



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN**

**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA
SALUD CIES**



MAESTRIA EN SALUD PUBLICA 2009- 2011

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRO EN SALUD PÚBLICA

**EVALUACION DE ESTANDARES DE CALIDAD DE ATENCION A
EMBARAZADAS QUE INGRESARON A LAS UNIDADES DE SALUD
MUNICIPIO VILLA SANDINO, II SEMESTRE 2010**

AUTOR: NORMAN DUARTE BAEZ.

TUTORA. MSc. BETTY SOTO.

DEDICATORIA

A Dios padre eterno porque me ha guiado con su luz divina que me ilumina la vida para lograr las metas que me he trazado una de ellas es la maestría en salud pública con éxito.

Mi esposa María Estebana Alvarado Orozco por su apoyo y comprensión, te quiero, mis hijas: Annette Jassuara Duarte Alvarado ya que eres muy preciosa para mí, Jessica William Duarte Alvarado te quiero mucho eres especial.

A mis padres que me han enseñado a ser un hombre responsable y dedicado al estudio, trabajo y mi familia los amo tanto, por el apoyo recibido de culminar este estudio.

A todas las personas que me brindaron apoyo para el logro final de este trabajo investigativo que el señor les bendiga hoy mañana y siempre.

AGRADECIMIENTO.

Dr. Miguel Orozco Director CIES buen amigo y su equipo docente excelentísimo mis respetos ya que he aprendido tanto que solo Dios sabe como lo voy a aplicar en mi trabajo, a Dr. René Pérez Montiel por su apoyo incondicional a esta investigación, a Dra. Betty Soto con su gran conocimiento, Lic. Alma Lila Pastora por su amabilidad aprecio y afecto ya que siempre se aprende algo nuevo.

Compañero maestro José Vanegas ex presidente de la Asociación de Enfermer@s de Nicaragua excelente amigo y profesional por su gran conocimiento mi respeto.

Mis compañeros de clase amigos por siempre en especial a Dra. Yelba Jarquin, Dra. Eva María Martínez, Dr. Miguel Ángel Baca, Dra. Xiomara Hernández y Lic. Hellen Cuadra Sotelo.

Dra. Marisol Potosme Ruiz Directora Municipal MINSA Villa Sandino por permitirme realizar el estudio de investigación, Dr. Juan Bautista Hernández por ser un gran amigo, compañero y por su apoyo a los anhelos que he tenido de superación personal.

Lic. Marisol Mejía Ruiz Coordinadora de atención integral a la mujer niñez y adolescencia Minsa Silais chontales y Dra. Jenny Valle Directora de servicios de Salud Minsa Silais Chontales por su apoyo con la información de esta investigación.

RESUMEN.

Se realizó una investigación operativa evaluativa que describe la calidad de atención prenatal a través de la historia clínica perinatal básica, en específico aplicación de los estándares de calidad en las unidades de salud del municipio Villa Sandino en el periodo julio a diciembre 2010.

El grupo atareo predominante con gestación fue de 20 años a 34 años, la procedencia fue urbana el mayor número de ingresos, en la escolaridad prevaleció la primaria incompleta, la ocupación ama de casa, el estado civil predominante es acompañada.

Desde el punto de vista de la aplicación de los estándares de calidad en las embarazadas ingresadas al control prenatal tenemos:

Los antecedentes personales y obstétricos en 85 % de expedientes aplico, La medición de Talla aplico al 100 %, el examen de mamas aplico al 99 %, las Semanas de amenorrea aplico en el 100%, la medición de peso aplico el 100 %, la determinación de presión arterial aplico un 97 %, determinación de altura uterina aplico al 40 % por captación tardía, auscultación de frecuencia cardiaca fetal a partir de 20 semanas de gestación aplico al 6.8 %por captación tardía, movimiento fetal después de 18 semanas de gestación aplico a 12.7% por captación tardía, la administración de vacuna antitetánica se aplicó al 100 %, Exámenes de laboratorio aplico el 87.1%, el índice de masas corporal aplico el 79.4% y evaluación de estado nutricional por incremento de peso materno registrado en la gráfica aplico el 29.4%por captación tardía.

INDICE.

Dedicatoria

Agradecimiento

Resumen

I.	Introducción.....	4
II.	ANTECEDENTES	5
III.	JUSTIFICACION.....	7
IV.	Planteamiento del problema.....	8
V.	Objetivo General.....	9
VI.	Marco de referencia	10
VII.	DISEÑO METODOLOGICO	15
VIII.	RESULTADOS.....	18
IX.	DISCUSION DE RESULTADOS.....	20
X.	CONCLUSIONES.....	22
XII.	BIBLIOGRAFIA.....	26
	<u>Anexos</u>	<u>27</u>

I. Introducción.

Se define estándar de calidad como una declaración de la calidad esperada, expresado como un estándar de ejecución con especificaciones y guías de prácticas clínicas, normas y protocolo.

El cumplimiento de los estándares se mide a través de indicadores que son herramientas de análisis cuantitativo de los niveles alcanzados de la calidad esperada, este estudio de los estándares de calidad está basado en las debilidades del llenado de la HCPB.

El ingreso al control prenatal precoz es cuando la embarazada es captada en los tres primeros meses de gestación y esta normado que el médico realice el ingreso y su ultimo control. Así mismo esta normado que al ingreso de toda embarazada se realicen las trece actividades contempladas en la HCPB y esta sea llenada de manera correcta y completa. Otro elemento a considerar para garantizar el cumplimiento de las normas de atención prenatal, es el equipamiento a las unidades de salud, el abastecimiento de insumos médicos y no médicos y la calificación y disposición del personal de salud para garantizar el buen control prenatal y la calidad de atención.

El concepto de Calidad a evolucionado en la gerencia de los servicios **E. Deming** dice “Hacer lo correcto, de manera correcta, con oportunidad y que tenga como uno de sus principales valores al trabajo en equipo. **(1)** EDWARD DEMING padre de la calidad: cambiar su forma de pensar, su estilo de administrar, su trato a los empleados y tomar su tiempo los convierte en líderes mundial.**(2)**

Los Objetivos de desarrollo del Milenio: 4, 5 y 6 están basados en metas cuantificables con plazos y con indicadores para supervisar los progresos obtenidos, **Mejorar la salud materna Metas e indicadores:** Meta: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes. Cobertura de atención prenatal (al menos una visita y al menos cuatro controles)**(3)**

NORMAS DE ATENCION PRENATAL. La constitución política de la República de Nicaragua, en el capítulo 5. Artículo 74 derechos de la familia. Enuncia “toda mujer tendrá especial atención durante el embarazo. En el titulo 9. Aparece el Sistema de garantía de calidad, en el capítulo 1 aspectos generales Arto. 122, numeral 1 y 2 garantía de calidad el MINSa deberá: normar los aspectos técnicos administrativos para garantizar la calidad en la provisión de servicio de salud, en los establecimientos públicos y privados que conforman el sector salud. **(5)**

El estudio se realizó acerca del cumplimiento de estándares de calidad de atención a la embarazada, el que servirá para identificar limitaciones en su aplicación e implementar medidas correctivas para mejorar la calidad de atención a las embarazadas atendidas en la red de servicios de salud del municipio de Villa Sandino.

II. ANTECEDENTES

Se realizó un estudio descriptivo para evaluar la calidad de la atención prenatal en el área de salud de Mella en la provincia Santiago de Cuba durante el segundo semestre de 2009, La unidad de análisis estuvo constituida por 50 "tarjetones" de embarazadas a través de un muestreo por conglomerado con criterios de estructura, proceso y resultados, así como indicadores y estándares para cada una de las dimensiones según el grupo de expertos. En el desarrollo del proceso de la atención prenatal. La captación precoz (98,0 %), la evaluación por el obstetra antes de las 2 semanas de la captación (94,4 %) y las reevaluaciones en el tercer trimestre (93,1 %) obtuvieron la categoría de adecuados como criterios del proceso, así como el examen físico completo (90,0 %) y la atención estomatológica concluida (73,0 %) en relación con 70 % como estándar establecido. Entre los exámenes complementarios no hemáticos fue evaluada como adecuada la realización de la ecografía profiláctica (entre las 22 y 24 semanas), la orina, las heces fecales y el exudado vaginal en cada trimestre, con 94,0 %.

Sobrepasaron los estándares: visitas de terreno (96,0 %), consultas prenatales (94,0 %), inmunización con toxoide tetánico (96,5 %) y examen de colpocitología (96,2 %), considerados como adecuados.

Nicaragua reporta una reducción en las cifras de mortalidad materna de una tasa de 89.6 registrada en el 2006 a una tasa de 80.2 por mil nacidos vivos registrados en el 2007, siendo esta la tasa más baja de Centroamérica después de Costa Rica, en relación a la mortalidad infantil ENDESA 2006 reporta también una reducción de la tasa de mortalidad de 40 por 1000 Nacidos Vivos Registrados en el 1998, a 29 por 1000 Nacidos Vivos Registrados en el 2006. El Ministerio de Salud en Nicaragua en conjunto con las agencias de cooperación externa como USAID, OPS/OMS, UNICEF, UNFPA ha venido impulsando éstas estrategias dirigidas a mejorar los procesos de la atención de la embarazada, el recién nacido, la planificación familiar y la prevención de la transmisión vertical de VIH/Sida, siendo la vigilancia de la calidad y el mejoramiento continuo de la misma uno de los ejes fundamentales.

A nivel silais chontales en el 2009 la tasa de mortalidad materna fue de 67 x 1000 Nacidos Vivos Registrados y con relación a controles prenatales en estas muertes maternas 5 se realizaron controles prenatales y de estas 4 tenían más de 4 controles realizados. En el municipio villa Sandino no hubo muerte materna en ese año.

Con las captaciones prenatales a nivel municipal Villa Sandino en el año 2009 la meta fue 385 y de estas se logro realizar 293 captaciones prenatales precoces antes de 12 semanas de gestación para un 76%.

En el año 2007 en Nicaragua la cobertura de atención prenatal fue de 91 % según ENDESA con predominio en las zonas urbanas y aunque en los servicios públicos se ha hecho esfuerzo para mejorar la atención perinatal estos han resultado insuficientes para hacer que los servicios se tornen mas eficientes y efectivos. La HCPB es el instrumento diseñado para el registro de las actividades que se realizan en la atención prenatal.

En un estudio realizado sobre percepción de calidad de atención en control prenatal en clínica de IHSS choloma Honduras en resultado fue el siguiente el 100 % del personal 60 recursos estaba cumpliendo con las normas, 100 % tenían conocimiento de normas y protocolo, 100 % del personal usa protocolo de atención y los estándares de calidad los cumplen 100 %. (7)

Otro estudio realizado sobre la calidad del control prenatal se encontró que el personal cumplió 100 % los estándares de calidad en los servicios de salud clínica regional de IHSS choloma cortes honduras en el primer semestre 2,008, Se ha estudiado que el control prenatal tiene barreras ya que según evaluación de el costo de un control prenatal inadecuado tiene el valor de 232.00 dólares menor que el control prenatal adecuado que al realizarlo según recurso medico enfermería el costo adecuado puede bajar poco a poco. Según los estudios los profesionales de la salud han sido 99 % de las embarazadas han visitado al especialista de ginecología, 32% han visitado a un recurso obstetra. 22 % medico general. Normas de atención prenatal (8)

En las normas de atención prenatal establece que el servicio de atención prenatal es prestado por un grupo coordinador un médico especialista gineco-obstetra, 4 médicos generales, 2 licenciadas en enfermería, 3 auxiliares de enfermería, un promotor social y el personal administrativo.

III. JUSTIFICACION.

La aplicación de estándares de calidad de atención a embarazadas es parte del cumplimiento de protocolos en las usuarias que acuden a la unidad de salud. Actualmente no se dispone de estudios científicos previos en el silais chontales, por lo que se hace necesario realizar el estudio en las unidades de salud siguientes: Centro de salud la Gateada, centro de salud villa Sandino, Puesto médico de Muhan del municipio de Villa Sandino, dirigido a evaluar el cumplimiento de estándares de calidad en la atención a embarazadas que ingresaron al control prenatal en dichas unidades.

La cobertura de captación precoz para SILAIS Chontales en el año 2010 fue 61 % y en el año 2009 se logro el 53%. En el municipio villa Sandino la cobertura de captación precoz para el año 2009 fue de 60% y para el año 2008 fue de 55%.

En el estudio se evidencian las limitantes en el llenado de la Historia Clínica Perinatal Básica, en la aplicación de estándares de calidad y en el seguimiento a los protocolos de atención, estas limitaciones servirán de insumo para elaborar un plan de educación permanente para mejorar la salud materna y que se atienda con calidad y calidez a las embarazadas.

Además apoyara la direccionalidad de las acciones con el propósito de monitorear el cumplimiento de los objetivos del milenio 2015 en relación al cuidado de la salud materna y cumplimiento de estándares de calidad.

IV. Planteamiento del problema.

En el municipio de Villa Sandino, se atiende mayoritariamente población del área rural, cuenta con comunidades de difícil acceso y tiene una tasa elevada de mortalidad materna de 256 por 100,000 nacidos vivos registrados. A nivel de SILAIS la cobertura de captación precoz es de 53%.

La baja cobertura en el control prenatal y la falta de supervisión al llenado de HCPB, origina una pobre información que obstaculiza el seguimiento adecuado de las embarazadas y no permite actuar, desde el inicio al clasificar tardíamente los embarazos de alto riesgo obstétrico, limitando así el monitoreo y seguimiento durante su embarazo a fin de disminuir la ocurrencia de las complicaciones obstétricas y por ende la muerte materna.

Por lo antes mencionado se hace la siguiente pregunta general del estudio.

¿Cual es cumplimiento de los estándares de calidad de atención a las embarazadas que ingresaron a las unidades de salud del municipio Villa Sandino, en el II semestre del 2010?.

De estas se derivan las siguientes interrogantes.

1. ¿Cuáles son las características socio-demográficas de las embarazadas que ingresaron a la atención prenatal?.
2. ¿Cuál es el cumplimiento de las actividades de la Historia Clínica Perinatal Básica?.
3. ¿Cuál es la cobertura de captación precoz de las embarazadas en estudio?.

V. Objetivo General.

Evaluar el cumplimiento de estándares de calidad en la atención a embarazadas que ingresaron a las unidades de salud del Municipio Villa Sandino, II semestre del 2010.

Objetivos Específicos:

- 1- Describir las características socio-demográficas de las embarazadas que ingresaron a la atención prenatal.
- 2- Identificar el cumplimiento de actividades de la Historia Clínica Perinatal Básica.
- 3- Conocer la cobertura de captación precoz de las embarazadas en estudio.

VI. Marco de referencia

Las normas de atención prenatal contienen la historia clínica perinatal base que son la base científica de OMS para la evaluación de los estándares de calidad por lo que un estándar de calidad es como una declaración de la calidad esperada aplicando las guías de prácticas clínicas en Nicaragua. El cumplimiento de los estándares se mide a través de indicadores que son herramientas de análisis cuantitativo de los niveles alcanzados de la calidad, este estudio de los estándares de calidad está basado en las debilidades del llenado de la HCPB para el cumplimiento de los estándares de calidad en la atención a las embarazadas al momento del ingreso al programa. En los estándares de calidad la atención prenatal se cumple cuando se realiza las 13 actividades de la HCPB, normadas las que deben ser analizadas e interpretadas para el seguimiento satisfactorio, siendo estas:

- 1- Antecedentes personales y obstétricos.
- 2- Medición de talla.
- 3- Examen de mamas.
- 4- Semanas de amenorrea.
- 5- Medición de peso.
- 6- Determinación de Presión Arterial.
- 7- Medición de altura uterina.
- 8- Auscultación de Frecuencia Cardíaca Fetal (a partir de 20 semanas de gestación).
- 9- Movimientos fetales (después de 18 semanas de gestación).
- 10- Aplicación de vacuna antitetánica.
- 11- Exámenes de laboratorio (grupo y RH, PAP, VDRL/RPR, EGO, HB, consejería y prueba voluntaria de VIH).
- 12- Evaluación de estado nutricional mediante IMC En captación precoz.
- 13- Evaluación de estado nutricional mediante incremento de peso.

En las dimensiones de calidad de las normas de atención prenatal se evalúa:

Competencia técnica. La atención prenatal será realizada por personal médico o enfermería que se encuentre capacitado por el órgano rector según disponibilidad de recurso.100%

Acceso a los servicios y oportunidad. El personal de salud garantizara que el 80% de los embarazos de su territorio sean captados en un periodo de tiempo no mayor de 12 semanas de gestación. El personal de salud procurara que el 100 % de las embarazadas de su población, obtengan un mínimo de 4 controles prenatales en los siguientes periodos de gestación: menos de 12 semanas, entre 20 y 24 semanas de gestación (SG), entre 28 y 32 SG, entre 36 y 38 SG.

Atención prenatal: Es la serie de visitas programadas de la embarazada con el personal de salud, donde se brindan cuidados óptimos, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación, para el parto y los cuidados del recién nacido. La atención prenatal debe ser precoz, periódica, continua, completa, de amplia cobertura, con calidad y equidad.

La captación (primera atención) debe ser lo más precoz posible siendo lo normado efectuarla en el primer trimestre del embarazo, se mencionan algunos.

Atención prenatal precoz: Es cuando la primera atención se efectúa durante los primeros 3 meses del embarazo.

Atención prenatal completo: Es cuando el contenido de las atenciones garantizan el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y recuperación de la salud de la embarazada.

Atención prenatal de amplia cobertura: es el porcentaje de población de embarazadas que es controlada. La cobertura meta por territorio es del 100 %.

Atención prenatal de calidad: Las atenciones deben brindarse previo consentimiento informado con base en estándares clínicos, gerenciales y de satisfacción de la embarazada, que se fundamentan en la aplicación del protocolo.

Las normas de atención prenatal establece, el cumplimiento para las siguientes actividades enunciadas:

El 100% del personal de salud garantizara que la primera y cuarta atención prenatal sea realizado por el médico y 2do y 3ro control prenatal sea realizado por enfermería según disponibilidad de recursos existentes.

El 100% del personal de salud garantizara que toda embarazada durante su atención prenatal reciba educación e información en salud sobre los signos de peligro durante embarazo parto y puerperio.

El 100% del personal de salud garantizara que toda embarazada durante la atención prenatal reciba consejería en VIH/ sida para la realización de la prueba rápida.(5)

Eficacia. El 100% del personal de salud garantizara que la atención prenatal se realice de manera efectiva, contando para esto con equipos, materiales y reactivos de laboratorio que permita examen cefalocaudal completo así como prueba diagnostica de laboratorio para la detección temprana de complicaciones.

El 100% del personal de salud durante el proceso de atención hará uso de pruebas de apoyo que sean necesarias según protocolo de atención establecida por el órgano rector.

Accesibilidad. El personal de salud garantizara que el 60 % de las embarazadas de la población rural de su territorio tengan acceso a la atención prenatal y 100% las de área urbana y estas sean referidas a la atención de su parto haciendo uso de mecanismo de articulación establecido por órgano rector. 90 – 100 %.

Trato y relación interpersonal. Toda usuaria que asiste a su atención prenatal expresara sentirse satisfecha por la atención recibida en las unidades de salud. 90 – 100 %. La atención prenatal tiene sus requisitos básicos a cumplir:

Precoz: es cuando la primera atención se efectúa durante los 3 primeros meses del embarazo, periódico: es la frecuencia con que se realizan las atenciones prenatales de las embarazadas que acuden a la unidad de salud, continuo: es la secuencia de las atenciones que se brindan de forma sistemática e ininterrumpida. Completo: es cuando el contenido de las atenciones prenatales garantizan el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la embarazada, amplia cobertura: es el porcentaje de población embarazada que es controlada. La meta por territorio es de 100 %. La calidad: las atenciones deben brindarse previo consentimiento informado con los estándares clínicos , gerenciales y de satisfacción de la embarazada con fundamento en el protocolo.

Las mujeres embarazadas son prioridad del ministerio de salud y son las mas expuestas a que se enfermen, entre el 25 y el 30%, de las embarazadas tienen factores de riesgo los que ocasionan un elevado número de casos de complicaciones obstetricias, como: infecciones de vías urinarias, pre eclampsia, eclampsia, parto prematuro y la edad (14 años y las de 35 años). Estas complicaciones las ha llevado hasta la muerte materna, muerte fetal intrauterino o muerte peri natal.

- 1) Fuentes estadísticas de SILAIS Chontales.

El modelo de salud familiar comunitario establece que al tener una ficha familiar comunitaria llenada completa se deberá dar seguimiento a las comunidades en visitas domiciliarias programadas para seguimiento de todos los problemas encontrados y así mejorar el nivel de salud de la población.

El Modelo de Salud Familiar y Comunitario se basa en el **Plan de Desarrollo Humano de Nicaragua** en el que se establecen tres lineamientos para el sector salud:

- 1- *Garantizar el acceso universal a servicios de salud de calidad;*
- 2- *Desarrollar una cultura nacional de promoción y protección de la salud;*
- 3- *Profundizar las reformas sectoriales en salud para contribuir a la construcción de un Estado Social.*

El Modelo de Atención, no solo pretende ampliar la cobertura de los servicios de salud, reordenar y optimizar el uso de los recursos humanos y físicos en el sector, sino que además, busca mejorar la equidad, la calidad, la eficacia y la eficiencia, así como incrementar la satisfacción de sus usuarios. Lo anterior, se puede lograr por medio de cambios en el enfoque de atención y en el modelo de asignación de recursos y responsabilidades, en el caso del sector público; en el escalonamiento de la oferta y la especialización del trabajo, según niveles de atención bien definidos; y en la incorporación de la comunidad organizada al proceso de planificación, control y evaluación de los servicios de salud.

Con el modelo se espera, además, que contribuya a propiciar un cambio de actitud en la población, respecto a la salud, en donde ésta deje de verse y abordarse como un problema exclusivamente individual, sino como un fenómeno colectivo y multifactorial, siendo responsabilidad de todos y todas, mantenerla y mejorarla, así se puede observar que el Art. 13 de la Ley General de Salud establece que: *“La promoción de la salud tiene por objeto las acciones que deben realizar las personas, comunidades y el estado a fin de crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes y prácticas adecuadas para la adopción de estilos de vida saludable y motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva”*. Este artículo involucra a todos para lograr beneficios en salud.

En este contexto, la Política Nacional de Salud del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional señala los siguientes lineamientos:

1. Lograr que las personas no se enfermen, un pueblo sano es feliz: Desarrollar acciones de promoción y prevención con calidad, equidad y enfoque de género involucrando a la población en acciones de información, educación y comunicación.
2. Atención de salud de calidad y medicina gratuita: Garantizar la gratuidad de la atención de salud a la población con trato humanizado y digno, disponiendo de medicamentos genéricos de calidad en redes de farmacias, públicas, privadas y comunitarias.
3. Disminución de las listas de espera quirúrgica y de listas de espera para consulta externa especializada: Responder a las demandas quirúrgicas y de

atención especializada a la población, implementando nuevas modalidades de atención alternativa, mejorando la articulación entre las instituciones del sector salud, la infraestructura y equipamiento de las unidades.

4. Llevar los servicios de salud a las poblaciones pobres o en extrema pobreza, así como las que tienen mayores dificultad de acceso: Implementar un Modelo de Salud Familiar y Comunitario dirigido a las personas, familia y comunidad para superar los problemas de accesibilidad geográficas, económicas, funcionales y culturales. Aumentar la cobertura de la seguridad social y la universalización de su canasta básica.

5. Implementación de estrategias innovadoras en salud en las regiones autónomas de la costa caribe: Fortalecer el desarrollo de modelos de atención innovadores en las Regiones Autónomas de la Costa Caribe con el fin de establecer la máxima correspondencia posible entre la actuación local del sector salud y las características de desarrollo político, demográfico, étnico y cultural de sus poblaciones.

6. Rescate de la medicina popular y tradicional, y otras formas de medicina no occidental: Promover las diferentes expresiones de la medicina popular tradicional con derecho a participar en la prestación de los servicios.

7. Gobernabilidad ciudadana y participación activa y consciente de la ciudadanía en el quehacer del sector salud: Estimular el desarrollo de la participación ciudadana en el control social del sector salud en sus distintas formas de organización, Incorporando a la población en la construcción de una nueva cultura sanitaria y solidaría con un mayor compromiso, articulando sus acciones con las instituciones, organizaciones del territorio en la definición de un modelo de desarrollo humano como objetivo común.

VII. DISEÑO METODOLOGICO

Área de estudio:

Unidades de salud del Municipio Villa Sandino del SILAIS, Chontales.

El tipo de estudio:

Es descriptivo de corte transversal a cerca de cumplimiento de estándares de calidad de atención prenatal.

La unidad de análisis

Es el expediente clínico de las embarazadas que ingresaron a las unidades de salud del municipio Villa Sandino,

Criterios de selección.

Los expedientes de las embarazadas que ingresaron al control prenatal en el Centro de salud la Gateada , centro de salud Villa Sandino y al puesto de Muhan, en el II semestre 2010

Tamaño de la muestra: la muestra fue tomada por conveniencia y se revisó el 100% de ingresos al control prenatal de las unidades de salud en estudio, en el II semestre 2010

Variable dependiente. Estándares de calidad

Variables independientes.

Socio demográfico:

Edad

Escolaridad

Estado Civil

Procedencia

Ocupación

Antecedentes personales

Diabetes

HTA

Cardiopatía

Cirugías

Antecedentes obstétricos.

Medición de talla.

Examen de mamas.

Semanas de amenorrea.

Medición de peso.

Determinación de Presión Arterial.

Medición de altura uterina.

Auscultación de Frecuencia Cardiaca Fetal (a partir de 20 semanas de gestación).

Movimientos fetales (después de 18 semanas de gestación).

Aplicación de vacuna antitetánica.

Exámenes de laboratorio (grupo y RH, PAP, VDRL/RPR, EGO, HB, consejería y prueba voluntaria de VIH).

Evaluación de estado nutricional mediante IMC En captación precoz.

Evaluación de estado nutricional mediante incremento de peso.

Fuente de información: Secundaria los expedientes de gestantes que ingresaron al control prenatal.

Plan de recolección de datos:

Para la recolección de datos se diseñó un check list que contenía las 13 actividades de los estándares de calidad contemplados en la Historia Clínica Perinatal Básica. Esta fue recolectada al ingreso de cada gestante de las unidades de salud a través de la revisión de expedientes clínicos.

Los datos recolectados de los 102 expedientes fueron digitados en el programa de EPI INFO.

Validación del instrumento.

El instrumento fue validado en expedientes de embarazadas que ingresaron en el primer semestre 2010 y que no eran objeto de estudio. Durante su validación se logro identificar dificultades en el llenado, debiendo realizar los ajustes necesarios. Esta actividad se realizo con 3 recursos capacitados para la revisión documental de la HCPB.

Plan de análisis

Se realizó uso de epi info para el cruce de variables de estudio que nos interesa comparar con las normas de atención prenatal.

Los cruces de variables que serán analizados:

- 1- Altura uterina y semanas de gestación
- 2- Fecha de captación y edad de gestación.
- 3- Edad de gestante y semanas de gestación
- 4- Edad de embarazada y prueba VIH realizada
- 5- Edad Gestacional y EGO antes de 20 semanas de gestación
- 6- Edad gestacional y examen VDRL realizado.
- 7- Edad y antecedente personal.

Control de sesgo:

Fue minimizado al seleccionar, capacitar y estandarizar a los 3 recursos que realizaron la recolección de la información en las unidades de salud en estudio y el haber validado el instrumento, ya que se realizó capacitación y práctica con cada uno de los recursos a revisar expedientes de embarazadas de meses anteriores para la prueba logrando así la validación del check list.

VIII. RESULTADOS

Con la base datos de embarazadas captadas y evaluadas su cumplimiento de estándares se encontró lo siguiente.

En el 85 % (87) de los expedientes revisados no tienen registro de un problema de salud, pero si 4%(4) anemia, 3 %(3) asma, 1% (1) diabetes, obesidad 1% (1). El primer lugar los casos de anemia ya que la gráfica muestra que las mujeres embarazadas tienen en su mayoría Hb bajo 10 gramos.

Los antecedentes obstétricos son 5% (5) síndrome hipertensivo gestacional, 3%(3) cesárea.

En el 52.9% (54) de los expedientes revisados se encontró talla adecuada mas de 1.50 cm altura según normas de APN debe ser mayor de 1.50 cm al momento del ingreso.

En el 99% (101) de los expedientes revisados se encontró registrado la realización del examen de mamas.

En el 100 % (102) de los expedientes revisados se encontró registro de semanas de gestación.

En el 100 % (102) de los expedientes revisados tienen medición de peso y de esto el 53 % de las gestantes tienen peso adecuado para un embarazo de 50 kilos a 65 kilos, y de 32% tienen peso de 66 kilos a 98 kilos al momento del ingreso.

En el 97% (99) de los expedientes revisados de la Determinación de presión arterial tenían registro de P/A.

En el 40 % (41) expedientes revisados se encontró Medición de altura uterina y el 60 % (61) expedientes no tenían medición por producto pequeño para su edad gestacional.

En el 6.8% (7) de los expedientes revisados Auscultación de frecuencia cardiaca fetal a partir de 20 semanas de gestación en 7 expedientes se encontró registro FCF es decir el 6.8 %.

En el 12.7 % (13) de los expedientes revisados tenían Movimiento fetal después de 18 semanas de gestación.

En el 100% (102) de los expedientes revisados tenían Aplicación de vacuna antitetánica y de estas el 86% tienen dosis de refuerzo aplicado el 12.7% segunda dosis y 1.3% primera dosis aplicada.

En el 82% (82) de los expedientes revisados de las indicaciones de los 6 exámenes de laboratorio: de estos por cada examen 82 % tenían registro de grupo y RH, 97% tenían registro de Papanicolaou realizado, 85.2 % tenían examen VDRL realizado, 86% tenían EGO realizado, el 85% tenían hemoglobina realizado, consejería de VIH el 100 % tenía registro de consejería brindada y de esta el 88% se había realizado la prueba de VIH y resultado fue negativo.

Índice de masas corporal el 79.4% tenían registro en expediente de medición y el 20.6% no tenían registro.

En el 29% (29) de los expedientes revisados la Evaluación de estado nutricional por incremento de peso materno tenían registro en la grafica.

En el 31.4% (31) de los expedientes revisados son adolescentes embarazadas menores de 19 años, 60% son mujeres de 20 a 34 años y 6 % son mayor de 35 años.

En el 85% (85) conoce su fecha de ultima regla y el 15 % desconoce la fecha de ultima regla.

el 89% no ausculto frecuencia cardiaca fetal y considero que esta se toma cuando la mujer tiene mayor de 18 semana de gestación y en este casos se evalúa los estándares de calidad antes de 13 semanas de gestación.

IX. DISCUSION DE RESULTADOS.

En las normas de atención prenatal establece que el 80% de los embarazos de tu territorio sea captado en un periodo no mayor de 12 semanas y la captación estuvo en el 60 % en captación precoz, dato que supera la alcanzada en el SILAIS en el 2009 que fue de 53%.

La consejería de VIH en las embarazadas las usuarias no se lo realizan por temor a un resultado desagradable en el que logramos el 88% y según las normas establecen que toda mujer embarazada que ingresa al control prenatal se debe realizar el examen VIH 100 %.

En la accesibilidad geográfica se considera que este municipio sus característica es el 60 % son de área urbana y el 40 % son de área urbana pero las normas establecen que se debe tener 80 % de cobertura de embarazadas rurales. debemos tener en cuenta que la pobreza de nuestro municipio no cuentan con dinero para viajar a su pueblo, la mujer esta bajo el dominio masculino, desconocen sus derechos .

La captación de gestantes del área rural fue baja (40%) en base a lo normado que es de 80%, sin embargo debe mencionarse el esfuerzo que se realiza por mejorar este indicador, debido a las múltiples causas que limitan su superación, tales como los aspectos culturales, al campesino no le gusta que a su mujer le miren sus partes genitales, la inaccesibilidad geográfica y la poca educación sanitaria.

Con los estándares de calidad:

Los antecedentes personales son datos cuidadosos que las gestantes no dicen la verdad donde se encontró que 3% tiene antecedente de asma, 5% tienen Hipertensión Arterial, en relación a antecedentes obstétricos en expedientes revisados se cumplió 83%, Hipertensión arterial 5%, anemia 3%, obesidad 1%, hepatitis A. 1%

En relación a examen de mamas las normas establece el 100 % de gestantes realizar el examen y se encontró el 99% registrados en expediente, con las semanas de amenorrea las normas establece el 100 % y se encontró 100 % con datos registrados.

La medición de peso en kilos la realizan a toda gestante que ingresa y en la revisión de 102 expedientes se encontró datos según las normas estable de tomarla al momento del primer ingreso y se encontró 100% datos registrados.

La medición de la presión arterial es una valoración de signos vitales maternos que realiza la enfermera para el mejor diagnostico medico en el cual para nuestro municipio tenemos el 97% de expedientes revisados y las normas establecen el 100 % tomar presión arterial al momento de acudir a la unidad de salud.

La medición de altura uterina en centímetros es parte de los estándares de calidad de atención a la embarazada y en los expedientes revisados se encontró 100% con las normas establece el 100 % en mayores de 13 semanas de gestación y se encontró 40% eran mayores.

La frecuencia cardiaca fetal se debe tomar a partir de las 20 semanas de gestación y según los expedientes revisados tenemos el 6.8 % tenían FCF captación mayor de 20 semanas.

En relación a movimientos fetales las normas establece el 100 % de embarazos mayores de 18 semanas de gestación y se encontró a 12% que perciben movimientos fetales.

La aplicación de vacunas antitetánica es la 100 % de las mujeres que acuden a la unidad de salud esta por personal médico y enfermería del al unidad de salud las normas establece el 100 % de embarazadas captadas se encontró al 100% con una dosis de DT registradas.

En exámenes de laboratorio se realiza la valoración de la usuaria y algunas de ellas no se realizan todos los exámenes porque refieren que se lo realizara asta que el esposos acepte realizarse las normas establece el 100 % de las embarazadas captadas se encontró en expedientes que el 87% tiene registrado los 6 exámenes que se necesitan.

El Índice de masa corporal se debe tomar a toda usuaria gestante que ingresa antes de 13 semanas de gestación y las normas establece el 100 % y en los expedientes se encontró a 79.4% registrados.

En relación a evaluación de estado nutricional con incremento de peso materno en la curva las normas establece el 100 % de embarazadas mayores de 13 semanas de gestación y en expedientes se encontró 29% tenían registro.

X. CONCLUSIONES

En cada unidad de salud la hoja de historia clínica perinatal básica tenía llenado correcto de los datos generales de la HCPB y solo una quinta parte no tenía completo, en la sección 2 la gran mayoría se cumplió llenado que incluye los antecedentes personal y obstétrico, medición de talla, examen de mamas, aplicación de vacunas y examen de laboratorio y en la sección 3 una quinta parte no tenían registro completo que incluye semanas de gestación, medición de peso, determinación de presión arterial, medición de altura uterina, auscultación de frecuencia cardíaca fetal, movimientos fetales, índice de masa corporal y evaluación del estado nutricional con incremento de peso materno en la gráfica.

La calidad de los controles prenatales de los expediente revisados se cumplió en 87%. Un tercio de la población gestante estudiada en el ingreso son mujeres adolescentes de 15 a 19 años. Dentro de la población estudiada ingreso una mujer de 40 años gestante de 29 semanas de gestación y otra de 14 años de edad con 22 semanas de gestación ambos casos captación tardía.

Los estándares de calidad de atención a la embarazada se cumplen en el 50 % de los expedientes revisados.

XI. RECOMENDACIONES.

Realizar visitas semanales a las unidades de salud y por sector para la revisión de expedientes de embarazadas que ingresan al control prenatal.

Facilitar equipos de tecnologías perinatales a cada uno de los recurso de atención directa por clínica de atención a embarazadas para cumplir con los estándares de calidad ejemplo cinta obstétrica, gestograma, tabla de incremento de peso materno, pesa con tallmetro, tensiómetro, estetoscopio.

Monitorear la actualización del censo gerencial de embarazadas ya que es parte del cumplimiento de los objetivos del milenio hasta el 2015.

Aplicación de ciclos PEVA(planificar, ejecutar, verificar, actual) con el personal de salud que no cumpla con los estándares de calidad de atención a la embarazadas ya que desde 2008, 2009, 2010 se han capacitado sobre estándares de calidad de atención a embarazadas y no se ha logrado mejorar este indicador.

Divulgación de los objetivos del milenio 2015 para lograr las metas a todo el personal médico y de enfermería.

Orientación a todos el personal médico y enfermería realizar visitas domiciliars dirigidas en las comunidades para la captación temprana de las mujeres embarazadas y brindar charlas educativas sobre las señas generales de peligro en el embarazo.

Según MOSAFC.

MINSA central.

Garantizar equipamiento e insumos necesarios para la atención prenatal con calidad.

MINSA Silais.

Supervisar el funcionamiento de equipos y facilitar insumos para el cumplimiento del modelo de salud familiar comunitario su seguimiento a las embarazadas.

Gestionar financiamiento para combustible y reparación de vehículos para realizar visitas a las comunidades rurales dirigido a seguimiento y búsqueda de embarazadas para la captación precoz.

MINSA Municipal.

Garantizar la captación y seguimiento de la embarazada urbana y rural.

Realizar monitoreo de expedientes semanales por unidad de salud y sector.

Dar seguimiento y analizar la atención prenatal general en especial la atención prenatal precoz y tardía.

Gestionar de manera oportuna la pruebas rápidas de embarazo para llevar a las visitas de terreno en área urbana y rural.

Capacitar al personal sobre normas de atención prenatal.

Gestionar materiales de tecnologías perinatales para recursos de atención directa.

Comunicar al recurso que brinda la atención directa cada problema encontrado en el expediente de la embarazada.

A la Familia.

Sensibilizarla sobre al importancia del control prenatal.

Conocer los factores de riesgo y señas de peligro en el embarazo.

Orientar sobre el parto institucional.

A la comunidad.

Reportar cada una de las embarazadas en su comunidad a la unidad de salud para la captación precoz.

Organizarse en plan de parto para el seguimiento de la embarazada.

Tener un líder comunitario brigadista o partera o colaborador voluntario que nos reporte cada caso de embarazada y realizar la captación precoz.

XII. BIBLIOGRAFIA.

- 1 –CIES UNAN. Módulo de calidad Managua 20102
- 2 --Online **¡Error! Referencia de hipervínculo no válida..html** seguridad dela gestante embarazada.
- 3-- Online http://www.who.int/patientsafety/news_events/news/childbirth_check_list/en/index.html (3) seguridad gestante embarazada y objetivo del milenio.
- 4-- Estándares e indicadores de calidad de los procesos de atención en salud p/F, salud Materna, neonatal y de la niñez, VIH Sida. MINSa Dirección de extensión y calidad de la atención Managua Octubre 2009. MINSa Nicaragua dirección de extensión y calidad de atención.
- 5-- Normativa -011 Normas y protocolo de atención prenatal, parto puerperio y recién nacido de bajo riesgo. Managua Diciembre 2009 MINSa Nicaragua. Dirección de regulación.
- 6-- Ley General de salud y reglamento. Managua MINSa 2003.
- 7-- Gerardo Alfredo García. Evaluación del programa garantía de calidad en servicios de atención prenatal clínica regional del IHSS Choloma Cortes Honduras I semestre 2008 Ramón caballero.
- 8-- Percepción de calidad de atención prenatal en clínica periférica IHSS Naco Santa Barbará Honduras I semestre 2008. CIES UNAN.
- 9-- Modulo Metodología de la investigación Managua Nicaragua 2010. Investigación estándares de calidad en CUBA 2009.

ANEXOS.

Instrumentos

Gráficos

Tablas



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA
SALUD CIES



Instrumento para revisión del expediente clínico Municipio villa Sandino Silais Chontales.

Usuarias que acuden a la atención de su control prenatal. Marcar con una X la respuesta.

Número de expediente ----- procedencia urbana ----- Rural -----

Escolaridad ----- Estado civil ----- fecha nacim.-----

Fecha de captación APN -----

Antecedentes personales si----- no ----- cual-----

Antecedente obstétrico si----- no----- cual-----

Medición de Talla si----- no -----

Examen de mamas si----- no -----

Edad gestacional si----- no -----

Medición de peso si----- no -----

Toma de presión Arterial si----- no -----

Medición de altura uterina si----- no ----- no aplica (NA)-----

Medición de FCF a partir de 20sg si-----no -----no aplica (NA)-----

Movimiento fetal a partir de 18sg si-----no -----no aplica (NA) ----

Aplicación de Vacuna DT 1ra----- 2da----- refuerzo -----

Indicación de examen tipo y RH si----- no ----- sin dato-----

Indicación de Papanicolaou	si-----	no -----
Indicación de VDRL antes de 20sg	si-----	no ----- sin dato----
Indicación de Hemoglobina antes de 20sg	si-----	no -----sin dato----
Indicación de EGO antes de 20sg	si-----	no -----sin dato----
Brinda consejería para toma muestra VIH	si-----	no -----
Indico Tomar muestra VIH	si-----	no -----
Registra valor del IMC materno	si-----	no ----- no aplica-----
Registra grafica Incremento peso materno	si-----	no ----- no aplica-----

Operacionalización de variables. Sección 1

Variable sociodemográfica	Definición operacional	Dimensiones	Valores	Escala
Edad	Ser humano en su tiempo cronológico		14 a 19	Nominal
			20 a 24	Nominal
			25 a 29	Nominal
			30 a 34	Nominal
			35 a 39	Nominal
Escolaridad	Nivel académico alcanzado	Superación personal en educación el todo ser humano	Analfabeta	Discreta
			Primaria	Ordinal
			secundaria	Ordinal
Estado civil	Es un característica social de tener o no pareja	Opción del ser humano.	Casado	Nominal
			Soltero	Nominal
			acompañado	Nominal
				Nominal
Procedencia	Lugar donde reside o habita la persona	Característica propia del ser humano	Urbana	Nominal
			Rural	Nominal
Ocupación	Oficio que realiza la persona	Actividad de trabajo en una mujer embarazada	Ama de casa	Nominal
			Técnico medio	Ordinal
			Técnico superior	Nominal

Sección 2 Variables de los estándares de calidad de atención a la embarazada

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Valores	Escala
Antecedente personal	Relacionado a patologías previas al embarazo	Estado físico de la mujer	Diabetes HTA Cardiopatía Cirugías	Discreta Discreta Discreta Discreta
Antecedente obstétrico	Antecedentes relacionados con embarazos anteriores al actual	Solo se obtienen datos en el sexo femenino	Gestas Parto vaginal Cesárea abortos	Continua Continua Continua continua
talla	Es el tamaño o altura de una mujer en centímetro	Herencia genética de la mujer	1.40 – 1.44 1.45 -1.49 1.50-1.54 1.55-1.60 1.61 – 1.64 1.65- 1.69	continua Continua continua Continua continua Continua
Examen de mamas	Es la técnica que se utiliza para evaluar el estado general de las mamas en la mujer	En el sexo femenino se evalúan las mamas su desarrollo de pezón normal, invertido plano	Realizado No realizado	Continua continua
Semana de amenorrea	Es el tiempo que transcurre desde la fecha de ultima regla hasta el	Población femenina con vida sexual activa,	0 a 12 sg 13 a 23 sg	Continua Continua

	momento del parto en la mujer	periódica o esporádica	24 a 31 sg 32 a 42 sg	Continua Continua
peso	Es el valor estimado de peso en kilos de la mujer embarazada	Es el índice de masa corporal desnutrida Normal Sobre peso Obesa.	45 a 49kl 50 a 54kl 55 a 59 kl 60 a 64kl 65 a 69kl 70 a 74kl 75 a 79kl	continua Continua continua Continua continua Continua continua
Presión arterial	Es la técnica de medición de la presión arterial en milímetros de mercurio a través de un instrumento	Puede variar la PA según estado de salud de la mujer embarazada	90 a 120 sistólica y 80 a 60 Diastólica	Continua Continua
Altura uterina	Es el aumento de tamaño del vientre materno en estado gravídico	Solo esta preparada la mujer para un embarazo.	0 a 13cm 14 a 20cm 21 a27cm 28 a 34cm 35 a mas	Continua continua continua continua continua
Examen grupo y RH	Es el tipo de sangre que tiene el ser humano con su antígeno positivo o negativo	En la población humana se realiza este examen y en el embarazo es un requisito que sirve para identificar FR.	A+ B + AB + O + O -	Discreta Discreta Discreta Discreta Discreta
Examen Papanicolaou	Es la revisión ginecológica que se realiza a toda mujer para detectar	Se realiza solo al sexo femenino vía vaginal esta normado	Realizado No realizado	Discreta Discreta

	patología.	realizarlo a toda embarazada		
Examen VDRL / RPR	Es el examen en sangre que se realizan las personas para detectar la enfermedad sífilis	Se realiza a la población en general y requisito en las embarazadas	Realizado No realizado	Discreta Discreta
Examen general de Orina	Es el examen que se realiza en orina para detectar enfermedades	En el sexo femenino gestante	Realizado antes de 20 semanas de gestación No realizado antes de 20sg	Discreta Discreta
Hemoglobina	Es el examen en sangre que se realiza para evaluar anemia	Población humana	Realizado antes de 20sg No realizado antes de 20sg	Discreta Discreta
Consejería de VIH solicitado	Es la orientación que se brinda a la mujer embarazada sobre el virus inmunodeficiencia humana	A todo ser humano según sexo o raza se debe realizar consejería VIH	realizado No realizado	Discreta Discreta
Prueba voluntaria de VIH	Es la muestra de sangre tomada a la gestante en su control prenatal	Decisión materna a realizarse el examen y población general	Realizada No realizada	Discreta Discreta
Índice de masa corporal	Es la evaluación del peso materno en kilos entre la talla materna al cuadrado	En la mujer embarazada Identifica el curso el embarazo	Obesa Sobre peso Normal	continua Continua Continua

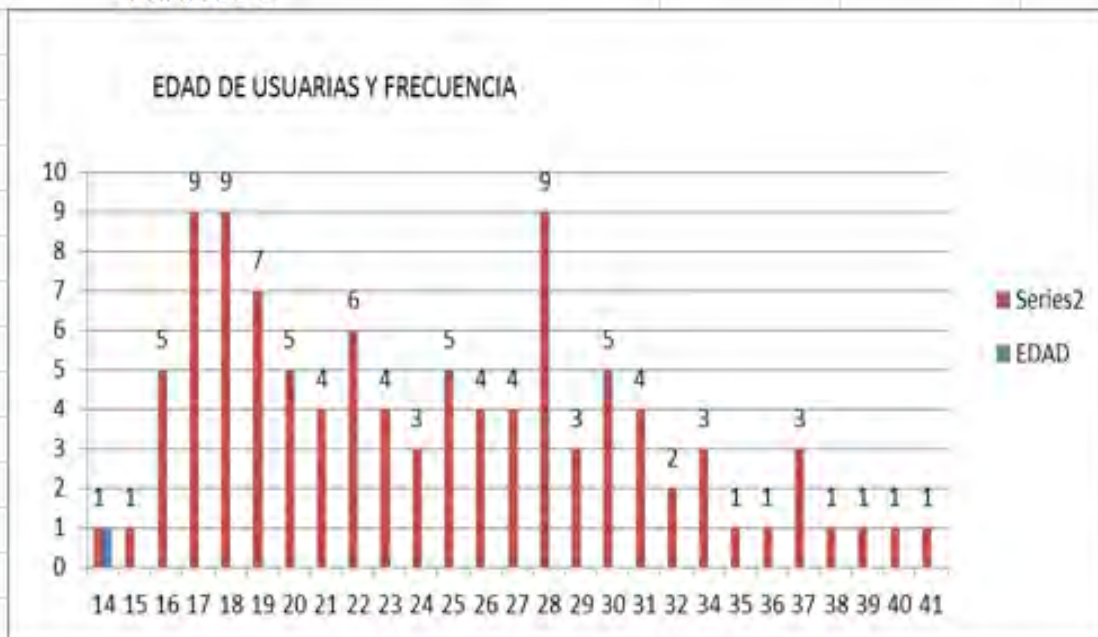
			desnutrida	Continua
Incremento de peso materno	Es la medición del peso materno que aumenta en cada mes de embarazo	Menor de 6 kilos es desnutrición y	1 a 3kl	Continua
		mayor de 11 kilos es sobre peso	4 a 7kl	Continua
			8 a 12kl	Continua
			13 a 17kl	Continua

GRAFICO 1



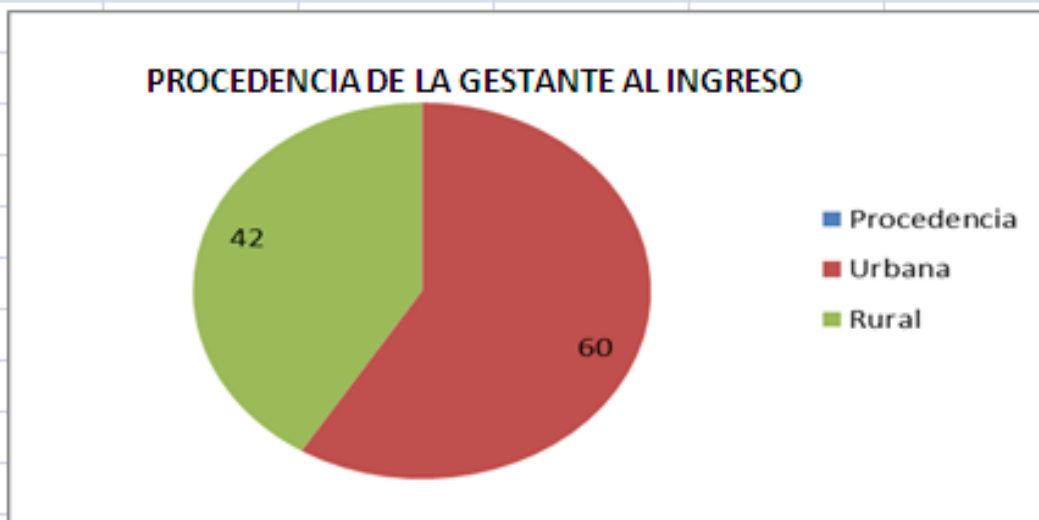
Fuente: Revisión de expedientes clínicos de embarazadas realizado en villa sandino II semestre 2010

GRAFICO 2



Fuente: Revisión de expedientes clínicos de embarazadas realizado en villa sandino II semestre 2010

GRAFICO 3



Fuente: Revisión de expedientes clínicos de embarazadas realizado en villa sandino II semestre 2010

GRAFICO 4



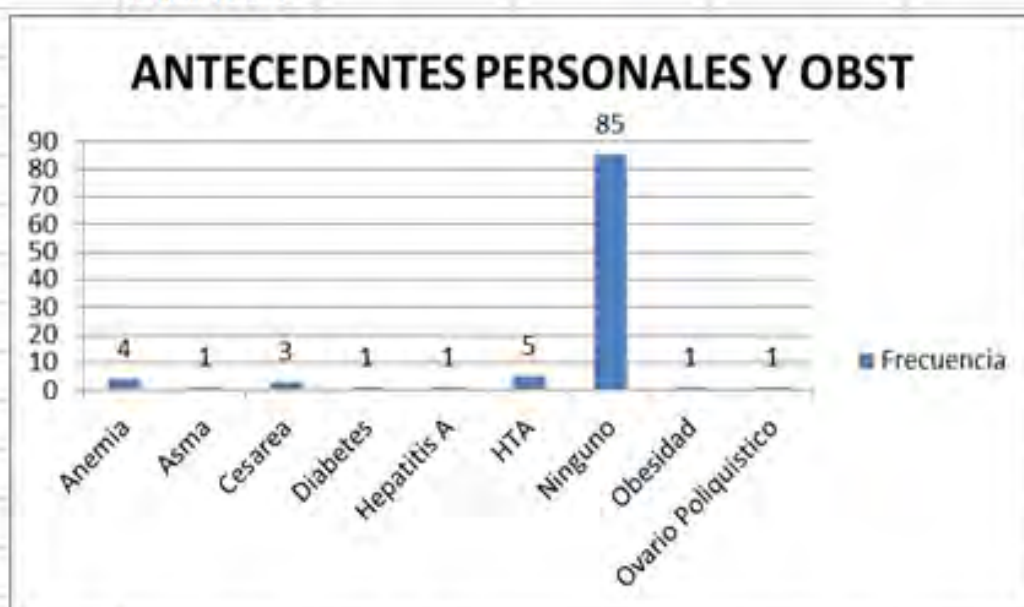
Fuente: Revisión de expedientes clínicos de embarazadas realizado en villa sandino II semestre 2010

GRAFICO 5



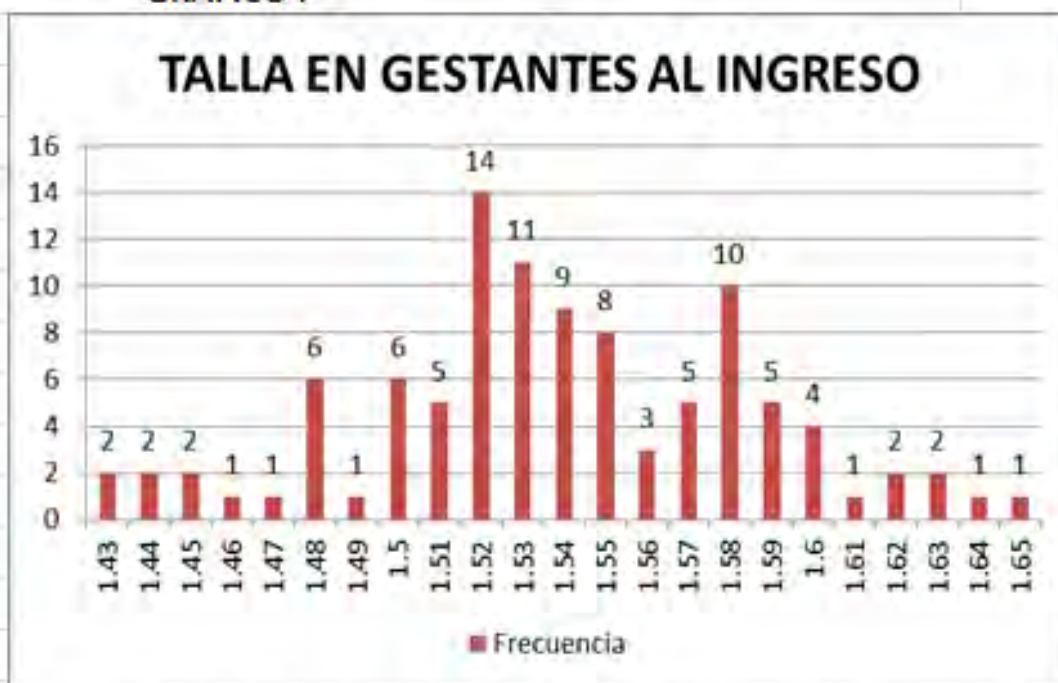
Fuente: Revisión de expedientes clínicos de embarazadas realizado en villa sandino II semestre 2010

GRAFICO 6



Fuente: Revisión de expedientes clínicos de embarazadas realizado en villa sandino II semestre 2010

GRAFICO 7



Fuente: Revisión de expedientes clínicos de embarazadas realizado en villa sandino II semestre 2010

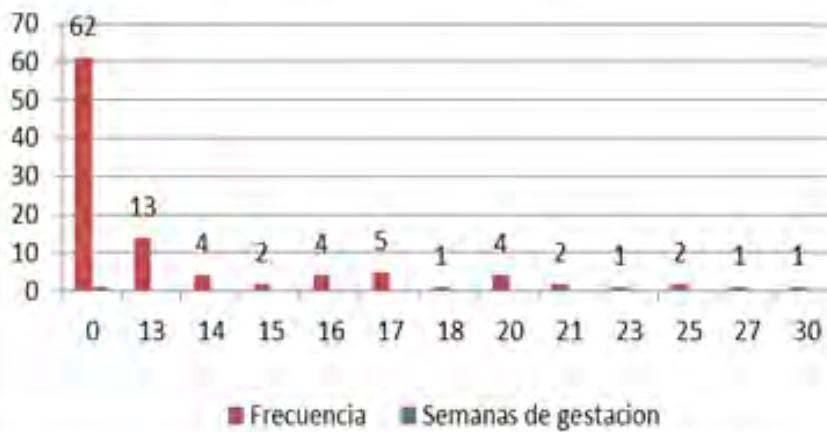
GRAFICO 8



Fuente: Revisión de expedientes clínicos de embarazadas realizado en villa sandino II semestre 2010

GRAFICO 9

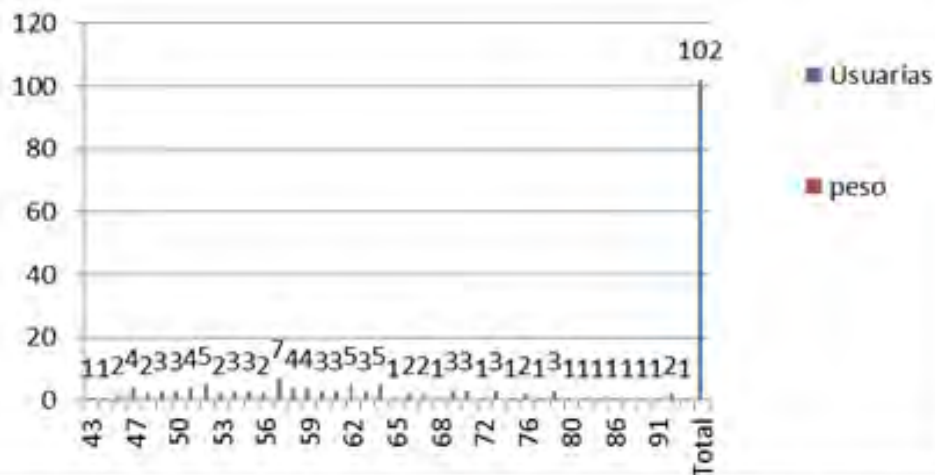
SEMANAS DE GESTACION A LA CAPTACION



Fuente: Revision de expedientes clinicos de embarazadas realizado en villa sandino II semestre 2010

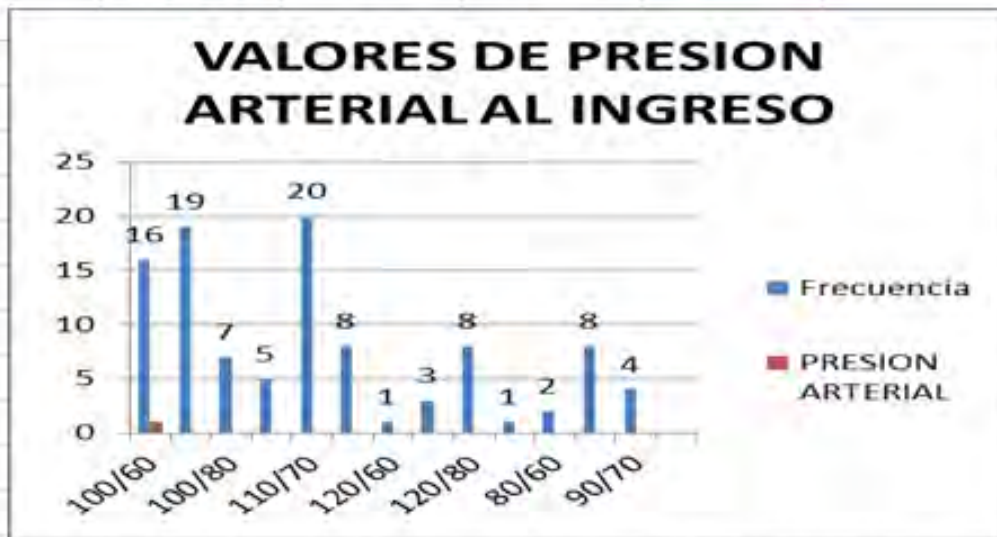
GRAFICO 10

PESO EN KILOS AL INGRESO



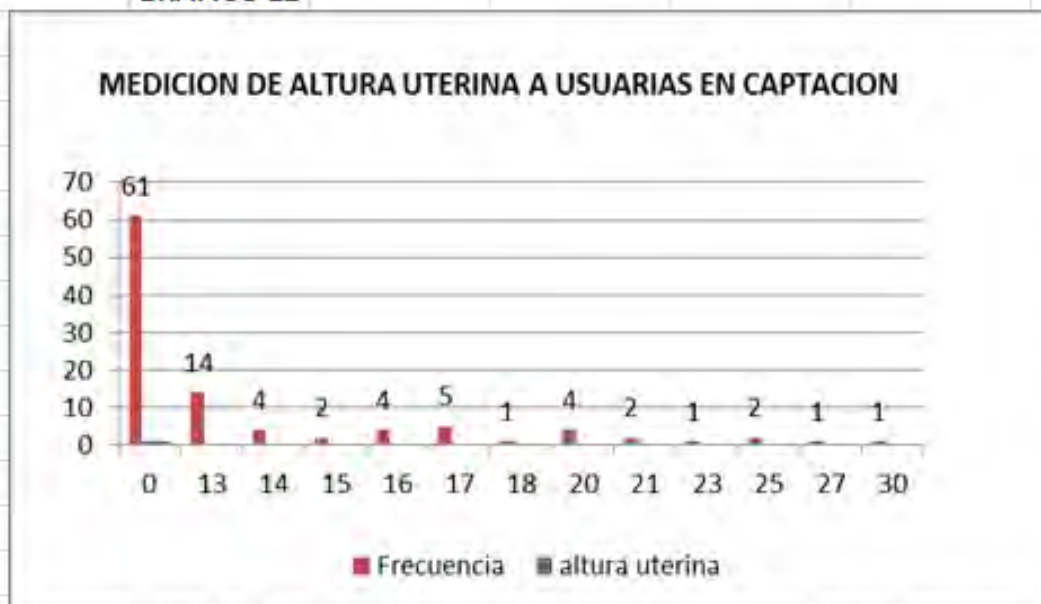
Fuente: Revision de expedientes clinicos de embarazadas realizado en villa sandino II semestre 2010

GRAFICO 11



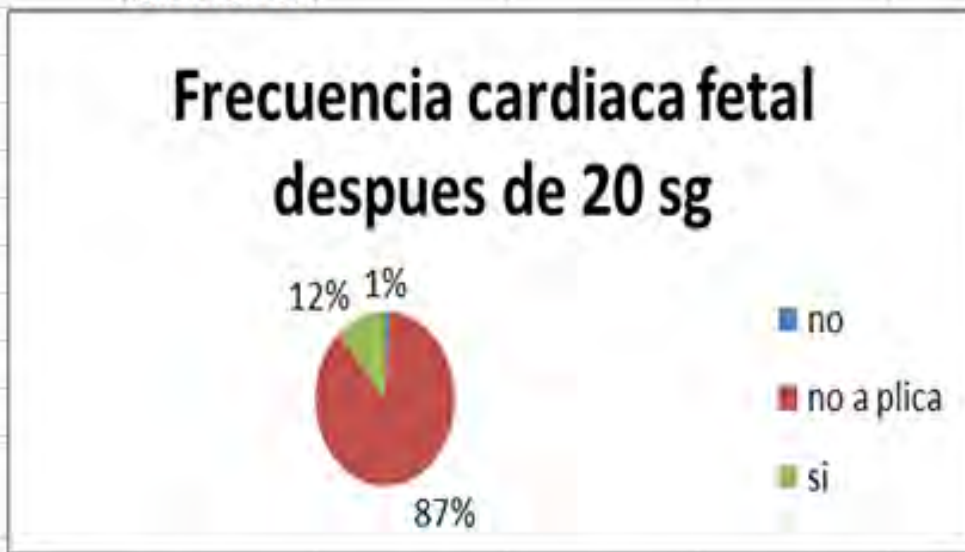
Fuente: Revisión de expedientes clínicos de embarazadas realizado en villa sandino II semestre 2010

GRAFICO 12



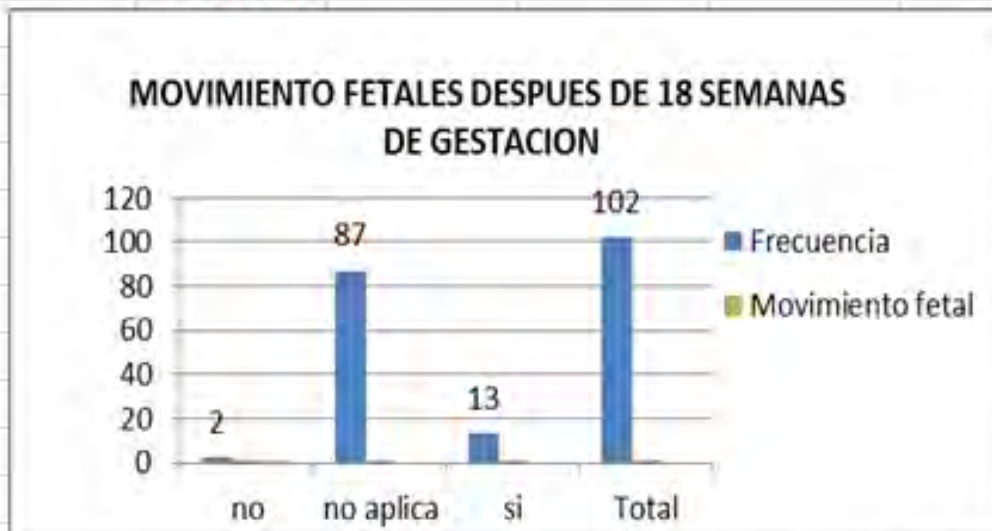
Fuente: Revisión de expedientes clínicos de embarazadas realizado en villa sandino II semestre 2010

GRAFICO 13



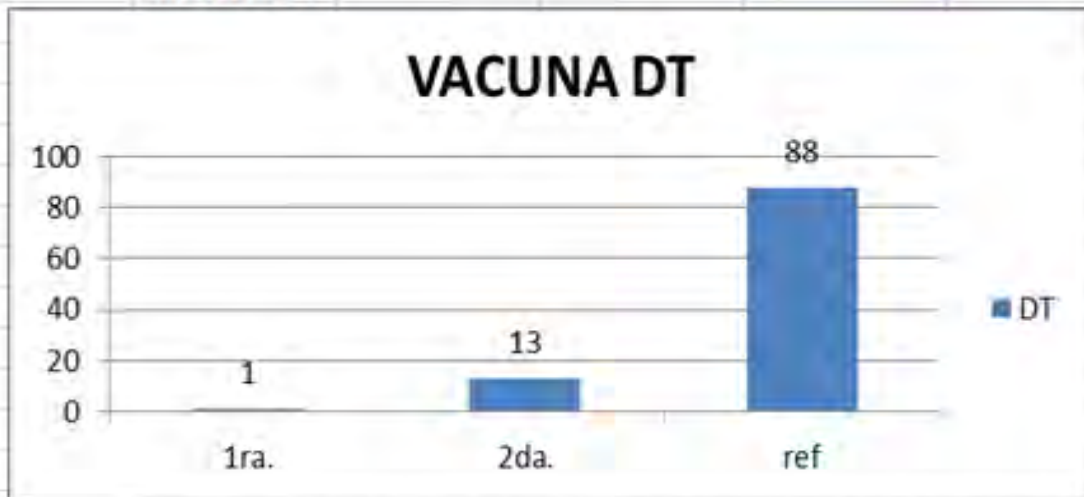
Fuente: Revisión de expedientes clínicos de embarazadas realizado en villa sandino II semestre 2010

GRAFICO 14



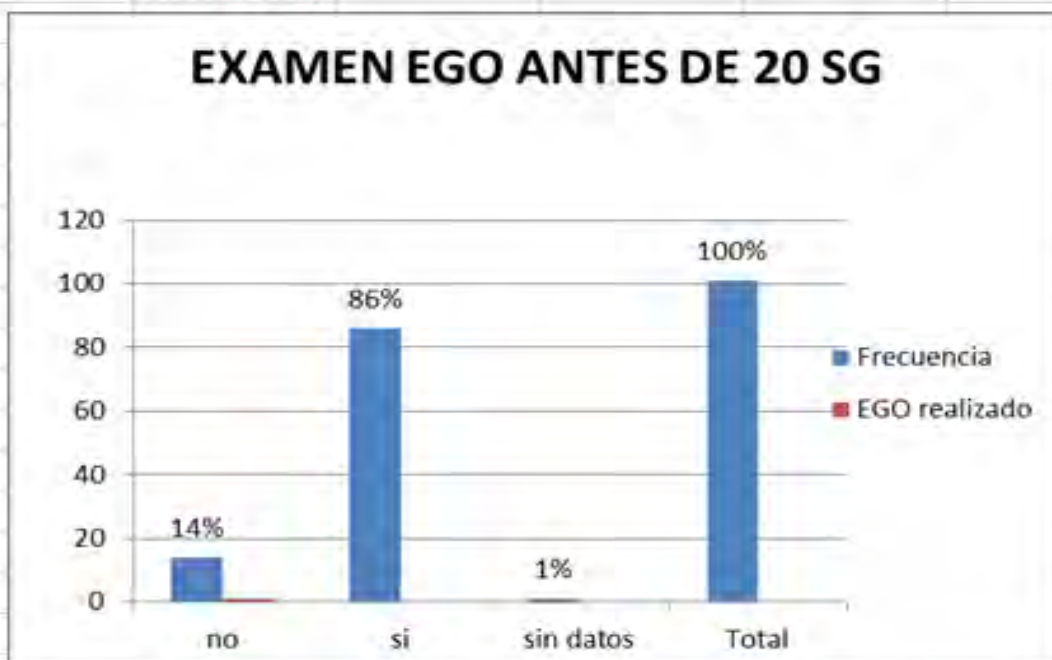
Fuente: Revisión de expedientes clínicos de embarazadas realizado en villa sandino II semestre 2010

GRAFICO 15



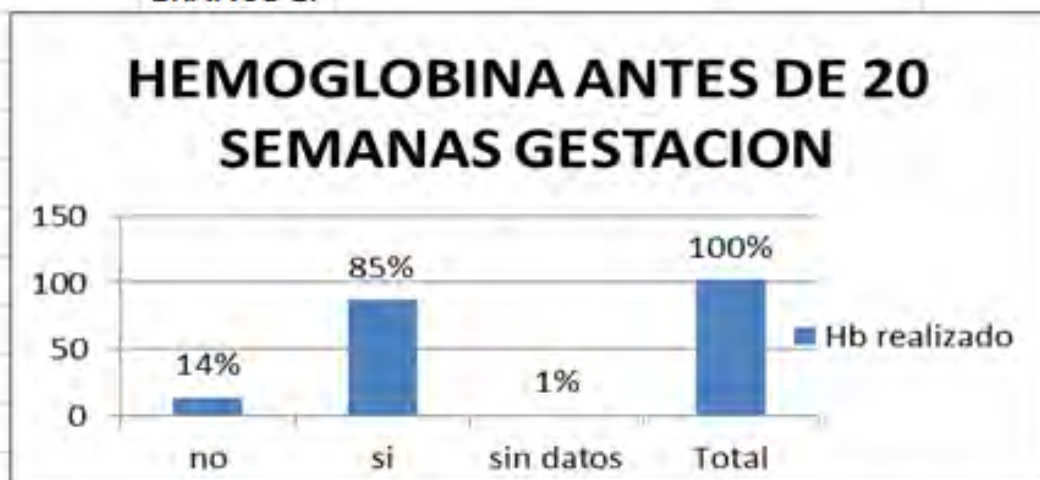
Fuente: Revisión de expedientes clínicos de embarazadas realizado en villa sandino II semestre 2010

GRAFICO 16



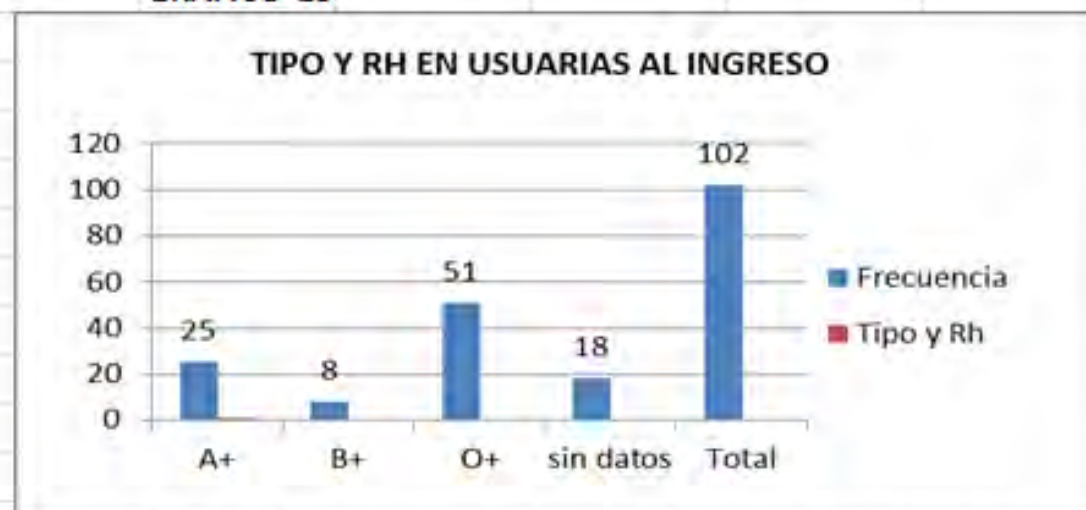
Fuente: Revisión de expedientes clínicos de embarazadas realizado en villa sandino II semestre 2010

GRAFICO 17



Fuente: Revisión de expedientes clínicos de embarazadas realizado en villa sandino II semestre 2010

GRAFICO 18



Fuente: Revisión de expedientes clínicos de embarazadas realizado en villa sandino II semestre 2010

GRAFICO 19



Fuente: Revisión de expedientes clínicos de embarazadas realizado en villa sandino II semestre 2010

GRAFICO 20



Fuente: Revisión de expedientes clínicos de embarazadas realizado en villa sandino II semestre 2010

GRAFICO 21



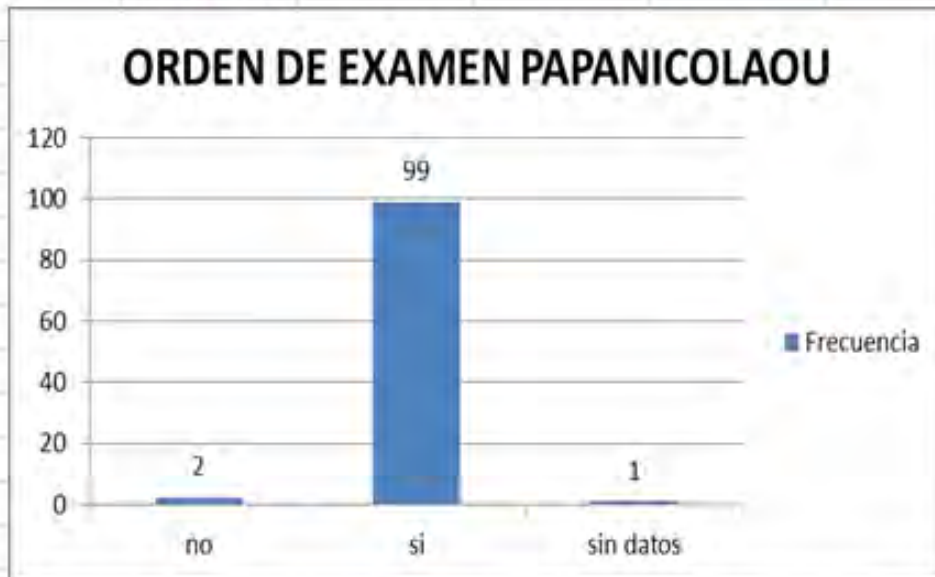
Fuente: Revisión de expedientes clínicos de embarazadas realizado en villa sandino II semestre 2010

GRAFICO 22



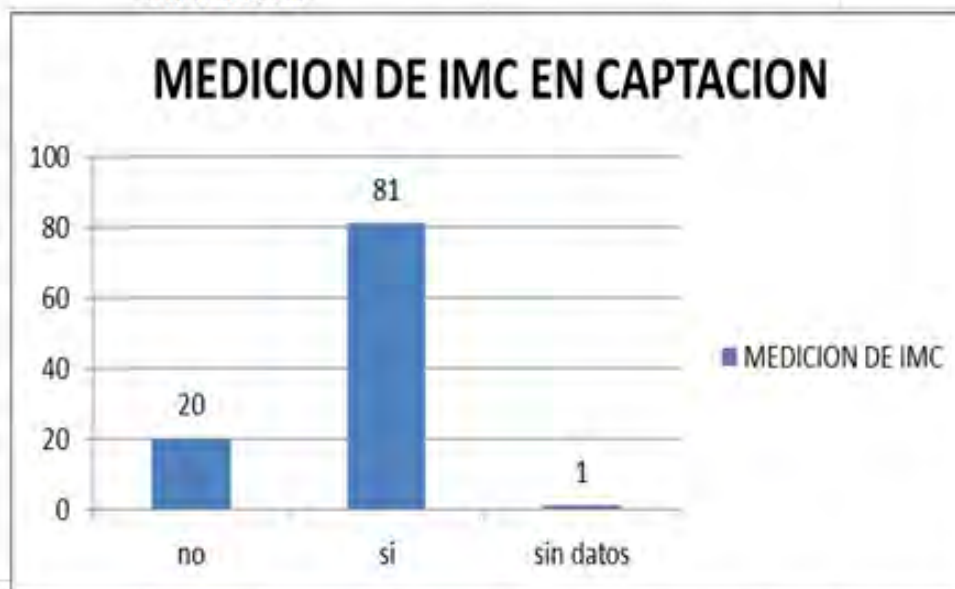
Fuente: Revisión de expedientes clínicos de embarazadas realizado en villa sandino II semestre 2010

A	B	C	D	E	F
	GRAFICO 23				



Fuente: Revisión de expedientes clínicos de embarazadas realizado en villa sandino II semestre 2010

GRAFICO 24



Fuente: Revisión de expedientes clínicos de embarazadas realizado en villa sandino II semestre 2010

GRAFICO 25

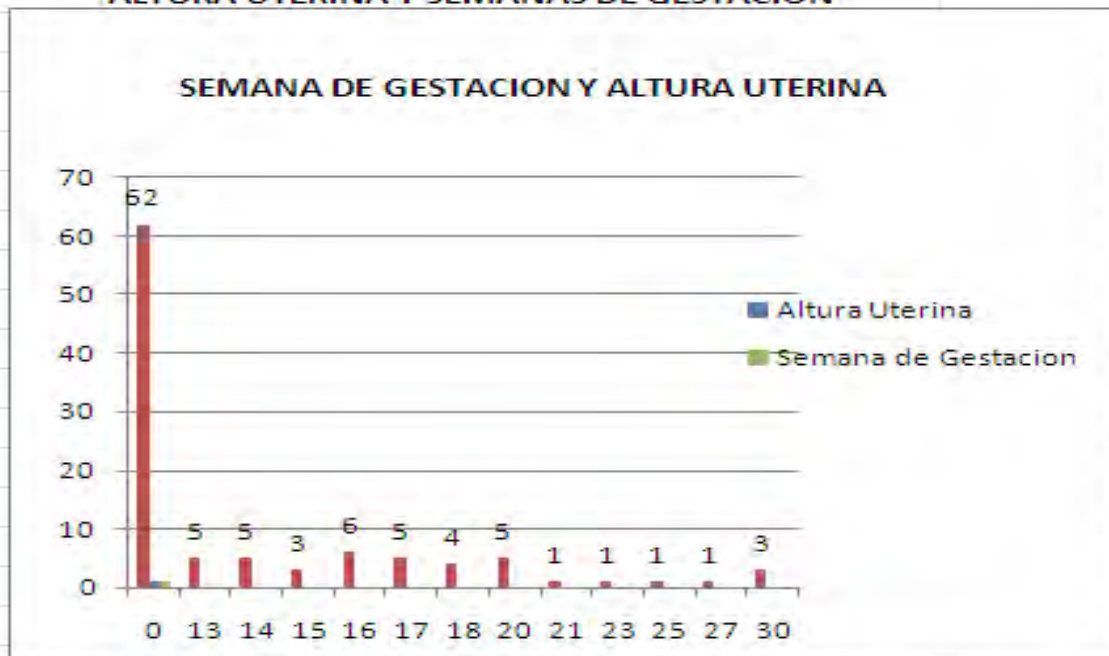


Fuente: Revisión de expedientes clínicos de embarazadas realizado en villa sandino II semestre 2010

GRAFICO 26

CRUZE DE VARIABLE

ALTURA UTERINA Y SEMANAS DE GESTACION



Fuente: Revisión de expedientes clínicos de embarazadas realizado en villa sandino II semestre 2010