino	23 Otras enfermedades maternas
11 Parto de postérmino	24 Muerte fetal
12 Presentación podálica	25 Madre exhausta
13 Posición posterior	26 Otras

ANOMALIAS CONGENITAS

120 Anencefalia	Q00.0	146 Gastroquiasis	Q29.3
121 Espina bífida/Meningocele	Q05,Q07.0	147 Atresia duodenal	Q41.0
122 Hidroencefalia	Q04.3	148 Atresia yeyunal	Q41.1
123 Hidrocefalia	Q03	149 Atresia ileal	Q41.2
124 Microcefalia	Q02	150 Otras anomalias gastrointestinales	Q40,Q43,45
125 Holoprosencefalia	Q04.2	151 Genitales malformados	Q50-56
127 Otras anomalías del Sistema Nervioso Central	Q00.1	152 Agnesia Renal bilateral	Q60.1
128 Tronco arterioso	Q04, Q06	153 Riñones poli o multiquístico o displásicos	Q61.1-61.9
129 Transposición grandes vasos	Q20.0	154 Hidronefrosis congénita	Q62.0
130 Tetralogía de Fallot	Q20.3	155 Estrofa de la vejiga	Q64
131 Ventrículo único	Q21.3	156 Otras anomalías nefrouriarias	Q63.4
132 Doble tracto de salida de vent. derecho	Q22.0	157 Trisomía 13	Q81.4, Q81.5, Q81.6
133 Canal atrio-vent completo	Q20.1	158 Trisomía 18	Q91.0, Q91.1, Q91.2
134 Atresia pulmonar	Q21.2	159 Síndrome de Down	Q90
135 Atresia tricuspíde	Q22.0	160 Otras anomalías cromosómicas	Q92,Q97-99
136 Síndrome de hipoplasia de corazón izquierdo	Q22.4	161 Labio hendido	Q36
137 Coartación de aorta	Q23.4	161 Polidactilia	Q39
138 Retorno venoso pulmonar anómalo total	Q25.1	162 Sindactilia	Q70
139 Otras anomalías circulatorias/respiratorias	Q25.2	163 Displasia esquelética	Q77-78
140 Paladar hendido	Q26.1	164 Pies equinovarus/atalevarus (Pie Bot)	Q66.8
141 Fístula traqueo-esofágica	Q35	165 Hernia Diafragmática	Q79.0
142 Atresia esofágica	Q39.0,Q39.1	166 Hipoplasia testicular	P56, P63.2
143 Atresia de colon o recto.	Q42.0,Q42.1,Q42.2,Q42.3	167 Oligosomios severo	P01.2
144 Año imperforado	Q42.0,Q42.1,Q42.2,Q42.3	168 Otras anomalías musculoesqueléticas	Q68,74,75,79
145 Onfalocelo	Q79.2	169 Anomalías tegumentarias	Q82-84

MEDICACION DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

01 Lidocaina o similar	16 Inhibidores de Prostaglandinas
02 Aminas simpatomiméticas	17 Antagonistas del calcio
03 Gases anestésicos (pentane-fluorano-ox-nitroso)	18 Sulfato de magnesio
04 Barbitúricos	19 Hidralazina
05 Relajantes musculares	20 Beta bloqueantes
06 Diazepóxidos	21 Otros antihipertensivos
07 Meperidina	22 Sangre y derivados
08 Espasmodolíticos	23 Heparina
09 Oxitocina	24 Corticoides
10 Prostaglandinas	25 Cardiotónicos
11 Betalactámicos (Penicilinas-cefalosporinas)	26 Diuréticos
12 Aminoglucósidos (gentamicina-amykacina)	27 Aminoflina
13 Entromicina	28 Insulina
14 Metronidazol	29 Difenhidramina
15 Betamiméticos	30 Otros

ANEXO 2. CARNET MATERNO PERINATAL DEL SIP. ANVERSO

UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER

CARNÉ PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS														
NOMBRE			APELLIDO			FECHA DE NACIMIENTO dia mes año			ETNIA blanca <input type="radio"/> indígena <input type="radio"/> mestiza <input type="radio"/> negra <input type="radio"/> otra <input type="radio"/>		ESTUDIOS ninguno <input type="radio"/> primaria <input type="radio"/> secund. <input type="radio"/> univers. <input type="radio"/> años en el mayor nivel <input type="radio"/>			
DOMICILIO			TELEF.			EDAD (años) ● < de 15 ● > de 35			ALFA BETA si <input type="radio"/> no <input type="radio"/>		ESTADIO CIVIL casada <input type="radio"/> unión estable <input type="radio"/> soltera <input type="radio"/> vive sola <input type="radio"/> No. Identidad <input type="radio"/>			
LOCALIDAD									Lugar del control prenatal soltera <input type="radio"/> otro <input type="radio"/> No. Identidad <input type="radio"/>		Lugar del parto/aborto soltera <input type="radio"/> otro <input type="radio"/> No. Identidad <input type="radio"/>			
ANTECEDENTES	FAMILIARES		PERSONALES		OBSTÉTRICOS		gestas previas		abortos		vaginales			
	no si		no si		no si		no si		no si		nacidos vivos			
	TBC <input type="radio"/> diabetes <input type="radio"/> hipertensión <input type="radio"/> preeclampsia <input type="radio"/> eclampsia <input type="radio"/> otra cond. médica grave <input type="radio"/>		genito-urinario <input type="radio"/> infertilidad <input type="radio"/> cardiopat. <input type="radio"/> nefropatía <input type="radio"/> violencia <input type="radio"/>		último previo n/c <2500g normal >4000g		3 espont. consecutivos		partos		cesáreas		muertos 1a sem. <input type="radio"/> después 1a sem. <input type="radio"/>	
					Antecedentes de gemelares <input type="radio"/>		Emb. Ectópico				nacidos muertos		FIN EMBARAZO ANTERIOR dia mes año menos de 1 año <input type="radio"/>	
GESTACIÓN ACTUAL			EG CONFIABLE por FUM Eco<20 s.			FUMA ACT. FUMA PAS. DROGAS ALCOHOL VIOLENCIA ANTIRUBEOLA ANTITÉTANICA EX NORMAL			ODONT. MAMAS					
PESO ANTERIOR TALLA (cm)			EG FUM FUM Eco<20 s.			1er trim 2o trim 3er trim			no si			no si		
CERVIX insp. visual PAP COLP			GRUPO Rh inmuniz. Yglobulina anti D			TOXOPLASMOSIS <20 sem IgG ≥20 sem IgG 1a consulta IgM			VIH <20 sem solicitado realzado			Hb<20 sem <11,0g/dl		
VACUNACIÓN H.N.			BACTERIURIA sem. normal anomal			GLUCEMIA EN AYUNAS <20 sem ≥20 sem ≥105 mg/dl			ESTREPTOCOCCO B 35-37 semanas solicitado realzado			PREPARACIÓN PARA EL PARTO CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA		
SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento			Prueba treponémica + sid n/c			Tratamiento no si sid n/c			Tto. de la pareja no si sid n/c					
CONSULTAS PRENATALES			edad gest. peso			PA altura uterina presen. tación FCF (lpm) movim. fetales protei. nuria			signos de alarma, exámenes, tratamientos			Iniciales Técnico próxima cita		
PARTO ABORTO			HOSPITALIZ. en EMBARAZO			CORTICOIDES ANTENATALES			INICIO espontánea inducido cesar. elect.			RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO <37 sem ≥18 hs temp. ≥38°C		
FECHA DE INGRESO			CONSULTAS PRENATALES total			completo incompl. ninguna n/c			semana inicio			EDAD GEST. al parto semanas días		
CARNÉ			no si			no si			no si			PRESENTACIÓN SITUACIÓN cefálica pélvica transversa		
NACIMIENTO VIVO MUERTO			hora min día mes año			MULTIPLE orden 0=único			fetos			EDAD GEST. al parto semanas días		
TERMINACIÓN espont. forceps cesárea vacuüm			INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION			código			INDIC OPER			PRESENTACIÓN SITUACIÓN cefálica pélvica transversa		
POSICIÓN PARTO sentada cucullas			DESGARROS Grado (1 a 4)			OGCÍTICOS preaurtor. postaurtor.			PLACENTA completa retenida			LIGADURA CORDON precroz		
RECÉN NACIDO SEXO PESO AL NACER LONGITUD cm			P. CEFALICO cm			EDAD GESTACIONAL sem. días			PESO E.C. adec. peq. gde.			APGAR (min) estimulac. aspiración máscara oxígeno masaje tubo		
DEFECTOS CONGÉNITOS ENFERMEDADES			TAMIZAJE NEONATAL VDRL Tto. TSH Hbpatia Bilirub. Toxo IgM			FALLECE en LUGAR de PARTO REFERIDO alog. neon. otro corri. tolog. hosp.			MECONIO 1º día			ANTIRUBEOLA Post parto Yglobulina anti D		
EGRESO RN vivo fallece trasladado			EDAD días completos			ALIMENTO AL ALTA lact. exci. parcial artificial			BOCA arriba BCG PESO AL EGRESO			EGRESO MATERNO traslado lugar viva fallece		
Nombre Recién Nacido			Responsable									MÉTODO ELEGIDO DIU post. ligadura tubaria natural barrera hormonal ninguno		

Patrones de altura uterina e incremento de peso materno según edad gestacional. Una vez conocida la edad gestacional, se la ubica en la gráfica y se comparan los valores obtenidos con los centiles (P10, P25 y P90) graficados.

ANEXO 3. HOJA FILTRO

Nombre de la Paciente: _____		No. de Expediente: _____								
Dirección: _____		Tel. _____								
<p>Instrucciones: La sección "Antecedentes Obstétricos" la llenará sólo durante la inscripción. Las 2 secciones restantes serán llenadas durante la inscripción y los controles prenatales subsecuentes. Marque con una cruz la casilla correspondiente según responda la embarazada.</p> <p>La respuesta afirmativa de 1 ó más criterios significa que la mujer No es elegible para recibir Control Prenatal Básico (En el Primer Nivel). Refiérala al Control Prenatal Especializado (Utilizando la hoja de referencia y retorno) con ECO-E, Unidad de salud con ginecólogo, hospital de Segundo o Unidad periférica del ISSS. Si el ginecólogo considera que debe continuar en control prenatal especializado deberá llenar una nueva hoja filtro y actualizarla según corresponda.</p> <p>Para el ISSS, Se referirá para el Tercer Nivel de Atención las que presenten los numerales 2,6,10,12,13,14,15,16,19,22,29,30 y 31 positivos, excepto cesárea anterior</p>										
I. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	1°		2°		3°		4°		5°	
	FECHA									
	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
1. Muerte Fetal o muerte neonatal previa.										
2. Antecedentes de 2 ó más abortos espontáneos previos.										
3. Peso al nacer del último bebé < 2,500 gr (<5.4 lb)										
4. Peso al nacer del último bebé > 4,000 gr (>8.62 lb)										
5. Hipertensión o preeclampsia/eclampsia en embarazo(s) anterior(es)										
6. Cirugías previas del tracto reproductivo: miomectomía, resección del tabique, conización, cesárea previa, cerclaje cervical.										
7. Antecedentes de parto prematuro o inmaduro.										
8. Antecedente de parto difícil (Presentación anormal, duración mayor a 24 horas, desgarros grado III-IV)										

9. Antecedente de hemorragia postparto en embarazos previos.											
10. Madre Rh (-) con antecedente de Isoinmunización Rh											
11. Malformaciones congénitas previas											
II. HISTORIA MÉDICA GENERAL	1°		2°		3°		4°		5°		
	NO	SI									
1. Diabetes (tipo I ,II o Gestacional)											
2. Trastornos neurológicos (Epilepsia, paroplejia, ACV previo, anomalías de columna, entre otros)											
3. Trombosis venosa profunda (actual o previa).											
4. Cardiopatía (Congénita o adquirida)											
5. Consumo de drogas o alcohol.											
6. Trastornos depresivos.											
7. Trastornos de ansiedad.											
8. Cualquier otra enfermedad o afección médica severa Por favor especifique _____											
	1°		2°		3°		4°		5°		
III. EMBARAZO ACTUAL	NO	SI									
9. Embarazada < 15 años ó >35 años de edad											
10. Estado nutricional (IMC< 18.5 Kg/m2 ó > 40 Kg/m2)											
11. Presión arterial ≥ 140/90 mm de Hg.											
12. Violencia basada en género (Intrafamiliar / Sexual)											
13. Embarazo No deseado											
14. Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple											
15. Discordancia entre edad gestacional y altura uterina o sospecha de Restricción de Crecimiento intrauterino											
16. Diagnóstico o sospecha de parto prematuro o inmaduro											
17. Hemorragia Vaginal.											
18. Infecciones de transmisión sexual (VIH/SIDA, sífilis, etc.)											
19. Existencia de otros signos/síntomas de alarma: dolor de cabeza; dolor en epigastrio o hipocondrio derecho; problemas visuales; visión doble, visión borrosa, escotomas, fosfenos y amaurosis.											
20. Masa Pélvica											
¿ES ELEGIBLE PARA CONTROL PRENATAL BASICO?											
Si la respuesta a la pregunta anterior es NO, será referida al establecimiento: _____											

ANEXO 4. ACTIVIDADES A DESARROLLAR DURANTE UN CONTROL PRENATAL.

ACTIVIDAD						INTERVENCIONES
	<12 Sem	16-18 sem	26-28 Sem	32-34 Sem	38 Sem	
Preparación de la gestante (Ver anexo 5)	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Llenado de hoja filtro del control prenatal. Medición de peso y talla. Toma de signos vitales. Entrega de frasco para orina. Realización de pruebas rápidas: Hemoglucoest, tira rápida de orina y prueba de embarazo (según semana de gestación).
Apertura de Historia clínica perinatal y del carnet materno (Ver anexos 6 y 7)	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> En primer control: Llene completa y correctamente las secciones de identificación, datos generales y antecedentes personales y familiares. Traslade esta información al carnet perinatal. Llene los datos requeridos en la sección de gestación actual en todos los controles.
HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO.						
Registro de peso (Anexo 8)	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Registre su valor en la HCP y el carnet perinatal. Correlacione el peso con edad gestacional en la Curva de Incremento de Peso del carnet materno (a partir del 2º control). Determine si se encuentra dentro de lo esperado: <ul style="list-style-type: none"> Si hay bajo peso, descarte: error de amenorrea, desnutrición, restricción del crecimiento fetal, Si hay sobrepeso, busque: preeclampsia, polihidramnios, embarazo múltiple. De orientación nutricional.
Registro de talla	X				X	<ul style="list-style-type: none"> Si talla materna <1.45 m, considerar riesgo de parto distócico. Medir la talla en su primer control y corroborar a las 38 semanas
Cálculo de IMC (Anexos 9-10)	X					<ul style="list-style-type: none"> Sirve para evaluar el estado nutricional preconcepcional y durante el primer trimestre del embarazo. Se calcula así: $\text{Peso (en Kg)} / (\text{Talla en m})^2$. Se clasifica de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> Peso Normal: 18.5 – 24.9 Kg/m² Peso Bajo: Si valor < 18.5 Kg/m². Brinde suplementos Sobrepeso: Si valor = 25 - 29.9 Kg/m² Obesidad mórbida: Si valor ≥40 Kg/m². En los casos de bajo peso y obesidad referir a Nutricionista y Ginecólogo El personal salud deberá registrar el IMC en la HCP y carnet materno entre las curvas de ganancia de peso y Altura uterina
Determinación de Tensión Arterial	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Si mayor de 140/90mm Hg, verifique la TA: <ul style="list-style-type: none"> Si embarazo es <20 semanas, investigue HTA crónica. Si embarazo es >20 semanas, sospeche hipertensión inducida por el embarazo. Si menor de 90/60 mm Hg verifique TA. Si persiste y es sintomática refiera a ginecólogo

ACTIVIDADES						INTERVENCIONES
	<12 Sem	16-18 sem	26-28 Sem	32-34 Sem	38 Sem	
Estimación de la Edad Gestacional.	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> • Calcule semanas de amenorrea usando FUR o Gestograma • Determine FPP con Regla de Naegele. (Ver anexo 11). • Si FUR es incierta: Indique Ultrasonografía para fechar embarazo. (Confiable en las primeras 20 semanas)
Esquema de Vacunación Antitetánica (Td)		X				<ul style="list-style-type: none"> • Toda mujer embarazada que no ha sido vacunada contra el tétano debe recibir 2 dosis de Td durante el embarazo: Cumplir 1ª dosis de Td a partir de las 16 semanas de gestación, programar la 2ª dosis en 1 mes. Se continuará el esquema 1 año después, según el caso. • Si ya inició esquema, cumpla una dosis de refuerzo durante el embarazo actual. • Dosis: 0.5 cc IM en músculo deltoides del brazo.
Vacunación Anti influenza estacional.	X					<ul style="list-style-type: none"> • Cumplir a partir de las 12 semanas de embarazo. • Dosis: 0.5 cc IM dosis única en músculo deltoides del brazo
Vacunación con γ -globulina hiperinmune anti-D				X		<ul style="list-style-type: none"> • Indicaciones para Inmunización anti-Rh: <ul style="list-style-type: none"> o En las instituciones que cuentan con el recurso: toda Mujer Rh (-) Coombs indirecto (-) con embarazo de 28 a 32 semanas o Casos en los que <u>siempre</u> se debe de cumplir la Inmunoglobulina anti D en Mujer Rh (-): <ul style="list-style-type: none"> o Sangramiento durante embarazo por: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Amenaza de aborto

						<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aborto ▪ Embarazo molar ▪ Embarazo ectópico ▪ Placenta previa sangrante ▪ Maniobras invasivas (amniocentesis, versión cefálica externa) <ul style="list-style-type: none"> • Post-parto de Mujer Rh (-) con Coombs Indirecto (-) con Recién nacido Rh (+) con Coombs directo (-). Mujer deberá vacunarse aunque se esterilice. Debe cumplirse dentro de las primeras 72 horas post-evento obstétrico. • Dosis: γ-globulina hiperinmune anti-D 300 μgr IM #1
Evaluación bucodental	X					<ul style="list-style-type: none"> • Identifique patologías bucodentales. • Refiera para profilaxis dental o tratamiento de patologías bucodentales en la primera visita, en controles subsecuentes asegure que asistió a la evaluación odontológica. Investigue sobre tratamiento recibido. • Enfatique importancia de la higiene bucal.
Examen de mamas	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> • Realice examen clínico de mamas. • Indique cuidado de mamas y preparación de pezón. • Promueva la lactancia materna.
Medición de altura uterina		X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el tamaño uterino antes de las 14 semanas mediante tacto bimanual • Mida con cinta métrica a partir de la semana 14, desde el borde superior de la sínfisis del pubis hasta el fondo uterino. • Correlacione medida con edad gestacional. Muy útil de semana 18 a semana 30 de gestación. Registre datos en curvas de HCP y carne Materno • Si valor es menor a lo esperado para edad gestacional, descarte: error de amenorrea, desnutrición, oligohidramnios RCIU, muerte fetal. • Si valor es mayor a lo esperado para edad gestacional, investigue: error de amenorrea, embarazo múltiple, polihidramnios, macrosomía fetal.
Auscultar FCF		X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> • Arriba de las 12 semanas si cuenta con doppler. • A partir de la semana 20 con estetoscopio o doppler • Valor normal: 120-160 latidos por minuto. • Si está ausente: descarte muerte fetal e indique Ultrasonografía para confirmar.
Movimientos fetales		X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> • Valore la percepción materna de los movimientos fetales a partir de las 20 semanas. Esta descrito que en el tercer trimestre debe de moverse por lo menos 12 movimientos en 12 horas. • Si madre acusa su disminución o ausencia: busque FCF. Descarte muerte fetal. Indique o refiriera para monitoreo o ultrasonografía para confirmarlo.

ACTIVIDADES						INTERVENCIONES
	<12 Sem	16-18 Sem	26-28 Sem	32-34 Sem	38 Sem	
Determinación de situación y presentación fetal			X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> • Por medio de maniobras de Leopold. • Si sospecha presentación anormal a las 34 semanas, indique Ultrasonografía. • Si presentación es anormal, refiera a la semana 38 para programar cesárea electiva a las 38 semanas.
Evaluación clínica de pelvis				X	X	<ul style="list-style-type: none"> • Determine: tipo de pelvis y relación céfalo-pélvica. • Si sospecha desproporción céfalo-pélvica, refiera.
Toma de PAP	X					<ul style="list-style-type: none"> • Ofrezca toma de PAP si no está vigente o nunca se lo ha tomado (idealmente debe ser tomado en la primera consulta o sino en cualquier control) • Si se reporta LEI-BG o LEI-AG, refiera a evaluación colposcópica (Ver Guía de Patología Cervical).
Inspección cervical	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> • Debe realizarla el personal SIEMPRE durante la inscripción. • Realícela en las atenciones subsecuentes si la embarazada acusa sangrado leve, leucorrea, o dolores lumbo-pélvicos, considere placenta previa
Prescripción de Micronutrientes	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> • Ácido fólico (tableta 5 mg) 1 tableta cada día vía oral. • Hierro elemental (tableta de 60 mg) cada día vía oral arriba de las 20 semanas. Si hay anemia, indique doble dosis (120 mg c/ día vía oral) • Multivitaminas prenatales 1 tableta vía oral cada día. • Calcio (tableta 600 mg) 2 tabletas vía oral cada día
Indicar Exámenes de Laboratorio	X		X			<ul style="list-style-type: none"> • Ver Anexos 14, 15, 16 y 17.
Plan de Parto.	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> • Verifique ejecución del Plan de Parto. (Ver anexos 18 y 19). • Llene Ficha de Plan de Parto en el expediente clínico. • Promueva el parto institucional.
Consejería	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> • Brinde consejería según condición y necesidades de la gestante. • Refuerce contenidos educativos según edad gestacional. • Informe sobre signos y síntomas de alarma. Si presenta alguno, que consulte inmediatamente. (Ver anexo 20).

Referir a Círculos Educativos	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> ● Procure incorporar a toda embarazada, especialmente a las primigestas y adolescentes.
Pasantía hospitalaria antenatal				X	X	<ul style="list-style-type: none"> ● Coordine y organice pasantía hospitalaria antenatal.
Establecer fecha de próxima cita.	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> ● Establezca fecha a conveniencia de la paciente, según rangos establecidos para los controles. ● Anote fecha en HCP y carnet materno.
Llene Hoja Filtro.	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> ● En la inscripción y actualícela en cada control prenatal ● Determine si gestante es elegible para Control Prenatal Básico o Especializado. ● Si la embarazada tiene factores de riesgo llene hoja de referencia y retorno y envíela para evaluación por médico especialista. ● Si es ginecobstetra evalúa a embarazada y no amerita prenatal especializado la reenviará usando la hoja de referencia y retorno, en este caso NO llenará hoja filtro en esta consulta. ● Si el ginecólogo considera que amerita cuidados especializados llenará nueva hoja filtro y la actualizará en cada control que brinde.

ANEXO 5. Exámenes de Laboratorio y Gabinete durante el Control Prenatal.

EXAMEN	<12 Sem	16-18 Sem	26-28 Sem	32-34 Sem	38 Sem	
Hematocrito-Hemoglobina o Hemograma	X		X			<ul style="list-style-type: none"> Permite diagnosticar anemia (Hb <11 gr/dl). Según el Grupo de trabajo latinoamericano sobre anemia de la Organización Mundial de la Salud se clasifica así: <ul style="list-style-type: none"> Anemia severa (Hb ≤ 7 gr/dl): refiera a tercer nivel inmediatamente para estudio y tratamiento. Puede requerir transfusión de GR empacados Anemia Moderada (Hb 7.1-10 gr/dl) Anemia Leve (Hb 10.1 – 10.9 gr/dl): De tratamiento con sulfato ferroso 120 mg (2 tabletas) + Ácido fólico 5 mg vía oral cada día por 3 meses. Tome Ht-Hb post-tratamiento. Si persiste anemia, refiera a II nivel. Determine la causa de la Anemia
						<ul style="list-style-type: none"> Si hay parasitismo intestinal, trátelo porque es causa de anemia.
Tiempo-Rh	X					<ul style="list-style-type: none"> Mujer Rh (-) Du (+) considérela Rh (+) Mujer Rh (-) Du (-) considérela Rh (-) e indique Coombs indirecto para determinar sensibilización Rh
Hemoglucotest	X		X			<ul style="list-style-type: none"> Si ≥ 128 mg/dl indicar glicemia central en ayunas para descartar Diabetes pre-gestacional.
Glicemia en ayunas	X		X			<ul style="list-style-type: none"> Si ≥ 128 mg/dl, solicítela nuevamente Dos o más glicemias en ayunas ≥ 128 mg/dl diagnostican diabetes pre-gestacional en el primer trimestre. Si se presenta, refiera a II nivel. Si es < 128 md/dl repetirla a las 26-28 semanas en mujeres sin factores de riesgo para diabetes gestacional.
Test de O'sullivan			X			<ul style="list-style-type: none"> Realizarla si cuenta con los recursos para el mismo, según factores de riesgo para diabetes gestacional, ver guía de morbilidad obstétrica

EXAMEN						
	<12 Sem	16-18 Sem	26-28 Sem	32-34 Sem	38 Sem	
Prueba Rápida para detección del VIH	X		X			<ul style="list-style-type: none"> • Brinde consejería pre y post-prueba. • Llene consentimiento informado. • Si es (+), indique segunda prueba por otro método y con nueva muestra (ELISA o SERODIA) para VIH. • Si esta es (+), refiera a hospital con clínica TAR.
RPR	X		X			<ul style="list-style-type: none"> • El RPR con dilución $\geq 1:8$ debe considerarse positivo Si cuenta con FTA-ABS, indíquelo para confirmar diagnóstico de sífilis materna: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Si RPR (+) y FTA-ABS (-), considérela un falso (+) ◦ Si RPR (+) y FTA-ABS (+), es un caso de sífilis. • Si NO cuenta con FTA-ABS: El RPR con dilución $\geq 1:8$ debe considerarse (+) y se debe prescribir tratamiento: Penicilina Benzatínica 2.4 millones UI IM cada semana No # 3. Si la paciente es alérgica a penicilina, refiérala al III nivel de atención para desensibilización. (Ver anexo 21). • INVESTIGUE CONTACTOS Y TRATELOS Refiera a la(s) pareja(s) sexual(es) para toma de prueba y tratamiento • Tome RPR control en 3 meses para descartar reinfección: si títulos han aumentado en 4 diluciones, trate nuevamente. • Cuando el RPR es reportado reactivo débil o con diluciones $\leq 1:4$, considérela un falso (+) y descarte enfermedades autoinmunes, tuberculosis, mononucleosis, endocarditis, sífilis antigua ya tratada. Tasa de falsos (+): 1-3%
						<ul style="list-style-type: none"> • Indicaciones especiales. Tomar RPR al ingreso de: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Embarazada en trabajo de parto que no tuvo control prenatal o que no lleva carnet materno. ◦ Mujer que sufre un aborto. ◦ Mujer que sufre un mortinato.
Tira rápida para orina o Examen General de Orina	X		X			<ul style="list-style-type: none"> • Si nitritos (+), esterasa leucocituria (+) o leucocitos arriba 12 xc, tratar como IVU y hacer control con urocultivo 2 semanas post-tratamiento. Si cultivo es positivo, refiera a la gestante al II nivel. • Si proteinuria (+) descarte IVU. Si no se trata de una IVU, investigue nefropatía o trastorno hipertensivo. Refiera a II nivel. • Glucosuria ≥ 250 mg/dl puede relacionarse con diabetes gestacional.
Examen General de Heces	X					<ul style="list-style-type: none"> • Si se diagnostica parasitismo intestinal, debe prescribirse medicación durante el 2º y 3º trimestre de gestación: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Helmintiasis: Albendazol 400 mg vía oral #1 ◦ Amibiasis: Aminosidina 250 mg vía oral c/ 6 horas por 5-10 días. Metronidazol 500 mg vía oral c/ 12 horas por 7 días.

ANEXO 6. CONSEJERÍA

CONSEJERÍA	<12 Sem.	16-18 Sem	26-28 Sem	32-34 Sem	38 Sem	
Estilos de Vida Saludables	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> • EJERCICIO: Indique mantener un nivel de ejercicio moderado y realizar ejercicios de relajación. • REPOSO: Recomiende reposar en decúbito lateral izquierdo y tomar descanso durante media hora después del almuerzo. • NUTRICIÓN: Indague sobre recursos con que cuenta la mujer. Aconseje mantener una alimentación balanceada, rica en calcio, hierro, ácido fólico, que cubra las necesidades gestacionales. Brinde consejería especial en mujeres de bajo peso y sobrepeso, adolescentes, primigestas, y mujeres viviendo con VIH. • Recomiende EVITAR la AUTOMEDICACIÓN.
Planificación familiar			X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> • Brinde consejería sobre los diferentes métodos de PF para que la mujer seleccione el método que usará después del parto o aborto. (Ver anexo 22) • Discuta la importancia del intervalo intergenésico de 24 meses para la recuperación de la mujer y la salud del recién nacido/a • Si la mujer elige la esterilización, llene hoja de consentimiento informado. Oriente a la usuaria que debe presentarla al momento de su ingreso para la atención del parto.
Lactancia Materna		X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> • Informe sobre los beneficios de la lactancia materna • Muestre a la madre la técnica de amamantamiento y cómo mantener la lactancia, incluso si ha de separarse de su hijo. • Fomente la lactancia materna a libre demanda. • Indique dar al recién nacido sólo leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados. • Recomiende la cohabitación de la madre y el lactante durante las 24 horas del día. (Ver Anexo 23)
Sexualidad	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> • Involucre a la pareja. • Oriente y aclare dudas de la mujer y su pareja. • Promueva la expresión de sentimientos. • Oriente sobre relaciones sexuales coitales: posiciones recomendadas, contraindicaciones. (Ver anexo 24).

CONSEJERÍA	<12 Sem.	16-18 Sem	26-28 Sem	32-34 Sem	38 Sem	
Violencia basada en Género	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> • Indague si existe violencia basada en género (intrafamiliar / sexual) actual o previa. (Ver anexo 25). • Si es necesario, brinde atención en crisis. • Refiera para consejería especializada. Empodere a la mujer. • Informe a mujer sobre mecanismos de protección judicial y opciones legales. Fomente la denuncia. • Refiera a atención psicológica y a grupos de auto-ayuda con sobrevivientes de violencia en el área. • Identifique trastornos de salud mental (ansiedad, depresión, intento suicida) • De aviso a la autoridad competente (Fiscalía, PNC).
Identificación de grupos vulnerables: Adolescentes embarazadas	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando interactúe con una adolescente no realice juicios de valor ni la cuestione. • Brinde consejería de acuerdos a necesidades (Ver anexo 26). • Asegúrele confidencialidad. • Apóyela. Retome sus fortalezas. • Considere la dificultad para comunicarse en aspectos relacionados con la sexualidad (por temor a ser descubierta por sus padres o a la desaprobación de los adultos). Recuerde que el embarazo puede ser no deseado o producto de violencia. • Explore si se encuentra deprimida o con ansiedad. Recuerde la posibilidad de intento suicida. • Explore si es víctima de violencia basada en género (VIF / sexual). Si es el caso, refiérala para atención psicológica y de aviso a Fiscalía, PNC, Juzgado de Familia, ISNA, Juzgado de Protección al Menor. • Acompáñela en la toma de decisiones respecto a: <ul style="list-style-type: none"> ○ Planificación familiar ○ Parto institucional ○ Prevención de ITS / VIH ○ Espaciamiento intergenésico. • Refiérala a Círculos Educativos para Adolescentes Embarazadas.
Embarazo No Planeado	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> • Indague si embarazo es no deseado. • Identifique trastornos de salud mental (depresión, ansiedad, intento suicida) • Refiera a atención psicológica.
Preparación para el Parto				X	X	<ul style="list-style-type: none"> • La educación sobre las características del parto y la asistencia oportuna al lugar de atención, reduce el número de visitas por falso trabajo de parto. • Aclare dudas. Corrija mitos acerca del parto. • Coordine y organice pasantía hospitalaria anteparto. • Oriente sobre pasos a seguir en su ingreso para la atención

CONSEJERÍA	<12 Sem.	16-18 Sem	26-28 Sem	32-34 Sem	38 Sem	
Violencia basada en Género	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Indague si existe violencia basada en género (intrafamiliar / sexual) actual o previa. (Ver anexo 25). Si es necesario, brinde atención en crisis. Refiera para consejería especializada. Empodere a la mujer. Informe a mujer sobre mecanismos de protección judicial y opciones legales. Fomente la denuncia. Refiera a atención psicológica y a grupos de auto-ayuda con sobrevivientes de violencia en el área. Identifique trastornos de salud mental (ansiedad, depresión, intento suicida) De aviso a la autoridad competente (Fiscalía, PNC).
Identificación de grupos vulnerables: Adolescentes embarazadas	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Cuando interactúe con una adolescente no realice juicios de valor ni la cuestione. Brinde consejería de acuerdos a necesidades (Ver anexo 26). Asegúrele confidencialidad. Apóyela. Retome sus fortalezas. Considere la dificultad para comunicarse en aspectos relacionados con la sexualidad (por temor a ser descubierta por sus padres o a la desaprobación de los adultos). Recuerde que el embarazo puede ser no deseado o producto de violencia. Explore si se encuentra deprimida o con ansiedad. Recuerde la posibilidad de intento suicida. Explore si es víctima de violencia basada en género (VIF / sexual). Si es el caso, refiérala para atención psicológica y de aviso a Fiscalía, PNC, Juzgado de Familia, ISNA, Juzgado de Protección al Menor. Acompáñela en la toma de decisiones respecto a: <ul style="list-style-type: none"> Planificación familiar Parto institucional Prevención de ITS / VIH Espaciamiento intergenésico. Refiérala a Círculos Educativos para Adolescentes Embarazadas.
Embarazo No Planeado	X	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> Indague si embarazo es no deseado. Identifique trastornos de salud mental (depresión, ansiedad, intento suicida) Refiera a atención psicológica.
Preparación para el Parto				X	X	<ul style="list-style-type: none"> La educación sobre las características del parto y la asistencia oportuna al lugar de atención, reduce el número de visitas por falso trabajo de parto. Aclare dudas. Corrija mitos acerca del parto. Coordine y organice pasantía hospitalaria anteparto. Oriente sobre pasos a seguir en su ingreso para la atención

Lista de chequeo.

Valores asignados a cada componente de la lista de chequeo, en donde cada ítem es equivalente a 1 punto en una lista de catorce componentes sumando así 14 pts.

1. Datos de identificación (valor asignado a cada componente 0.07)

• Nombre y apellido	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Domicilo	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Localidad	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Teléfono	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Fecha de nacimiento	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Edad	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Etnia	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Alfabeta	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Estudios	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Estado civil	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Vive sola	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Lugar del control prenatal	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Numero de identificación	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

2. Antecedentes (valor asignado a cada componente 0.14)

• Antecedentes familiares y Personales de la paciente.	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Antecedentes obstétricos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Peso del Ultimo previo	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Antecedentes de gemelos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• fin del embarazo/anterior	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Embarazo/planeado	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Fracaso del método anticonceptivo	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

3. Gestación actual (valor asignado a cada componente 0.1)

• Medición peso	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Talla	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Fecha de Ultima Menstruación	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Fecha Probable de Parto	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Edad gestacional confiable ya sea por FUM o Eco menor de 20 semanas.	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Fumador activo o Pasivo, uso de drogas, alcohol y violencia	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Examen normal odontológico y de mamas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

• Hierro y Folatos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Preparación para el parto	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Consejería sobre la lactancia materna.	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

4. Indicación de exámenes(1 punto)

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

5. Exámenes de laboratorio según norma primer perfil (valor asignado a cada componente 0.07)

• Hemograma	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Tipo y Rh	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Glicemia en ayunas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Examen general de orina	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Examen general de heces	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• VIH	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• VDRL	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Citología	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

Exámenes de laboratorio según norma segundo perfil (valor asignado a cada componente 0.07)

• Hemograma	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Glicemia en ayunas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Examen general de orina	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• VIH	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• VDRL	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

6. Exámenes de laboratorio según CLAP qu no estan contemplados en las Normas (valor asignado a cada componente 0.5)

• Toxoplasmosis	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Prueba del Estreptococo B durante las semanas 35-37	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

7. Vacunas (valor asignado a cada componente 0.33)

• Vacuna/anti rubeola (llenado de la casilla)	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Vacuna antitetánica (alicacion de vcuna)	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• H1N1 (llenado de la casilla)	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

8. Consultas prenatales (valor asignado a cada componente 0.08)

• Fecha en las consultas/prenatales	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Medición de la edad gestacional	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

• Medición del peso	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Medición de la presión arterial	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Medición de la altura uterina	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• apreciación de la presentación fetal	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Medición de la Frecuencia Cardiaca Fetal	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Movimientos fetales	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Proteinuria	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Signos de alarma, exámenes y tratamientos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Iniciales técnicas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
• Próxima cita	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
9. Controles periódicos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
10. Llenado de grafica de altura uterina	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
11. Llenado de grafica de incremento de peso materno	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
12. Hoja filtro	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
13. Plan de parto de enfermería	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
14. Protocolo de enfermería durante el embarazo	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

* **Semanas de gestación al momento de la inscripción**

Anexo 8.

UNIVERSIDAD DE EI SALVADOR
Facultad Multidisciplinarias de Occidente.
Departamento de medicina.

N

Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica de Chalchuapa. (ECOSFB-Urbano Chalchuapa).

Entrevista de investigación dirigida al personal medico y de enfermería que realiza controles prenatales básicos de ECOSFB- Urbano Chalchuapa.

“Evaluación de la calidad de los controles prenatales básicos en mujeres embarazadas que asisten UCSF-Urbano Chalchuapa”

Objetivo: obtener información sobre los conocimientos que tiene el equipo comunitario de Salud familiar de la UCSF- Urbano Chalchuapa, acerca de los controles prenatales básicos que se brindan a las mujeres embarazadas.

Instrucciones:

A continuación se le presentan una serie de preguntas, a las cuales deberá responder de forma veraz.

I PARTE. Datos del encuestado

1. Edad años.
2. Sexo: F M
3. Medico Enfermera

II PARTE

4. ¿Conoce usted los lineamientos del MINSAL para el control de mujeres embarazadas?

Si

No

5. ¿Ha leído alguna vez estos lineamientos? Si No

6. ¿Ha recibido capacitación sobre los controles prenatales básicos?

Si No

7. ¿De haber recibido capacitación que Institución fue la responsable de impartirla?

MINSAL

ONG 'S

UNIVERSIDAD

OTRA

8. ¿Qué recurso le impartió la capacitación?

Médico general

Gineco-obstetra

Licenciada en Enfermería

Técnica en Enfermería

Tecnóloga en Enfermería

9. ¿Cuántas capacitaciones ha recibido?

Una

Dos ó mas

10. ¿Cuándo fue la última vez que recibió dicha capacitación?

Menos de 6 meses

más de 6 meses

11. ¿Cuánto tiempo duro dicha capacitación?

2 horas

8 horas

1 semana

Otra

12. ¿Ha puesto usted en práctica los conocimientos adquiridos en estas capacitaciones realizando inscripciones y controles prenatales básicos?

Si

No

PRESUPUESTO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.

CATEGORÍAS	GASTOS INDIVIDUALES	GASTOS TOTALES
Papel	\$8.30	\$25.00
Tinta	\$14.00	\$42.00
Anillados	\$1.00	\$3.00
Empastado	\$5.00	\$15.00
Viáticos	\$100.00	\$300.00
Alimento	\$200.00	\$600.00
Energía eléctrica e internet	\$75.00	\$225.00
Saldo telefónico para comunicación entre grupo	\$100.00	\$300.00
Decoración de día de defensa	\$50.00	\$150.00
Refrigerio del día de defensa	\$33.00	\$100.00
Vestuario del día de defensa	\$100.00	\$300.00
TOTAL	\$686.3	\$2058.9

Glosario

APS: Atención Primaria en Salud.

CALIDAD: conjunto de propiedades inherentes a un objeto que le confieren capacidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas.

CLAP: Centro Latinoamericano de Perinatología.

ECOS: Equipo Comunitario de Salud Familiar.

ECOSB: Equipo Comunitario de Salud Familiar Básico.

FESAL: Encuesta Nacional de Salud Familiar.

INSCRIPCION PRECOZ: inscripción prenatal que se realiza antes de las 12 semanas de gestación.

MINSAL: Ministerio de Salud.

MSPAS: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

ODM: Objetivo de desarrollo del Milenio.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPORTUNO: Que se hace u ocurre en un momento adecuado o conveniente.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

POA: Programa operativo anual.

RIISS: Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud.

RMM: Razón de Mortalidad Materna

SMR: Salud de la Mujer y Reproductiva.

Bibliografía

1. Lineamientos Técnicos para la Atención de la mujer en el periodo Preconcepcional, Embarazo, Parto, Puerperio y Recién Nacido. San Salvador El Salvador. Ministro de Salud, 2011.
2. Douglas Perez. Manual para realizar Investigaciones en seminarios de Investigación. Primera edición. Publicaciones Chapultepec 2000.
Eladio Zacarías Ortez. Métodos para Hacer una Investigación.
3. Boletín del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) de la Organización Panamericana de la Salud- organización Mundial de la Salud. Vol. 3, No. 10, 1990, Montevideo, Uruguay.
4. Encuesta FESAL 2008, república de El Salvador, C.A.
5. Reforma de Salud de El Salvador, 2010.
6. Línea de Base de Mortalidad Materna en El Salvador junio 2005 - mayo 2006. El Salvador, noviembre de 2006.
7. Autor(es): Zacarías Ortez, Eladio. Título: Así se investiga: pasos para hacer una investigación. Edición: 2a. edición. Lugar de Publicación: Santa Tecla. Editorial: Clasicos Roxsil. Año 2,001.
8. Titulo: Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. Lugar de publicación: Washington, D.C., EUA. Editorial: Mastergraf srl. Año: 2011.

9. Organización, Panamericana de la Salud, <http://www.paho.org/>

10. Organización Mundial de la Salud, Mayo de 2012,
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>.