

**ADHERENCIA A LA GUÍA DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL EN LA
E.S.E. HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, MUNICIPIO DE CHIGORODÓ (ANT),
PRIMER SEMESTRE - 2012**

Por

CILA PEREZ PACHECO

HELEANYS PATRICIA CORREA PERTUZ

CAROLINA MONTOYA BARRERA

Asesora

DEDSY YAJAIRA BERBESI FERNÁNDEZ

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIONES EN SALUD PÚBLICA

UNIVERSIDAD CES

APARTADO, JUNIO DE 2016

**ADHERENCIA A LA GUIA DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL EN LA
E.S.E. HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, MUNICIPIO DE CHIGORODÓ (ANT),
PRIMER SEMESTRE - 2012**

Por

CILA PEREZ PACHECO

HELEANYS PATRICIA CORREA PERTUZ

CAROLINA MONTOYA BARRERA

**TRABAJO GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
AUDITORÍA EN SALUD**

Asesora

DEDSY YAJAIRA BERBESI FERNÁNDEZ

FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD CES

APARTADO, JUNIO DE 2016

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	8
ABSTRACT	9
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	10
1.1 Planteamiento del problema	10
1.2 Justificación	11
1.3 Pregunta de investigación	13
2. MARCO TEÓRICO	14
2.1 Mortalidad y morbilidad materna	14
2.2 Guías de control prenatal	17
2.3 El control prenatal	19
2.3.1. Características del CPN	21
2.3.2. Objetivos del CPN	21
2.4 Contexto general del municipio de Chigorodó	22
2.4.1. Mortalidad perinatal	24
2.5 Adherencia	25
3. HIPÓTESIS	28
4. OBJETIVOS	29
4.1 Objetivo general	29
4.2 Objetivos específicos	29
5. METODOLOGÍA	30
5.1 Tipo de estudio.....	30
5.2 Área de estudio	30
5.3 Universo y muestra	31
5.4 Instrumento para toma de datos	32
5.5 Estimación de la adherencia	32
6. RESULTADOS	33
6.1 Contexto general de las maternas	33
6.2 Adherencia a las guías de CPN	36

7. DISCUSIÓN	40
7.1 Contexto general de las maternas	40
7.2 Adherencia a las guías de CPN	41
7.3 Sobre el instrumento para la toma de información.....	43
8. CONCLUSIONES	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Calificación de la adherencia a la guía de CPN.....	36
---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mortalidad materna en Antioquia y Chigorodó, período 2005-2012.....	16
Figura 2. Mortalidad materna en Colombia, período 2005-2010.....	17
Figura 3. Ubicación del municipio de Chigorodó.....	23
Figura 4. Distribución poblacional por sexo Chigorodó, 2012.....	24
Figura 5. Mortalidad perinatal por mil nacidos vivos. Antioquia vs Chigorodó, 2005 - 2012.....	25
Figura 6. Cobertura en salud a nivel nacional, del departamento de Antioquia y el Municipio de Chigorodó en el 2010.....	31
Figura 7. Distribución de las maternas por grupo étnico.....	33
Figura 8. Causas del ingreso tardío manifestadas por las gestantes.....	34
Figura 9. Método de planificación familiar empleado por las gestantes.....	35

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de chequeo	47
--	----

RESUMEN

Los indicadores de morbimortalidad materna y perinatal en el municipio de Chigorodó (Antioquia) durante la última década, se encuentran muy por encima de las metas nacionales y departamentales. Se consideró necesario evaluar el nivel de adherencia del personal de salud de la Empresa Social de Estado Hospital María Auxiliadora involucrado en el programa de control prenatal, a las guías oficiales del Ministerio de Salud y Protección Social, con fin de identificar puntos débiles sobre los cuales orientar acciones para mejorar su desempeño.

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, a partir de la revisión y análisis mediante lista de chequeo de cien historias clínicas de mujeres que durante el primer semestre del 2012 estuvieran adscritas y asistieran de manera regular a los controles prenatales en dicho hospital. La adherencia global del personal de salud a las guías del Ministerio se estimó de manera indirecta a partir de la evaluación del desempeño de las variables definidas en la lista de chequeo. La adherencia global estimada fue de 95%, valor que cumple con los lineamientos del MSPS.

No obstante, el seguimiento a factores de riesgo como bajo nivel de hemoglobina e infecciones del tracto urinario deben ser mejorados. La lista de chequeo diseñada para el estudio no cubre todos los aspectos establecidos en las guías del MSPS.

Palabras clave: *mortalidad materna, morbilidad, adherencia al tratamiento, atención prenatal, factores de riesgo*

ABSTRACT

Indicators of maternal and perinatal morbidity and mortality in the municipality of Chigorodó (Antioquia) during the last decade are quite above the National and Departmental goals. With the final purpose of identify weak points on which to focus actions to improve their performance, it is necessary to evaluate the level of adherence of the health staff involved in the antenatal care program to the Official Guides of the Health and Social Protection Ministry, in the Empresa Social del Estado Hospital María Auxiliadora.

It was conducted a descriptive and retrospective study by designing and using a checklist to review and analyze one hundred of medical records belonging to women who assisted regularly to their antenatal care appointments at the Hospital during the first semester of the 2012.

Total adherence estimated was 95%. This value correspond to the minimum adherence defined to the Guide by the HSPM. However, it should be improved the monitoring of risk factors like low levels of hemoglobin or urinary tract infections. The checklist designed for this study does not cover every aspect defined in the HSPM's Guide.

Key words: *maternal mortality, morbidity, adherence to treatment, antenatal care, risk factors.*

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

Los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en Colombia se llevan a cabo bajo la normatividad establecida en la Resolución 412 del 2000. Los servicios de los programas colectivos en salud pública se prestan a los usuarios por medio de contratos específicos celebrados entre las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y los entes territoriales, en virtud de la Ley 1122 del 2007 y la Resolución 425 del 2000.

A pesar de la claridad y especificidad de la norma los indicadores de morbimortalidad materna y perinatal en el municipio de Chigorodó distan de las metas nacionales y departamentales. Dos muertes maternas y quince muertes perinatales en el 2012 indican que en el municipio las tasas de mortalidad materno – perinatal no presenta mejorías en la última década. Este hecho claramente contraría las metas de reducción en estos indicadores, contrarresta el avance hacia la equidad en salud, y disminuye las posibilidades de desarrollo social y económico de los habitantes.

En el ejercicio diario de la medicina y la enfermería la adherencia a las guías y protocolos pueden verse influenciada por factores como duración de la consulta, carga laboral, ambiente laboral y rotación del personal. Si la institución y las autoridades en salud no auditan, supervisan y evalúan de manera periódica este programa, la adherencia a él por parte del personal de salud puede disminuir, así como la calidad y rigurosidad del programa. Esto sin duda incrementa el riesgo de que se presenten morbilidades y mortalidades evitables asociadas a la calidad del Control Prenatal (CPN) (1)

Dados los indicadores de morbimortalidad del municipio de Chigorodó, se percibe la necesidad de realizar una evaluación de la adherencia a las guías del programa

de CPN en la Empresa Social del Estado (ESE) Hospital María Auxiliadora, institución prestadora de servicios de salud (IPS) de primer nivel de complejidad, con el fin de visualizar oportunidades de mejora, tal y como lo establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (2).

1.2 Justificación

A nivel mundial la salud materna es considerada un indicador clave del desarrollo humano pues se asume que la salud sexual y reproductiva debe ser una parte normal de la vida y no un obstáculo para ésta. Por ello, gran parte de los tratados y convenciones internacionales en materia de salud incluyen el tema de la mortalidad materna y perinatal (3).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) las cifras de mortalidad materna revelan la localización y gravedad del problema; el 99% de las muertes maternas a nivel mundial se presentan en países en vías de desarrollo y la mayoría de estas muertes podrían haberse evitado (mortalidad materna evitable). El riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo a lo largo de la vida es de 1/75 en las regiones en desarrollo mientras que en las regiones desarrolladas es de 1/7300 (4).

De acuerdo a la información del Departamento Nacional de Estadísticas (DANE), La razón de mortalidad materna (MM) para el año 2010 en Colombia fue de 71,64 por cada cien mil nacidos vivos (NV) y de 68,6 en 2011; en Antioquia fue de 41,7, ligeramente inferior a la del 2009 (46,98), mostrando una situación favorable con respecto al resto del país.

Sin embargo, estos indicadores no se distribuyen de manera homogénea al interior del departamento, presentándose zonas como el Urabá Antioqueño (donde se ubica Chigorodó) cuyas tasas de MM superan en más de un 50% las medias departamentales (68,5 en 2010 y 74,9 en 2011).

Lo anterior evidencia la necesidad de emprender esfuerzos orientados a la disminución tanto de las cifras como de las brechas regionales existentes, hecho que ubica al programa de CPN en el ojo del huracán al ser éste precisamente el espacio para la detección temprana de riesgos y alteraciones durante el embarazo, una vez las gestantes y sus familias han tomado la decisión de ingresar a éste.

En Chigorodó, la Empresa Social del Estado Hospital María Auxiliadora es la institución prestadora de servicios de referencia del municipio. Por ser una institución de primer nivel atiende principalmente afiliados al régimen subsidiado, lo cual implica que las gestantes adscritas al programa se encuentran inmersas en situaciones de riesgo biofísico y social. Brindar un CPN de calidad a estas mujeres cobra vital importancia.

La implementación de la vigilancia epidemiológica de la morbilidad y mortalidad materna contribuyen de manera significativa a la evaluación del estado de la salud materna en el país, y esto a su vez promueve la formulación de estrategias para su reducción a nivel nacional (5) y en regiones de indicadores bajos como el Urabá.

Fortalecer la vigilancia sobre el cumplimiento y la calidad de las intervenciones relacionadas con la salud materna y los componentes de atención obstétrica esencial, hace parte de la política nacional; el Observatorio Nacional de Salud Materna de Colombia (OMAT) fue creado en el 2010 para tal fin.

La experiencia muestra que un proceso de vigilancia epidemiológica, riguroso, puede generar elementos para intervenir el perfil de mortalidad de una región o territorio y el CPN estará siempre bajo la mira de evaluadores y auditores en el estudio de casos de morbilidades maternas extremas y mortalidades maternas.

La evidente relación entre un CPN de calidad y un menor riesgo de enfermar y morir durante el embarazo hace necesario entonces evaluar periódicamente la calidad del CPN, lo que necesariamente pasa por evaluar el nivel de adherencia de los

profesionales que allí trabajan, a las normas técnicas definidas en la Resolución 412 de 2000 y sus reformas.

Los resultados de estas evaluaciones permitirían un perfeccionamiento en el desempeño del personal de salud involucrado en el programa de CPN. Este es precisamente el punto en el cual el presente trabajo pretende contribuir. Si a ello se suma una atención del parto oportuna y de calidad, se reduciría sin duda la morbilidad y mortalidad materna en el municipio.

En esta vía, y tomando en cuenta que los resultados de morbimortalidad materna y perinatal en el municipio de Chigorodó (Antioquia) durante la última década se encuentran muy por encima de las metas nacionales y departamentales, se consideró oportuno evaluar el nivel de adherencia del personal de salud de la Empresa Social de Estado Hospital María Auxiliadora, a las guías oficiales del programa de CPN. El presente documento presenta los resultados obtenidos en dicha evaluación durante el primer semestre de 2012.

1.3 Pregunta de investigación

¿Cuál es el porcentaje de adherencia a los lineamientos de la guía del programa de control prenatal de la Resolución 0412 de 2000 del Ministerio de Protección Social, por parte de los profesionales de la E.S.E Hospital María Auxiliadora del municipio de Chigorodó, en el primer semestre del año 2012?

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Mortalidad y morbilidad materna

La morbilidad y mortalidad materna y perinatal son indicadores sensibles usados a nivel internacional para medir el grado de desarrollo de un país o una sociedad en particular; cuanto mayor es la tasa de morbilidad y mortalidad materna en una nación o territorio, se entiende como menor su nivel de desarrollo social y económico, así como la calidad de vida de sus habitantes (6).

La OMS definió en 1992 la mortalidad materna como “la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los primeros 42 días después de la terminación del embarazo, independientemente de la duración y lugar del mismo, producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales”.(4)

Por su parte, la morbilidad materna fue definida como las situaciones que ponen en riesgo la salud y la vida de las mujeres con ocasión del embarazo, y se vigilan principalmente las Morbilidades Maternas Extremas (MME).

La mortalidad materna es un indicador claro de injusticia social, inequidad de género y pobreza, el que un embarazo o parto culmine con la muerte de una mujer refleja problemas estructurales, tanto de acceso como de atención de la salud.

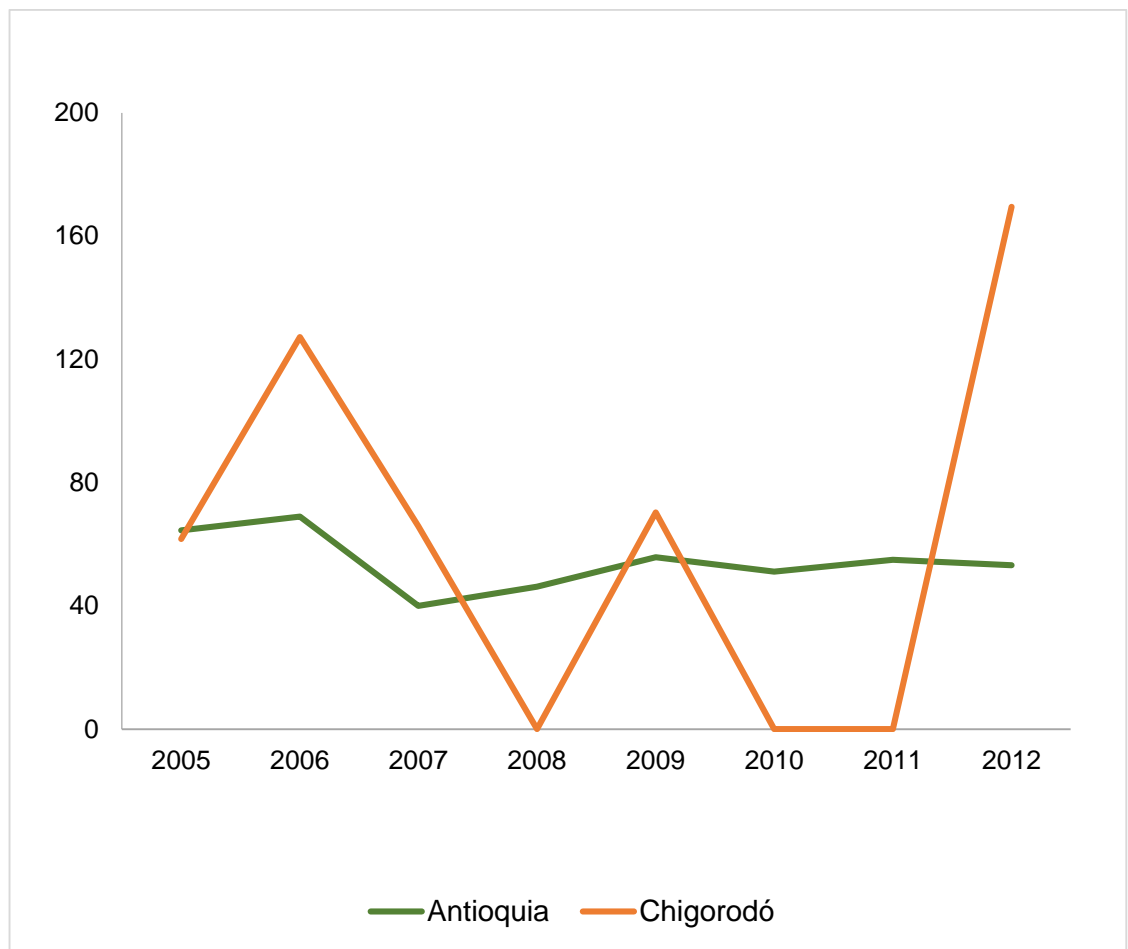
Fue bajo esta lógica que la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) reunida en el año 2000, planteó entre los objetivos de desarrollo del milenio “*mejorar la salud materna con una meta universal de reducir al 2015 la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes y de lograr el acceso universal a la salud sexual y reproductiva*” (6)

Las causas asociadas a la morbimortalidad materna y perinatal son amplias y variadas, dependiendo como ya se mencionó del nivel de desarrollo de los pueblos.

De acuerdo a los datos del Instituto Nacional de Salud (INS), por ejemplo, para el 2010 en Colombia el embarazo no planeado y el retraso en búsqueda de atención medica por parte de las gestantes y sus familias fueron relacionados en un 57,6% y un 32%, respectivamente, con la morbilidad materna extrema o grave; el grupo étnico y retrasos por deficiencias en la calidad y oportunidad de la atención prestada, fueron variables también asociadas con la MM durante la última década. Debilidades en el acceso a servicios de salud de calidad también son mencionadas. (5)

Por supuesto estos hallazgos no reducen la responsabilidad de las instituciones y profesionales prestadores de servicios de salud. Durante el año 2011 por ejemplo, las 5 primeras causas de morbilidad en maternas que asistieron al CPN en Antioquia fueron: amenaza de aborto, amenaza de parto pre-término, infecciones de tracto urinario, síndrome anémico y enfermedades de transmisión sexual (5)

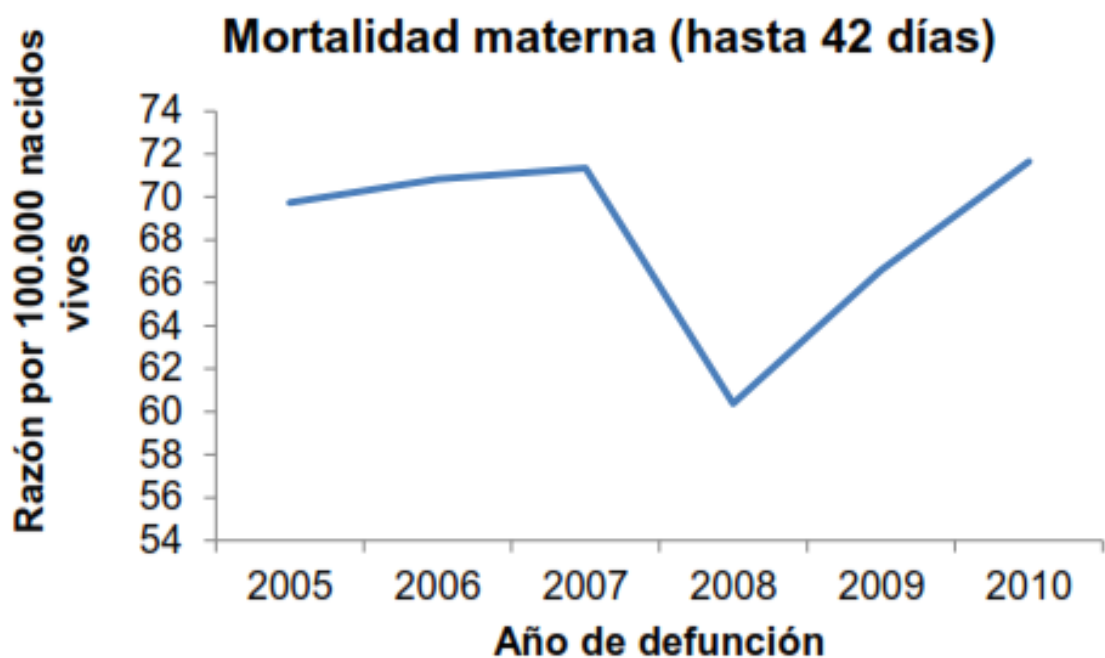
Como ya fue mencionado, de acuerdo a las estadísticas vitales del DANE la razón de mortalidad materna (MM) para el año 2010 en el país fue de 71,64 por cada cien mil nacidos vivos (NV), mientras que en Antioquia fue de 41,7. De acuerdo a los datos del OMAT, en 2010 y 2011 se presentaron 7 y 8 muertes maternas, respectivamente, en la región de Urabá, alcanzando una tasa de 68,5 y 74,9 por cien mil nacidos vivos, respectivamente. En el 2012 estos valores aumentaron considerablemente a 12 y 125,8, respectivamente, siendo esta la tasa más alta en todo el departamento y representando más del doble de la tasa departamental.



Fuente: elaboración propia con datos DSSA 2012.

Figura 1. Mortalidad materna en Antioquia y Chigorodó, período 2005-2012.

En ese mismo año dos muertes maternas llevaron al municipio de Chigorodó a alcanzar una tasa de MM de 169,5 (Figura 1), cifra muy superior a las medias departamental (53,2) y nacional, la cual osciló alrededor de 70 durante el período 2005 – 2010 (Figura 2). La meta del país para reducir las muertes maternas fue de 48,8 por cada 100.000 nacidos vivos durante el cuatrienio 2010-2014; aunque se ha presentado una reducción significativa lograr dicha meta aún está lejos.



Fuente: Análisis Situación en salud por Regiones - MSPS 2013.

Figura 2. Mortalidad materna en Colombia, período 2005-2010.

2.2 Guías de control prenatal

En el año 2000 en Colombia el Ministerio de Salud, hoy Ministerio Salud y Protección Social (MSPS), expidió la Resolución 412 *“por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública”* (7)

Las normas técnicas para la detección de las alteraciones del embarazo son el documento mediante el cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones costo – efectivas, de obligatorio cumplimiento, a desarrollar en forma secuencial y sistemática, para el cumplimiento de las acciones de protección específica y detección temprana, establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo

Nacional de Seguridad Social en Salud. Igualmente se determinan aquí las frecuencias mínimas de atención y el perfil de los profesionales en salud responsables del desarrollo de las mismas.

Así, el desarrollo e implementación de las guías técnicas específicas para el control prenatal responden a la necesidad de estandarizar las actividades, procedimientos y seguimiento derivados de las atenciones en salud a las mujeres gestantes, con el fin de reducir el riesgo de enfermedad y muerte durante el embarazo y el nacimiento (morbimortalidad materna y perinatal evitable), brindando a profesionales e instituciones de salud, herramientas administrativas y técnicas para que brinden atención de calidad de manera sistemática e integral (8)

Estas normas técnicas hacen parte de una política nacional y van en consonancia con los propósitos mundiales de reducir la morbimortalidad materna y perinatal; la OMS y la ONU consideran que el cuidado materno y la prevención de la mortalidad materna y perinatal son prioridades que deben formar parte de las políticas públicas de cada país.

Las guías buscan también que en la interacción entre los profesionales de la salud y las usuarias CPN se establezcan una serie de normas de carácter administrativo, legal, técnico – científico y éticos, que optimicen los resultados del proceso para una atención oportuna y resolutive que contenga los altos costos sociales y económicos de la morbimortalidad materna.

De este modo con programas de CPN que se alineen con los criterios técnicos y administrativos de las normas técnicas contenidas en la Resolución, se espera detectar y tratar oportunamente la morbilidad obstétrica y perinatal. De ahí que las estrategias del control prenatal estén orientadas a la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las patologías que condicionan los problemas en la gestación. La reducción de los factores de riesgo, entendidos como la característica

o atributo biológico, ambiental o social asociada con un aumento de la probabilidad enfermar o morir.

2.3 El control prenatal

Desde 1948, luego de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los gobiernos iniciaron convenciones y conferencias con el fin de plantear estrategias para mejorar la salud materna a nivel mundial y reducir la mortalidad materna y perinatal (9)

Ello derivó en el desarrollo e implementación por parte de los estados de las primeras guías oficiales para la atención de sus maternas, las cuales son constantemente actualizadas con el fin de incorporar los distintos avances científicos y establecer parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante el CPN.

En Colombia por ejemplo, la Resolución 412 del 2000 define el CPN como el conjunto de acciones y procedimientos, sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar la morbimortalidad materna y perinatal.

La guía vigente para la detección de las alteraciones del embarazo fue actualizada en el 2007 por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y los Institutos de Investigaciones y Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, como respuesta lógica a las actualizaciones en materia de salud y materna perinatal vigentes en la comunidad científica y con base en la *Appraisal of Guideline Research & Evaluation* del 2001 y los criterios metodológicos del *Internacional Clinical Epidemiology Network* INCLEN.

Con la actualización de las Guías se pretende “identificar e intervenir tempranamente por el equipo de salud, la mujer y su familia, los riesgos relacionados con el embarazo, y planificar el control de los mismos con el fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas para la madre y su hijo” (10)

La evaluación de los factores de riesgo indicarían la necesidad de que una gestación se controle en el nivel primario (policlínico general), secundario (policlínico de especialidad) o terciario (intrahospitalario).

La nueva norma trae consigo una ampliación de conceptos al incluir los riesgos derivados del contexto biopsicosocial. De otro lado, la gestante es entendida en la actualidad como el binomio de la mujer embarazada y su fruto de la concepción⁵. El CPN es primordial para preservar la salud de la gestante.

Además de la identificación, tratamiento y seguimiento oportunos de los factores de riesgo, durante el CPN se brinda orientación a la gestante y su familia para propiciar una relación óptima entre padres e hijos desde la gestación, cuidar su salud, fomentar hábitos y conductas saludables, detectar oportunamente los riesgos y reconocer la necesidad de buscar la atención necesaria.

El programa de CPN también se encuentra inmerso en las dimensiones prioritarias de la salud del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 – 2021, en el ámbito de la *sexualidad, derechos sexuales y reproductivos*, el cual busca garantizar los derechos que tienen que ver con la sexualidad y la reproducción, así como el acceso a la atención preconcepcional, prenatal, del parto y del puerperio, y la prevención del aborto inseguro.

2.3.1. Características del CPN

Los servicios prenatales de salud buenos y eficientes comparten ciertas características: inicio precoz, cronograma de atenciones definido, calidad y mejoramiento continuo, accesibilidad con cobertura y gratuidad. La OMS define un CPN de buena calidad como aquel que inicia en el primer trimestre de gestación, en el cual se educa, protege, detecta y se hace tratamiento de las enfermedades que podrían aparecer en la gestación, con no menos de 8 controles durante el embarazo, donde el médico participa en la totalidad de las citas (11).

2.3.2. Objetivos del CPN

Los objetivos principales del CPN establecidos en las Guías del MSPS son:

- ✓ Promover el inicio del CPN ante la sospecha de embarazo
- ✓ Facilitar el acceso de la gestante a los servicios de salud de manera precoz y oportuna
- ✓ Vigilar la evolución del proceso de gestación de tal forma que sea posible identificar precozmente a la gestante con factores de riesgo biopsicosociales, y enfermedades asociadas y propias del embarazo, con el fin de brindarles un manejo adecuado y oportuno
- ✓ Establecer un plan integral de CPN y atención del parto conforme con la condición de salud de la gestante, que garantice su manejo de acuerdo a su complejidad en los diferentes niveles de atención del sistema de salud
- ✓ Ofrecer educación a la pareja para facilitar una interrelación adecuada entre los padres, la familia y su hijo desde la gestación

En 2003 la OMS adoptó un modelo básico de CPN más corto, para embarazos considerados de bajo riesgo (12) Si bien este esquema no demostró mejores resultados, se evidenció que programar cada consulta con objetivos específicos en lugar de la práctica habitual puede ser más costo efectivo para los sistemas de salud.

2.4 Contexto general del municipio de Chigorodó

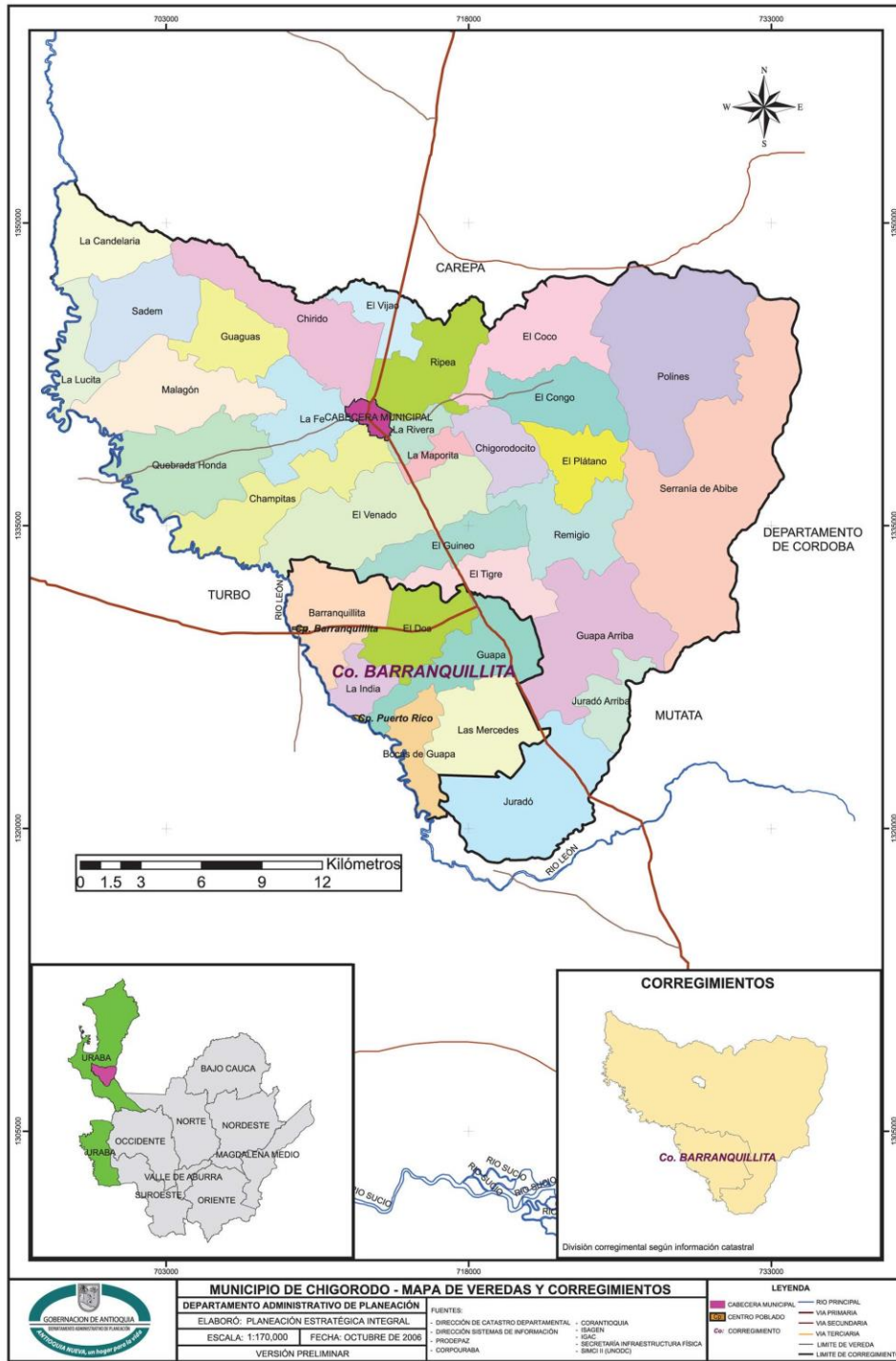
El municipio de Chigorodó (Antioquia) se encuentra en la región conocida como Urabá Antioqueño, limitando al norte con el municipio de Carepa, al este con el departamento de Córdoba, al oeste con el municipio de Turbo y al sur con Mutatá (Figura 3). Ubicado a 306 kilómetros de Medellín, tiene una extensión de 685 km² y cuenta con un corregimiento y 32 veredas. Su población urbana es de 62.823 habitantes y su población rural de 10.107, de acuerdo a la información del DANE.

Según cifras referencia del censo del 2005, la población por etnias está distribuida de la siguiente forma: Mestizos y blancos 58,5%, Afrocolombianos 38,1%, Indígenas 3,4%. El 49% de la población es de sexo masculino y el 51% femenino (la distribución poblacional por sexo para el año 2012 se presenta en la Figura 4). Las mujeres en edad fértil (15-45 años) viven en unión libre, 20% están casadas, 32% son solteras y 15% son separadas, divorciadas o viudas.

Las particularidades demográficas y geográficas están condicionadas por los cambios de estilo de vida, las problemáticas socioculturales y económicas, los desplazamientos forzosos, y, en parte, por el desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

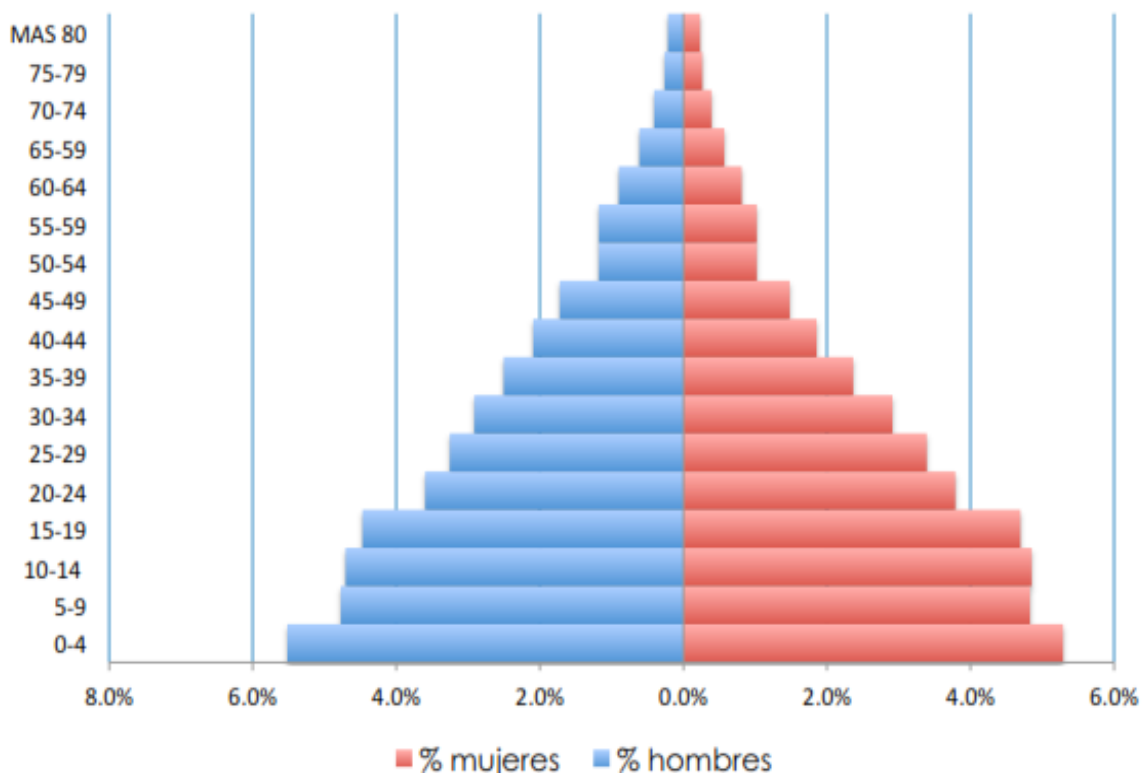
El municipio posee 29 barrios y su población urbana está distribuida por estrato de la siguiente forma: Estrato 1 el 61%, Estrato 2 el 26%, Estrato 3 el 11,5%, Estrato 4 el 1%. La economía es eminentemente agrícola, con grandes grupos de trabajadores en los cultivos de banano y una creciente economía de servicios en la zona urbana compuesta de locales comerciales. Como otros municipios de Urabá, Chigorodó ha sido escenario directo del conflicto armado y muchos de sus habitantes son víctimas directas e indirectas del mismo.

En cuanto a otras variables demográficas la tasa bruta de natalidad fue 18,1%; la tasa bruta de mortalidad de 1,4%; la tasa de crecimiento estimada fue de 1,70 % estimado, y la esperanza de vida al nacer fue de 65 años para los hombres y 67 años para las mujeres.



Fuente: http://www.chigorodo-antioquia.gov.co/mapas_municipio.shtml?apc=bcxx-1-&x=3033792

Figura 3. Ubicación del municipio de Chigorodó



Fuente: Estadísticas vitales del DANE

Figura 4. Distribución poblacional por sexo Chigorodó, 2012

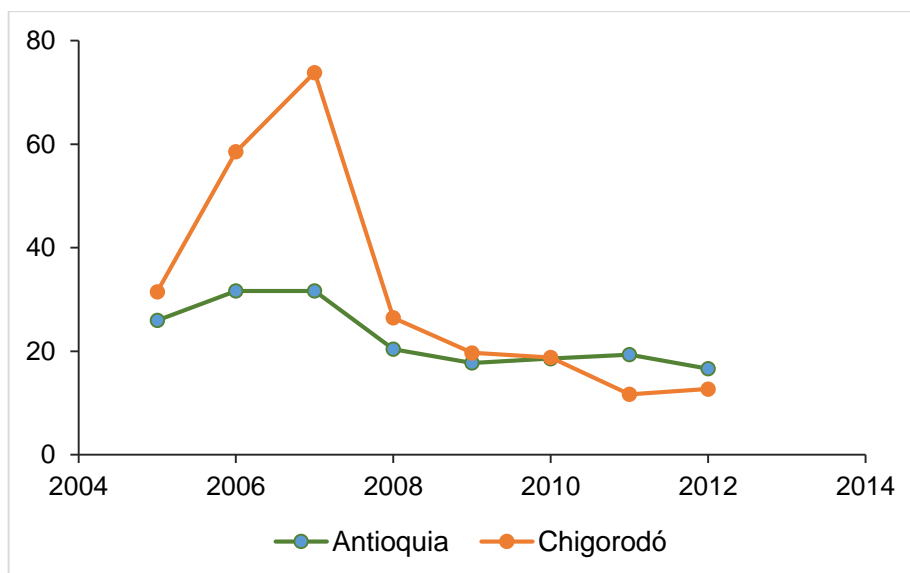
2.4.1. Mortalidad perinatal

En los años 2010 y 2011 no se presentaron muertes maternas en el municipio (Figura 1), pero la mortalidad perinatal presentó tasas superiores a las departamentales durante el período 2005-2009 (Figura 5). Aunque fue hasta 2011 y 2012 que la tasa se ubicó por debajo de la departamental (al presentarse 14 y 15 muertes perinatales, respectivamente), la tendencia a la disminución y mejoría de este indicador se observa desde el 2008.

2.5 Adherencia

La adherencia es entendida aquí como la concordancia y nivel de utilización de los conceptos y procedimientos establecidos en las Guías de CPN. Así, la adherencia efectiva a cualquier programa de detección, tratamiento y control de riesgos y enfermedades involucra la adherencia de los actores directamente implicados en la responsabilidad de mantener el bienestar y la salud de un determinado paciente.

En el proceso de llevar a feliz término un embarazo los actores directamente involucrados serían: la materna, su grupo familiar, el personal profesional de salud a cargo del programa de CPN, y las instituciones y empresas prestadoras de servicios de salud. Así, en este tópico podemos identificar tres tipos de adherencia a las Guías de CPN: la de la materna, la de las instituciones de salud y la de los profesionales que prestan la atención prenatal.



Fuente: Elaboración propia con datos DSSA 2012

Figura 5. Mortalidad perinatal por mil nacidos vivos. Antioquia vs Chigorodó, 2005 - 2012

Existe escasa evidencia sobre factores asociados y determinantes sociales de la adherencia, calidad del CPN, conocimientos, percepciones y prácticas de las

gestantes y los profesionales de salud con respecto a la atención prenatal. Por ello, las recomendaciones de estudios previos se centran en enfocar la investigación sobre adherencia al CPN tanto en gestantes como en el personal de salud; así como en la calidad, en los resultados del cuidado materno y en comprender los factores socioculturales que influyen en la salud materna, incluyendo asuntos de género, equidad y trabajo, sin olvidar evaluar también el contexto específico y la relación entre la violencia doméstica y la ausencia de CPN o la demora en buscarlo.

El CPN genera una serie de visitas de la embarazada a las instituciones de salud para las respectivas consultas, pruebas de laboratorio, vacunación y ayudas diagnósticas; sin embargo, no todas las mujeres acceden al CPN y algunas no logran la adherencia al programa; barreras económicas, geográficas, culturales, administrativas, propias y ajenas a las gestantes.

La adherencia de la embarazada al CPN comprende tanto la asistencia al control, como el cumplimiento de las recomendaciones dadas. La OMS considera que sólo 63% de las embarazadas en África, 65% en Asia y 73% en Latinoamérica asisten al menos a una consulta de CPN. Otros estudios han reportado prevalencias de 69% y 38,8%, y una mediana de 4 consultas por gestante.

Entre los factores asociados a la baja adherencia al CPN se encuentran: la edad, los bajos ingresos, la multiparidad, el bajo nivel educativo, la baja condición socioeconómica, la falta de pareja estable, las barreras financieras, no tener seguro de salud y el maltrato físico. La asistencia al CPN, por ejemplo, varía y tiene distribución desigual por estrato socioeconómico.

Un estudio encontró que las gestantes de clase alta realizan un mejor CPN, algunas incluso con excesiva medicalización. En una posterior evaluación, se evidenció que mujeres de clase baja asisten a menos de 6 CPN, con inicio tardío, y tienen menor probabilidad de realizarse exámenes, tomar ácido fólico y planificar el embarazo

mientras que las de clase alta acuden a más de 12 controles y se realizan más de tres ecografías, en promedio (13)

La vigilancia en salud pública se encarga de registrar, notificar y analizar los casos de muerte materna y perinatal con el fin de orientar medidas de prevención y control. El análisis de los casos involucra la evaluación de la atención prenatal, lo cual permite identificar aspectos relacionados con la calidad del CPN y la disposición de servicios oportunos y adecuados para la atención de la gestante.

También es necesario conocer si las embarazadas adquieren la competencia para identificar tempranamente los signos de alarma, si saben a dónde acudir en caso de complicaciones, si tienen redes de apoyo, si cuentan con servicios de salud adecuados y si conocen los requisitos para ser atendidas para evitar demoras.

En cuanto al personal de salud, su adherencia a los protocolos puede verse afectada por el número de pacientes, la falta de medicamentos, insumos y equipos, el poco tiempo para atender a cada paciente, la actitud institucional, la falta de estímulo, la escasa satisfacción profesional, la insuficiente capacitación técnico-científica, la situación económica de las pacientes y la accesibilidad a los servicios de salud. Igualmente, algunas gestantes se quejan de la falta de trato considerado por parte del personal. Éste es, por consiguiente, un tema de investigación necesario si se quiere intervenir el CPN.

Es perentorio también realizar estudios poblacionales, colaborativos que permitan, además de comparar, diseñar intervenciones, trabajar conjuntamente haciendo énfasis en la prevención, involucrar la participación de la comunidad y realizar ensayos comunitarios con el fin de probar estrategias exitosas de cumplimiento de los atributos del CPN.

3. HIPÓTESIS

La adherencia del personal de salud a cargo del programa de Control Prenatal en la Empresa Social del Estado Hospital María Auxiliadora de Chigorodó, Antioquia, se encuentra en concordancia con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, el cual establece un valor mínimo de 95% para la guía de detección temprana de alteraciones durante el embarazo.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

Estimar el porcentaje de adherencia a los lineamientos de la guía del programa de control prenatal en la E.S.E. Hospital María Auxiliadora, municipio de Chigorodó, en el primer semestre del 2012.

4.2 Objetivos específicos

- ✓ Desarrollar el instrumento que permita verificar en las historias clínicas el cumplimiento de la Resolución 0412 del 2000 por parte de los profesionales encargados del programa de control prenatal, y evaluar por medio de éste la adherencia a la guía.
- ✓ Describir el cumplimiento de los lineamientos de la guía de atención prenatal
- ✓ Identificar el trimestre de menor adherencia a la guía de manejo en el programa de control prenatal.

5. METODOLOGÍA

5.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo para observar, describir y comprobar aspectos claves del control prenatal en la ESE Hospital María Auxiliadora durante el primer semestre del año 2012 en el municipio de Chigorodó.

Lo anterior se llevó a cabo a través de la revisión y análisis de 100 historias clínicas de mujeres que cumplieron durante el período de estudio con los criterios de selección definidos para éste.

La determinación del nivel de adherencia global del personal de salud a cargo del programa de CPN a las guías del MSPS, se llevó a cabo de manera indirecta a partir de la evaluación del desempeño de una serie de variables definidas para este estudio en particular.

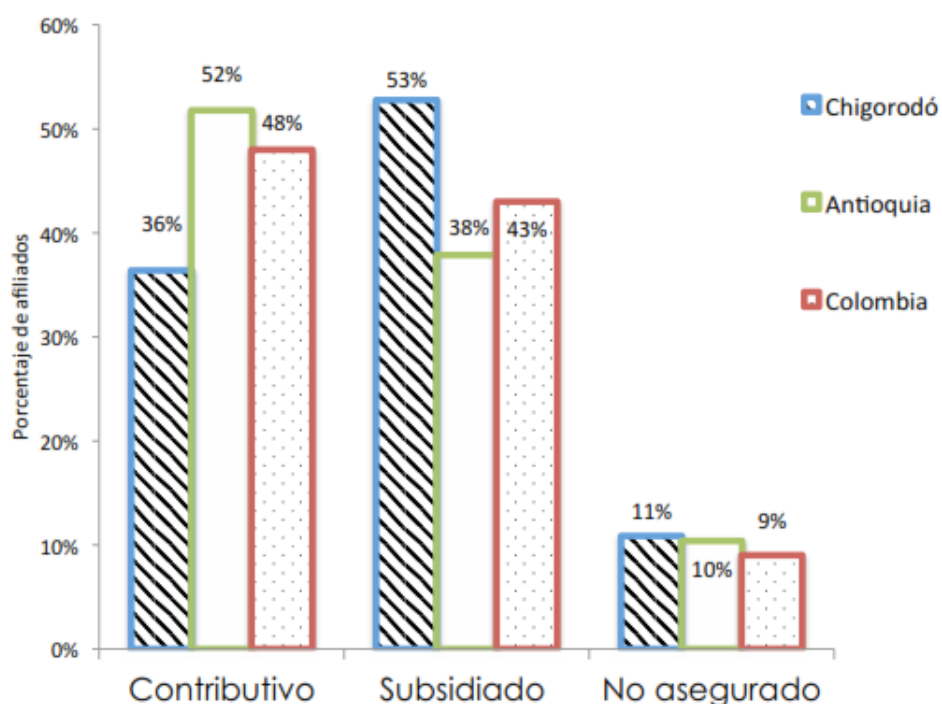
5.2 Área de estudio

El estudio se llevó a cabo en el municipio de Chigorodó, en la Empresa Social del Estado (E.S.E) Hospital María Auxiliadora, institución de primer nivel creada en 1964 y constituida como ESE desde 1995. La ESE cuenta con los servicios de consulta externa, urgencias, laboratorio clínico, consulta odontológica y hospitalización.

Específicamente, el programa de CPN para la fecha de realización de este trabajo estaba a cargo de dos médicos generales y una enfermera. Un comité de historias clínicas realiza evaluaciones de desempeño a este programa de mensualmente. Esta evaluación no fue tomada en cuenta para este trabajo.

Al ser la institución de referencia el Hospital María Auxiliadora atiende a casi todo el personal del régimen subsidiado de Chigorodó, el cual para el 2012 representaba el 53% de la cobertura en salud del municipio (Figura 6).

Cobertura Salud 2012



Fuente: DANE 2012.

Figura 6. Cobertura en salud a nivel nacional, del departamento de Antioquia y el Municipio de Chigorodó en el 2010

5.3 Universo y muestra

El universo muestral está constituido por las historias clínicas de las maternas inscritas al programa de CPN de la E.S.E Hospital María Auxiliadora de Chigorodó, Antioquia durante el primer semestre del 2012 (unas 380 mujeres en el período de análisis). La información se obtuvo a partir de la revisión de historias clínicas de 100 mujeres que sí asistieron a su cita de revisión programada.

5.4 Instrumento para toma de datos

Para la revisión de las historias clínicas del programa de CPN se desarrolló un instrumento tipo lista de chequeo, basado en los aspectos más relevantes de la norma (Anexo 1).

5.5 Estimación de la adherencia

La definición de una política pública y el desarrollo de guías para la ejecución de procesos cruciales para la salud serán insuficientes si no se acompañan del compromiso individual de todos los actores involucrados en el proceso de llevar a feliz término un embarazo.

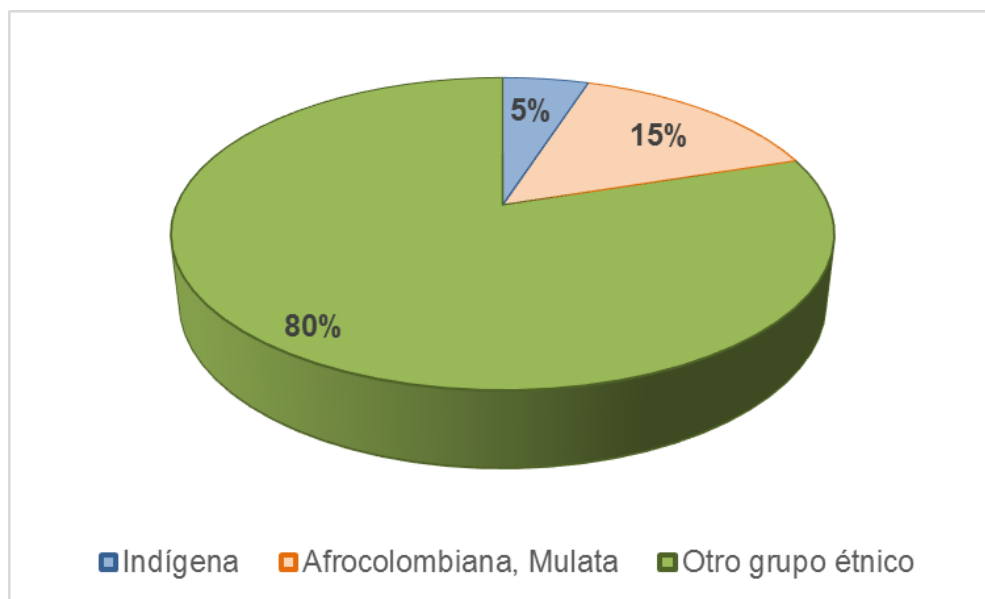
En otras palabras las políticas y manuales deben ser legítimos en todo el territorio y para todos los actores (padres, personal de salud, instituciones y empresas prestadoras de servicios en salud, secretarías de salud, Ministerio de Protección Social y comunidad en general, entre otros).

En la presente investigación se analizó únicamente, como ya fue mencionado, la adherencia del personal de salud de la E.S.E. a las guías de CPN. Para calcularla se evaluó en porcentaje a partir de los resultados de la lista de chequeo. Asumiendo que datos faltantes (SD = Sin Datos) u omisiones en toma de información, tratamiento y control de signos de riesgo son no-adherencia, la adherencia (%) es calculada como $100 - \text{no-adherencia}$.

6. RESULTADOS

6.1 Contexto general de las maternas

Para la realización de este trabajo se tomaron como base y fuente de información historias clínicas de las mujeres inscritas en el programa de control prenatal. Se evaluaron 100 registros del control prenatal realizado en el Hospital María Auxiliadora. Estas maternas pertenecían en su mayoría al régimen subsidiado del sistema de seguridad social en salud. Las historias clínicas fueron suministradas previa autorización de las directivas de la institución y se consultaron en el interior de la misma institución con la presencia de personal de la misma. La distribución de las maternas por grupo étnico se presenta en la Figura 7



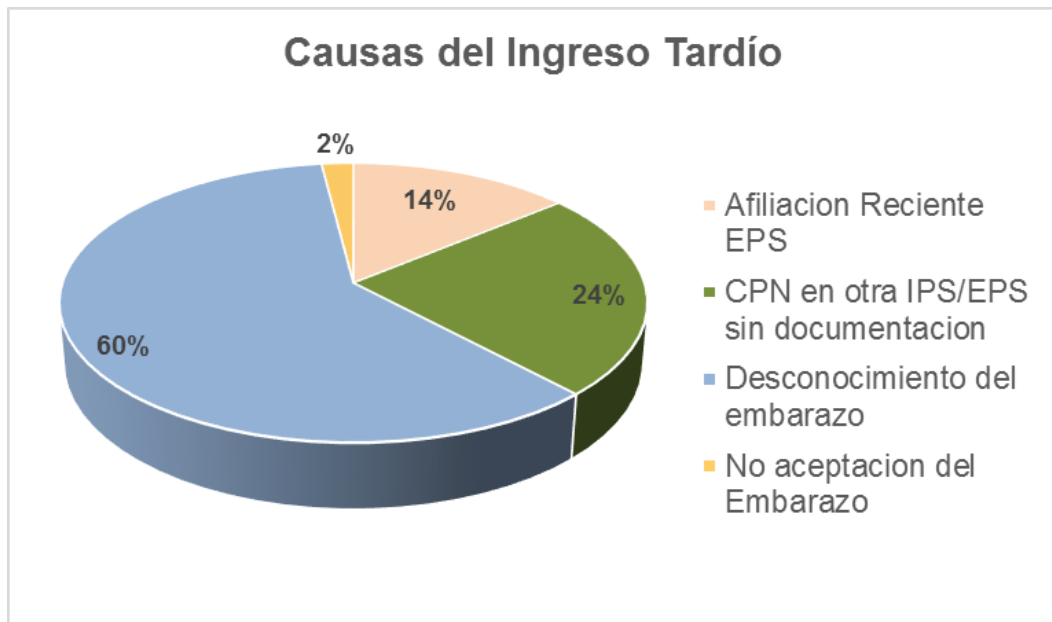
Fuente: elaboración propia

Figura 7. Distribución de las maternas por grupo étnico

Al momento del ingreso al programa de CPN la edad promedio de las gestantes fue de 23,7 años mientras que su edad gestacional promedio fue de 20,4 semanas.

Las mujeres ingresaron tardíamente al programa de CPN en la E.S.E. por las causas descritas en la Figura 8. Como puede verse, más de la mitad de las mujeres que ingresaron tardíamente al CPN, manifestaron haberlo hecho por desconocimiento del embarazo.

Al momento de la revisión de las historias clínicas para este trabajo el número promedio de CPN a los que asistieron estas mujeres fue 3,75 lo que permite pensar que a la semana 38 – 40 estas habrán asistido de 7 a 8 veces al terminar su embarazo, número que resulta suficiente si se compara con las sugerencias de la OMS y las guías del MSPS en esta materia. Por supuesto esto se debe a los criterios mismos de selección de las historias clínicas.



Fuente: elaboración propia

Figura 8. Causas del ingreso tardío manifestadas por las gestantes



Fuente: elaboración propia

Figura 9. Método de planificación familiar empleado por las gestantes

Solo el 21% de las mujeres dijo durante la anamnesis haber planeado el embarazo pese a que el 53% de ellas dijo no usar ningún método anticonceptivo. Casi el 100% de las mujeres que planificaban antes del embarazo refirieron fallas en su método de planificación como causa del embarazo. Los métodos de planificación empleados se presentan en la Figura 9.

De otro lado, en algunas mujeres se presentaron condiciones de riesgo biofísico tales como ser menor de edad (14%), tener bajo nivel de hemoglobina (44%), una presión arterial $\geq 140/90$ después de 20 semanas de gestación en pacientes que no eran hipertensas crónicas (2%), presiones arteriales $\geq 160/100$ u otros síntomas premonitorios relacionados (2%), citoquímicos anormales (22%), urocultivos anormales (19%), esquemas de vacunación incompletos (94%) y estado nutricional alterado (70%).

6.2 Adherencia a las guías de CPN

La adherencia global promedio a las Guías de CPN del MPS, calculada a partir de la adherencia estimada para cada variable de la lista de chequeo, fue de 95% (Tabla 1).

Tabla 1. Calificación de la adherencia a la guía de CPN

PREGUNTA DE EVALUACIÓN	NO	SI	N/A	SD	NO ADHERENCIA (%)	ADHERENCIA (%)
Causas del ingreso tardío				27	27	73
¿Embarazo planeado?	75	21		4	4	96
Método de planificación familiar				6	6	94
¿Falla método anticonceptivo?	2	43	53	2	2	98
En caso de baja adherencia al consumo regular del suplemento con hierro, calcio y ácido fólico, ¿se realizó alguna intervención para mejorar la situación?		100			0	100
¿Tiene resultados de hemograma o hemoglobina y hematocrito en la primera mitad de la gestación?	7	93			7	93
¿Tiene resultados de hemoglobina en el tercer trimestre?		24	76		0	100
¿Se encontró hemoglobina menor de 11 g/dL?	56	44			0	100
Si la respuesta anterior es afirmativa, ¿Se buscaron causas de esta anemia?		41	56	3	10	90
¿Se ordenó tratamiento con hierro a dosis adecuada? (Mínimo 120 mg de hierro elemental por día)		100			0	100
¿Se ordenó control postratamiento (Hb 4-8 semanas después de iniciado el tratamiento)?	21	70		9	30	70

PREGUNTA DE EVALUACIÓN	NO	SI	N/A	SD	NO ADHERENCIA (%)	ADHERENCIA (%)
¿Se registró alguna cifra de presión arterial mayor o igual a 140/90, después de las 20 semanas de gestación en paciente que no era hipertensa crónica?	98	2			0	100
Si la respuesta anterior es SI, ¿se tomó la conducta tendiente a confirmar o descartar THAE?	1	2	97		0	100
¿Presentó síntomas premonitorios y/o cifras \geq 160/100?	98	2			0	100
Si la respuesta anterior es SI, ¿se remitió inmediatamente al tercer nivel de atención?		2	98		0	100
¿Se solicitó urocultivo al ingreso al programa de control prenatal?	18	82			18	82
¿Tiene un citoquímico de orina por trimestre? (De acuerdo a la EG del ingreso al CPN)		100			0	100
¿Algún citoquímico de orina fue evaluado como anormal?	78	22			0	100
Si la respuesta anterior es SI, ¿se ordenó urocultivo para confirmar la bacteriuria o la infección?	32	18	49	1	19	81
¿Algún urocultivo fue evaluado como anormal?	31	19	47	3	3	97
¿Se ordenó tratamiento?		18	82		5	95
¿Se ordenó urocultivo postratamiento?	1	14	82	3	4	96
¿Se realizó serología para detección de sífilis al ingreso al control prenatal? (Si el ingreso es antes de la semana 28)	8	90		2	10	90

PREGUNTA DE EVALUACIÓN	NO	SI	N/A	SD	NO ADHERENCIA (%)	ADHERENCIA (%)
¿Se realizó serología para detección de sífilis entre las semanas 28 a 34?	1	16	83		1	99
¿Se evidencia el resultado de la prueba de VIH?		100			0	100
¿Se evidencia el resultado de la prueba AgsHB?		100			0	100
Si el resultado de alguna de las ayudas diagnósticas para ITS es positivo, ¿se evidencia la atención específica según la ITS?			100		0	100
En caso de esquema de vacunación incompleto, ¿se evidencia la aplicación de la vacuna antitetánica?	4	94		2	6	94
¿Se evidencia valoración por odontólogo durante la gestación?	3	93		4	7	93
¿Se evidencia valoración del estado nutricional de la gestante en cada control prenatal realizado?		100			0	100
En caso de haberse detectado estado nutricional alterado, ¿la gestante fue remitida a nutricionista?	4	70	26		4	96
¿Se evidencia valoración psicosocial por parte del equipo de salud en gestantes menores de 20 años?	8	35	57		8	92
¿Está registrada la educación en cada control, específica según riesgo y edad gestacional?		100			0	100
¿Se diligenció correctamente la historia clínica perinatal del CLAP/SMR - OPS/OMS o una similar?		100			0	100
PROMEDIO					5,04	94,96

Fuente: elaboración propia

El trimestre de menor adherencia a las Guías de CPN es sin duda el primero, ya que el 50% de las mujeres cuyas historias clínicas se analizaron ingresaron tardíamente al CPN.

7. DISCUSIÓN

7.1 Contexto general de las maternas

La edad gestacional promedio al momento del ingreso al programa de CPN (20,4 semanas), supera ampliamente las recomendaciones internacionales de la OMS y las orientaciones dadas por el MSPS en las respectivas guías de atención.

De acuerdo a la normatividad nacional la recomendación es iniciar el CPN antes de la semana doce de embarazo. Al respecto, desarrollar e implementar servicios de atención preconcepcional y actividades de capacitación temprana y demanda inducida, puede ayudar a reducir la edad gestacional al momento del ingreso al programa de CPN (13).

La captación temprana puede aumentarse, por ejemplo, creando mecanismos de articulación entre los laboratorios clínicos donde se realizan las pruebas y la E.S.E. Hospital María Auxiliadora, de tal manera que las mujeres del régimen subsidiado que han confirmado su embarazo sean identificadas a la mayor brevedad posible e integradas al programa de CPN.

Sin embargo, ya que la mayor dificultad radica en el hecho de que las mujeres parecen no darse cuenta de su embarazo, se considera que las actividades de educación sexual con la población son a todas luces imprescindibles; la elevada proporción de mujeres que no se encontraban planificando (53%), en contraste con el escaso porcentaje de mujeres que manifestaron haber planeado el embarazo (21%), sugieren un acceso escaso o deficiente a los servicios de planificación familiar y/o deficiencias en los componentes educativos de éstos.

El desconocimiento del uso adecuado y seguro de métodos de planificación familiar y posibles dificultades económicas y/o administrativas para el acceder a éstos, aumenta el riesgo de embarazos no deseados, lo que a su vez podría tener relación con el ingreso tardío al programa de CPN por parte de las gestantes.

Es importante entonces promover y facilitar el acceso al uso de métodos seguros y eficientes de planificación familiar, desarrollando programas eficientes de salud sexual y reproductiva como la atención preconcepcional, la planificación familiar, y la identificación, captación e inscripción temprana de mujeres embarazadas al programa de control prenatal que tenga todas las condiciones de calidad y oportunidad establecidas en la norma.

Lo reseñado hasta aquí indica que la mayoría de las mujeres inscritas en el programa de CPN de la E.S.E. Hospital María Auxiliadora estarían desarrollando su gestación en medio de riesgo psicosociales, requiriéndose una mayor atención por parte del personal de salud. A esto se suma que Chigorodó es un municipio cuya situación geográfica lo convierte en zona endémica de malaria y fiebre amarilla.

Llama la atención que la mayoría de las maternas pertenece a “otro grupo étnico”, lo que en Urabá significa fundamentalmente que son mestizas, pero no se evidenciaron acciones diferenciales en la atención debido a la condición étnica.

Todas las condiciones de riesgo deben ser atendidas y tenidas en cuenta de manera permanente y sistemática si se quiere lograr una disminución real de las muertes maternas y perinatales. La evaluación periódica de la adherencia a las guías del MSPS es una de las formas de verificar que dichas situaciones efectivamente están siendo tomadas en cuenta.

7.2 Adherencia a las guías de CPN

El porcentaje de adherencia a las Guías de CPN del MSPS (95%), estimado a partir del instrumento presentado en el Anexo 1, corresponde al nivel mínimo de adherencia definido por el MSPS para esta guía. Por supuesto este excelente resultado no excluye las acciones de mejoramientos requeridas en algunos ítems.

Una revisión detallada del comportamiento de las variables permite identificar algunos puntos críticos en la adherencia a las Guías de CPN, especialmente en lo

que atañe al seguimiento de factores de riesgo tales como bajo nivel de hemoglobina e infecciones y enfermedades del tracto urinario, ítems resaltados en la Tabla 1.

Si se toma en cuenta que más del 60% de las muertes maternas durante el 2011 y el 2012 se debieron a hemorragias y/o trastornos hipertensivos, se considera no sólo pertinente sino deseable una adherencia del 100% a las guías en relación al seguimiento de síntomas relacionados con presiones arteriales alteradas. Sin embargo, se sugiere al área administrativa de la E.S.E. Hospital María Auxiliadora desarrollar e implementar medidas para aumentar la adherencia a la guía en relación con el seguimiento a los resultados de hemoglobina.

De otro lado, es deseable aumentar la adherencia en lo que atañe a la indagación de las causas del ingreso tardío, pues ello permitiría orientar acciones encaminadas a mitigarlas, reduciendo así la edad gestacional al momento del ingreso al programa de CPN, aumentando su calidad y efectividad.

El ingreso tardío y la edad gestacional al momento de la inscripción al programa de CPN estimados para la muestra probablemente subestiman los valores presentados a nivel poblacional, pues las maternas tomadas en cuenta en este estudio se seleccionaron de entre las de mayor adherencia al programa una vez habían ingresado.

Fortalecer las actividades de la gestión del riesgo en salud, facilitaría el seguimiento, evaluación y mejoramiento continuo a programas de salud sexual y reproductiva como el de planificación familiar y la detección y captación oportuna de gestantes, lo que podría contribuir a disminuir la morbilidad materna y perinatal del municipio.

7.3 Sobre el instrumento para la toma de información

Como limitación se puede describir que el instrumento diseñado no tuvo en cuenta todos los aspectos de la guía, por lo que los estimados aplican para las variables reseñadas en la Tabla 1. Algunos aspectos relevantes quedaron fuera de la revisión como el suministro de los tratamientos presuntivos intermitentes que deben ser proporcionados ya que Urabá es zona endémica de malaria, o las solicitud y elaboración de pruebas de Coombs en caso de mujeres con RH negativo.

De otro lado, pese a que Malaria y Toxoplasmosis son dos de las entidades que mayor preocupación causan en la zona de Urabá, el instrumento no incluyó una variable que evaluara el cumplimiento de este punto. En estos casos la Resolución 0412 del 2000 y las Guías de CPN del MSPS ordenan que los controles prenatales incluyan pruebas para Toxoplasma. También se ha sugerido por parte de investigadores la realización de gota gruesa a las gestantes y al cordón umbilical al nacimiento (14)

Finalmente, con respecto a las pruebas de VIH que deben realizarse cada trimestre, el instrumento no diferenciar si esto se ha hecho de este modo, o si se ha efectuado la prueba al menos una vez. Como se establece en el Plan Nacional de Salud Pública 2012 – 2021, garantizar las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que inciden en el ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas, grupos y comunidades en el marco de los enfoques de género y diferencial asegurando reducir las condiciones de vulnerabilidad y la atención integral de las personas.

8. CONCLUSIONES

Una manera de evaluar de manera indirecta la legitimidad de las políticas y guías técnicas entre los actores de interés es estimando la adherencia a dichos instrumentos.

De otro lado, monitorear el comportamiento de esta adherencia de manera sistemática y permanente, especialmente por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud y el MSPS, permite identificar si existe relación entre el cumplimiento de la norma y los indicadores de salud materna de las mujeres que asisten a una institución particular o a un conjunto de éstas, lo cual genera continuas oportunidades de mejora.

La adherencia global estimada a las guías de control prenatal en la E.S.E. Hospital María Auxiliadora de Chigorodó, Antioquia, cumple con lo establecido por el MSPS y confirma la hipótesis de trabajo planteada para este estudio.

Sin embargo, se requiere mejorar el seguimiento a las alteraciones detectadas durante el embarazo, especialmente en lo que atañe a los niveles de hemoglobina e infecciones del tracto urinario.

Al respecto, es fundamental garantizar el tratamiento y seguimiento de los riesgos biofísicos, pues la mayoría de las mujeres cuyas historias clínicas hicieron parte de este estudio se encontraron inmersas en algún tipo de riesgo psicosocial o una combinación de ellos.

En otras palabras, las condiciones para que se presenten alteraciones durante el embarazo están dadas, por lo que una óptima adherencia por parte del personal de salud a las guías del MSPS, mitiga de manera importante el efecto adverso de los riesgos que rodean a las gestantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud OPS, Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. Estrategias para el abordaje de la salud materna y perinatal en el próximo decenio: una visión desde la Salud Pública. [Internet]. [Consultado 2015 Sep 18]. Disponible en: <http://www.paho.org/clap/>
2. Colombia. Ministerio de Protección Social. Decreto 1011 de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial 46230 (Abr 03 de 2006)
3. Organización de las Naciones Unidas ONU. Objetivos de Desarrollo del Milenio. [Internet]. [Consultado 2015 Ago 23]. Disponible en: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/>
4. Organización Mundial de la Salud OMS. Mortalidad materna. [Internet]. [Consultado 2015 Oct 12]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
5. Instituto Nacional de Salud INS. Mortalidad 1998-2011 y situación de salud en los municipios de frontera terrestre en Colombia. Segundo Informe. Observatorio Nacional de Salud. 240 p. [Internet]. [Consultado 2016 Feb 02]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/Segundo Informe ONS2014-2.pdf>
6. Organización de las Naciones Unidas ONU. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2011. NY, EU. 73 p. [Internet]. [Consultado 2016 Mar 27]. Disponible en: http://www.undp.org/content/undp/es/home/librarypage/mdg/MDG_Report_2011.html
7. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 412 de 2000, Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública Bogotá: El Ministerio; 2000.
8. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud; Ministerio de Salud y Protección Social. 2007. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. Tomo I. Bogotá, Colombia. 376 p. [Internet]. [Consultado 2015 Nov 12]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20DE%20ATENCIÓN%20DE%20LEPRA.pdf>

9. Gallego L, Vélez G, Agudelo B, Jaramillo D, Lalinde M, Henao J, et al. Modelos para el análisis de la mortalidad materna y perinatal. Secretaría de salud. Alcaldía de Medellín. 142 p. [Internet]. [Consultado 2015 Oct 05]. Disponible en: <http://200.24.17.24:10039/wps/wcm/connect/udea/00aa18cc-dbfd-4749-b38f-9aea62734abd/0586-modelos-mm-mp.pdf?MOD=AJPERES&attachment=true&id=1449097185897>
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. [Internet]. [Consultado 2015 Oct 05]. Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/Embarazo/GPC_Prof_Sal_Embarazo.pdf
11. Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Embarazo y parto. . [Internet]. [Consultado 2015 Jul 15]. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/es/
12. OMS Organización Mundial de la Salud. 2002. Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal. En línea. Consultado en septiembre de 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42692/1/WHO_RHR_01.30_spa.pdf
13. Cáceres, FM. 2009. El Control Prenatal: Una Reflexión Urgente. Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia. Vol. 60 No. 2. (165-170).
14. Carmona, J., Maestre, A. 2009. Incidencia de las malarías gestacional, congénita y placentaria en Urabá (Antioquia, Colombia), 2005-2007. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 60, No.1: 19-33. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342009000100005&lng=en&nrm=iso

ANEXO

Anexo 1. Instrumento de chequeo

VARIABLE	DESCRIPCIÓN
No. historia clínica	Código de la historia clínica
Grupo étnico	Indígena Negra, Mulata, Afrocolombiana Ninguna de las Anteriores
Grupo poblacional	Desplazado Ninguna de las anteriores
Edad gestante al ingreso al CPN	Años cumplidos
Edad gestacional en la primera visita del CPN?	Semanas (Más de 5 días aproximar a semana siguiente)
Causas del ingreso tardío	Afiliación Reciente EPS CPN en otra IPS/EPS sin documentación Desconocimiento del embarazo No aceptación del Embarazo No Aplica (no hubo ingreso tardío) Sin Datos
¿El embarazo fue planeado?	SI NO
Método de Planificación Familiar	ACOS Inyectable No planifica Preservativo Sin datos
¿Falla del método de anticoncepción?	SI NO
Número de controles realizados	

VARIABLE	DESCRIPCIÓN
En caso de presentar baja adherencia al consumo regular del suplemento con hierro, calcio y ácido fólico, ¿se realizó alguna intervención para mejorar la situación?	SI NO
¿Tiene resultados de hemograma o hemoglobina y hematocrito en la primera mitad de la gestación?	SI NO
¿Tiene resultados de hemoglobina en el tercer trimestre?	SI NO NO APLICA
¿Se encontró hemoglobina menor de 11 g/dL?	SI NO
Si la respuesta anterior es afirmativa, ¿Se buscaron causas de esta anemia*? (Mínimo coprológico, extendido de sangre periférica)	SI NO NO APLICA SIN DATOS
¿Se ordenó tratamiento con hierro a dosis adecuada? (Mínimo 120 mg de hierro elemental por día)	SI NO
¿Se ordenó control pos-tratamiento (Hb 4-8 semanas después de iniciado el tratamiento)?	SINOSIN DATOS
¿Se registró alguna cifra de presión arterial mayor o igual a 140/90, después de las 20 semanas de gestación en paciente que no era hipertensa crónica?	SI NO
Si la respuesta anterior es SI, ¿se tomó la conducta tendiente a confirmar o descartar THAE?	SI NO NO APLICA
¿Presentó síntomas premonitorios y/o cifras \geq 160/100?	SI NO

VARIABLE	DESCRIPCIÓN
Si la respuesta anterior es SI, ¿se remitió inmediatamente al tercer nivel de atención?	SI NO NO APLICA
¿Se solicitó urocultivo al ingreso al programa de control prenatal?	SI NO
¿Tiene un citoquímico de orina por trimestre? (De acuerdo a la EG del ingreso al CPN)	SI NO
¿Algún citoquímico de orina fue evaluado como anormal?	SI NO
Si la respuesta anterior es SI, ¿se ordenó urocultivo para confirmar la bacteriuria o la infección?	SI NO NO APLICA
¿Algún urocultivo fue evaluado como anormal?	SI NO NO APLICA
¿Se ordenó tratamiento?	SI NO NO APLICA
¿Se ordenó urocultivo postratamiento?	SI NO NO APLICA
¿Se realizó serología para detección de sífilis al ingreso al control prenatal? (Si el ingreso es antes de la semana 28)	SI NO
¿Se realizó serología para detección de sífilis entre las semanas 28 a 34?	SI NO NO APLICA
¿Se evidencia el resultado de la prueba de VIH?	SI NO

VARIABLE	DESCRIPCIÓN
¿Se evidencia el resultado de la prueba AgsHB?	SI NO
Si el resultado de alguna de las ayudas diagnósticas para ITS es positivo, ¿se evidencia la atención específica según la ITS?	SI NO NO APLICA
En caso de esquema de vacunación incompleto, ¿se evidencia la aplicación de la vacuna antitetánica?	SINOSIN DATOS
¿Se evidencia valoración por odontólogo durante la gestación?	SI NO SIN DATOS
¿Se evidencia valoración del estado nutricional de la gestante en cada control prenatal realizado?	SI NO
En caso de haberse detectado estado nutricional alterado, ¿la gestante fue remitida a nutricionista?	SI NO NO APLICA
¿Se evidencia valoración psicosocial por parte del equipo de salud en gestantes menores de 20 años?	SI NO
¿Está registrada la educación en cada control, específica según riesgo y edad gestacional?	SI NO
¿Se diligenció correctamente la historia clínica perinatal del CLAP/SMR - OPS/OMS o una similar?	SI NO