

**CALIDAD DEL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA PRENATAL EN  
LA E.S.E HOSPITAL CLARITA SANTOS DE SANDONÁ – NARIÑO DURANTE  
EL PERÍODO DE ENERO A DICIEMBRE 2009**

**INVESTIGADORES**

**ANGELA E. BERNAL  
LUZ DARY OTAYA  
DIANA MARICELL TOBAR  
DIEGO FERNANDO HIDALGO  
CHRISTIAN CORDOBA**

**ASESOR**

**JOSÉ BAREÑO SILVA**

**POSTGRADO EN AUDITORÍA EN SALUD GRUPO XLVII  
GRUPO DE INVESTIGACIÓN: OBSERVATORIO DE SALUD PÚBLICA  
LINEA: AUDITORÍA EN SALUD**

**UNIVERSIDAD CES  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION EN POSTGRADOS DE SALUD PÚBLICA**

**SAN JUAN DE PASTO- NARIÑO**

**2010**

**CALIDAD DEL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA PRENATAL EN  
LA E.S.E HOSPITAL CLARITA SANTOS DE SANDONÁ – NARIÑO DURANTE  
EL PERÍODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2009**

**ANGELA E. BERNAL\***  
**LUZ DARY OTAYA\***  
**DIANA MARICELL TOBAR\***  
**DIEGO FERNANDO HIDALGO\***  
**CRISTIAN CORDOBA \***  
**JOSÉ BAREÑO SILVA\*\***

\* Estudiante de Auditoria en salud

\*\* MD. Auditor. MSc. en Epidemiología, asesor metodológico.

**TRABAJO PARA OPTAR EL TITULO DE:  
ESPECIALISTAS EN AUDITORIA EN SALUD**

**UNIVERSIDAD CES  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION EN POSGRADOS DE SALUD PÚBLICA  
POSTGRADO EN AUDITORIA EN SALUD GRUPO XLVII**

**SAN JUAN DE PASTO- NARIÑO**

**2010**

## CONTENIDO

RESUMEN .....	3
ABSTRACT .....	4
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	5
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	5
1.2. JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA .....	6
1.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	7
2. MARCO TEORICO.....	8
2.1. RESEÑA HISTORICA DEL CONTROL PRENATAL .....	8
2.2. NORMATIVIDAD PARA EL DESARROLLO DE ATENCION PRENATAL ..	11
2.3. CONDICION GEOGRÁFICA Y ACCESO AL SERVICIO DE SALUD .....	13
2.4. CARACTERIZACION DE LA POBLACION EMBARAZADA.....	19
2.5. RED DE SERVICIOS DE SALUD .....	22
2.6. OFERTA DE LOS SERVICIO DE SALUD .....	24
2.7. COMPLICACIONES Y ALTERACIONES DURANTE EL EMBARAZO .....	28
3. OBJETIVOS.....	35
3.1. OBJETIVO GENERAL.....	35
3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	35
4. METODOLOGÍA.....	36
4.1. ENFOQUE METODOLOGICO DE LA INVESTIGACIÓN .....	36
4.2. TIPO DE ESTUDIO .....	36
4.3. POBLACION.....	36
4.4. DISEÑO MUESTRA .....	36
4.5. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES.....	37
4.6. TECNICAS DE RECOLECCION DE INFORMACION.....	38
4.6.1. FUENTE DE INFORMACIÓN .....	38
4.6.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION.....	39
4.6.3. PROCESO DE OBTENCION DE LA INFORMACIÓN.....	39
4.7. PRUEBA PILOTO .....	39
4.8. CONTROL DE ERRORES Y SEGSOS.....	40
4.9. TECNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LOS DATOS.....	40
5. CONSIDERACIONES ETICAS .....	45
6. RESULTADOS .....	46
7. CONCLUSIONES.....	69
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	71
9. ANEXOS .....	73

## RESUMEN

**Introducción:** Se realiza revisión bibliográfica de la literatura referente a maternidad segura y su relación con las intervenciones hechas por los profesionales de la salud buscando comprender la persistencia de mortalidad materna y perinatal a pesar de los avances científicos, tecnológicos y la evolución de los sistemas de salud, se exponen comparativos a nivel mundial sobre temas asociados a salud sexual y reproductiva, de la misma manera se despliega la normatividad que justifica el modelo de atención a las gestantes en el sistema de salud colombiano incluyendo el manejo de la historia clínica.

**Metodología:** Se da a conocer la población objeto de una totalidad de 405 gestantes en donde se realiza la investigación con sus características principales y la metodología cuantitativa retrospectiva con la toma de una muestra significativa de 133 historias clínicas maternas, a través de la aplicación de los instrumentos de evaluación.

**Resultados:** Se realizó un ejercicio de auditoría a las historias clínicas prenatales del Hospital Clarita Santos durante el período enero a diciembre de 2009, con el fin de determinar la calidad del control prenatal obteniendo una falencia clara en el diligenciamiento de la misma por el inadecuado formato preexistente en la institución, para lo cual se propone un plan de mejoramiento institucional.

**Conclusión:** Tras la realización de la investigación se pudo establecer que a pesar de que en la institución existen intervenciones dirigidas a garantizar una adecuada atención a las gestantes, aun se encuentran fallas en la calidad de dicha atención que pueden repercutir en el bienestar de las gestantes y sus fetos, por lo tanto es necesario optimizar el programa de control prenatal a través de actividades y procedimientos que impacten eficazmente en el cliente interno y cliente externo de la empresa.

## ABSTRACT

**Introduction:** Literature review was performed of the literature on safe motherhood and its relationship with the interventions made by health professionals seeking to understand the persistence of maternal and perinatal mortality despite advances in science, technology and the evolution of health systems presents comparative worldwide on topics related to sexual and reproductive health, in the same way it deploys the norms that justify the model of care for pregnant women in the Colombian health system including management of medical history.

**Methodology:** It makes known the subject of a whole population of 405 pregnant women where the research is conducted with their main characteristics and quantitative methodology retrospectively to the taking of a sample of 133 maternal medical records, through the application of instruments evaluation. Results: Exercise was conducted audit of the antenatal medical records Clarita Santos Hospital during the period January to December 2009, in order to determine the quality of prenatal care by obtaining a clear flaw in the processing of the same format for the inadequate pre-existing the institution, for which we propose a plan of institutional improvement.

**Conclusion:** Following the completion of the investigation it was found that although there are interventions in the institution designed to ensure adequate care to pregnant women, still found flaws in the quality of the care that may affect the welfare of pregnant women and their fetuses, therefore it is necessary to optimize the program for prenatal care through activities and procedures that impact the client effectively in internal and external customers of the company.

## **1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Es bien sabido que una muerte materna o perinatal genera un alto impacto social como también es en muchos casos el reflejo de una o varias fallas en la atención por parte de los prestadores de salud, por esta razón es sumamente importante estudiar la calidad de la atención a las gestantes que asisten a la consulta de control prenatal, ya que muchas complicaciones del embarazo y muertes derivadas de éstas son en su mayoría evitables. Si se observa desde la óptica de los trabajadores de la salud y se analizan las situaciones desencadenantes de un evento adverso relacionado con complicaciones materno-fetales se pueden obtener datos relevantes que generen cambios positivos en los prestadores y en los servicios para mejorar esa calidad.

El departamento de Nariño ocupa el octavo lugar a nivel nacional en casos de mortalidad materna y el séptimo en casos de mortalidad perinatal. El municipio de Sandoná tiene aproximadamente 4689 mujeres en edad fértil, de las cuales en promedio se inscriben cada mes 90 al programa de control prenatal en el Hospital Clarita Santos, en el año 2008 se reportó una muerte perinatal y ninguna muerte materna, las complicaciones del embarazo reportadas en la institución en el período de julio del 2008 a julio del 2009 fueron de 300, y de éstas, 80 gestantes fueron remitidas a un nivel de mayor complejidad y en lo corrido del 2009 se refirieron 72 gestante. Además Sandoná posee unas características geográficas y socio-culturales que hacen vulnerables a las mujeres fértiles a tener dichas complicaciones. Factores a tener en cuenta son: poco acceso a la educación, baja cobertura en programas de salud sexual y reproductiva, gestantes que habitan en zonas rurales, embarazos no deseados y en edades extremas, etc. Por lo tanto, garantizar una buena atención durante el control prenatal a muchas de estas mujeres disminuye la posibilidad de complicaciones durante la gestación y brindará mayores posibilidades a los recién nacidos.

El cuestionamiento que se debe hacer es si está o no garantizada la calidad de la atención a las mujeres embarazadas inscritas en el Programa de Control Prenatal de la institución. Al diseñar y aplicar un proceso de auditoría a las historias clínicas de las gestantes que asisten a controles prenatales en la E.S.E. Hospital Clarita Santos se buscará la información necesaria para determinar dicha calidad y la correcta aplicación de los protocolos institucionales basados en las normas y los lineamientos creados por el Ministerio de la Protección Social para garantizar una atención integral a las gestantes, sin embargo, como ya se mencionó antes, se sigue observando que un gran porcentaje de complicaciones es derivado de falla en la atención, por lo tanto, generan además de las implicaciones legales, morales y sociales, altos costos en los servicios de salud.

## **1.2. JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA**

Las cambiantes condiciones de los sistemas de salud buscan ofrecer calidad en todos los niveles de atención tanto para el cliente externo como para el cliente interno, todo con el fin de un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles. La seguridad materna es uno de los aspectos más apetecidos en cuanto a estándares mínimos de calidad por todo lo que ello implica. Al enfocar nuestra investigación hacia la auditoría del proceso del programa de Control Prenatal pretendemos que el equipo multidisciplinario encargado del programa tenga la capacidad y la conciencia necesaria de brindar una atención lo suficientemente segura a las gestantes asistentes a la institución, como también la racionalización del uso de los recursos disponibles y la disminución de los costos en salud. Para el desarrollo de nuestra investigación analizaremos el diligenciamiento de las historias clínicas prenatales con el fin de obtener la información suficiente que nos permita obtener las conclusiones necesarias para diseñar un plan de mejoramiento.

### **1.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Qué tan objetivo es realizar un ejercicio de auditoría a las historias clínicas prenatales para determinar la calidad de la atención prestada a las mujeres gestantes que fueron atendidas en el Hospital Clarita Santos de Sandoná durante el período comprendido entre enero y diciembre del 2009?

## **2. MARCO TEORICO**

### **2.1. RESEÑA HISTORICA DEL CONTROL PRENATAL**

La atención prenatal ha tenido un desarrollo vertiginoso en las últimas décadas y esto es debido a la necesidad de intervenciones específicas que generen impacto en la mortalidad materna. La provisión de una atención por decirlo así “especial” a las mujeres embarazadas se remonta a los años 30 en Europa, mas precisamente en el Reino Unido e Irlanda del Norte donde las autoridades locales decidieron que toda mujer debería ser regularmente examinada durante su embarazo como una parte integral de la atención materna, treinta años mas tarde se estandarizan parámetros de atención en trabajo de parto y el parto. Con estos cambios se pretendía reducir las muertes maternas debido a sepsis puerperal, hemorragia post-parto, parto obstructivo, lo cual se logró, pero sin tener en cuenta las muertes asociadas a eclampsia. Posteriormente, en la segunda parte del siglo la vinculación de los gobiernos nacionales asesorados por entidades sin ánimo de lucro y preocupados por el creciente número de mujeres embarazadas en los países desarrollados dirigen sus miradas a los programas de atención prenatal. (1)

Con la creación de organizaciones como la OMS y la OPS, se dan a conocer la realidad de los países en cuanto a sus cifras de mortalidad materna e índices de natalidad, con el agravante de que esas cifras se vuelven mas preocupantes a medida que pasan los años, además, el crecimiento de la población mundial y las bajas coberturas en los programas de salud sexual y reproductiva ponen en evidencia los enormes gastos en salud y las repercusiones sociales que esto implica. Mas adelante, se presenta una participación global al estudiar la importancia de las intervenciones en salud sexual y reproductiva en las convocatorias internacionales como son la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo, realizada en El Cairo en 1994, y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995. Pero lastimosamente y a pesar de la intención de generar impacto en la atención, se ponen por delante

muchos obstáculos, principalmente la imposibilidad de disminuir el rango de inequidad y la posibilidad de prestar ayuda a los líderes mundiales.

En lo que compete a la salud sexual y reproductiva, la conferencia internacional de El Cairo, hace mucho énfasis en la importancia que tiene ofrecer a hombres y mujeres la posibilidad de tener bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad, por lo tanto el garantizar el acceso a todos los componentes de los programas de salud sexual y reproductiva deben ser el objetivo primordial, para lograrlo es necesario el trabajo conjunto de los sectores políticos, sociales y gerenciales de cada región. En Colombia para el año 2000 la cantidad de controles prenatales reportados fueron altos, por cada 100 mujeres gestantes, 88 recibieron 4 o más controles, 9 entre 2 y 3 controles y solamente 3 ó menos mujeres tuvieron un solo control prenatal, además en promedio el 75% de las mujeres fueron por primera vez a control prenatal dentro de los primeros tres meses de embarazo y 18% entre el cuarto y quinto mes, lo que habla de una excelente cobertura en cuanto al servicio, el cuestionamiento tiene que ver si esto corresponde con las tasas de mortalidad o complicaciones asociadas al embarazo, ya que la cifra referente a mortalidad materna para el año 2003 es de 104,9 por 100.000 nacidos vivos (2).

Para el año 2005 en Latinoamérica se reportaron 11,7 millones de niños nacidos vivos, pero a pesar del crecimiento poblacional en la región las tasas de natalidad y fecundidad han disminuido, al igual que la disminución de las tasas de mortalidad, lo que ha llevado a que diez países de la región hayan completado su transición demográfica o estén cerca de ella, además el envejecimiento de la población, el crecimiento importante de la población adolescente, la feminización de la población y el número de gente en estado de pobreza, estimado en 150 millones en Latinoamérica, aumentan ese rango de inequidad del que se habló antes, y por obvias razones esto trae como consecuencia perpetuación de la pobreza, migraciones a las zonas periféricas de las ciudades y otras regiones, por lo que impactará directamente en los sistemas de salud de cada país e inmensamente en sus situaciones de salud sexual y reproductiva.

La salud materna se puede utilizar como un indicador de la realidad de la salud sexual y reproductiva, el anuario mundial de estadísticas de salud muestra para la región de las Américas un total de 22.680 muertes maternas (2003) y 16,2 millones de nacimientos en el mismo año, con lo cual la razón de mortalidad materna es de alrededor de 140 por 100.000 nacidos vivos, se debe tener en cuenta la dispersión que genera el dato de cada país, ya que los reportes son muy diferentes, por ejemplo, entre Canadá y Haití. Al analizar las razones de mortalidad materna, coberturas de atención prenatal, atención del parto, anticoncepción, se puede observar que los porcentajes de coberturas en servicios y las causas de defunción son relativamente las mismas en toda la región, la diferencia está mas bien dada por el orden de frecuencia.

Al agrupar a los países de la región según los porcentajes de cobertura de los diferentes servicios en salud sexual y reproductiva y las principales causas de mortalidad materna, Colombia puede agruparse junto a Venezuela, Panamá, Ecuador y Nicaragua, y para estos países las estadísticas muestran lo siguiente: en cuanto a cobertura de servicios los porcentajes de anticoncepción oscilan entre un 45% y un 69%, en atención prenatal entre un 45% y un 96%, y para atención del parto 83% al 97%; las causas de mortalidad materna en orden de importancia son: pre-eclampsia y eclampsia, hemorragia y aborto (3)

El análisis de estos datos es útil para enfocar intervenciones más específicas y en los países de este grupo estarían dirigidas a aumentar las coberturas de control prenatal. Podemos asumir que estos datos no son objetivos para Colombia, ya que las coberturas de control prenatal son altas en relación a otros países, pero cuando en lugar de analizar aisladamente la cobertura le sumamos la calidad de la consulta de control prenatal dada por los números de consultas prenatales (4 ó 5 como mínimo), captación precoz y contenido definido de la misma, las cifras reales de cobertura bajan notoriamente. Para el año 2002 la OMS reportó tras un estudio clínico multicéntrico aleatorizado la disminución de costos en salud con el nuevo

modelo de atención prenatal diseñado por ellos y en el cual eran suficientes cuatro visitas antenatales durante la gestación.

## **2.2. NORMATIVIDAD PARA EL DESARROLLO DE ATENCION PRENATAL**

Según los indicadores dados por la OMS la tasa de mortalidad materna en un país no debe superar 100 por cada 100.000 nacidos vivos, lo que pondría a Colombia por encima de la tasa esperada. Por esta razón para el año 2004 el Ministerio de la Protección Social formuló como una acción prioritaria el Plan de choque para la reducción de la Mortalidad Materna con el fin de garantizar la atención de todas las mujeres embarazadas y así reducir los riesgos asociados a su condición, este plan está basado en la teoría de los tres retrasos en la atención materna que corresponde a circunstancias establecidas y que se ligan constantemente a las complicaciones durante la gestación, estas son: retraso en reconocer los síntomas y signos de complicaciones, retraso en acudir a la institución de salud cuando la gestante presente complicaciones y retraso en la prestación de los servicios de urgencias en las mismas instituciones de salud.

Los expertos han determinado cuales son las acciones necesarias para reducir estos riesgos, ellas son: proporcionar las herramientas para que las mujeres y sus familias decidan buscar atención, proporcionar las herramientas para que las mujeres obtengan la atención adecuada y asegurarse de que las mujeres reciban atención adecuada en las instituciones de salud, así que por obvias razones el papel fundamental para alcanzar estos objetivos lo tienen que desempeñar los prestadores de los servicios de salud.

En Colombia para el año de 1993 con la creación de la Ley 100 se pretende mejorar el sistema de salud de la nación, y dentro de ésta se dictan las directrices para la atención obstétrica, la red de prestadores de servicios, el monitoreo y seguimiento y la vigilancia y control de las acciones que permiten la reducción de los factores de riesgo y de la mortalidad materna. Unos años después, el antiguo Ministerio de Salud, hoy Ministerio de la Protección Social, expidió el Acuerdo 117 de 1998 y la

Resolución 412 del 2000, que corresponden a documentos de guías de atención y normas técnicas en salud sexual y reproductiva creados con el fin de brindar y garantizar la atención adecuada a toda la población colombiana.

Para el 2004 aparecen nuevos lineamientos de carácter prioritario y concreto referentes a los programas de salud sexual y reproductiva con las directrices incluidas en el Plan de Atención Básica y las circulares 52 y 18, esta última del mismo año, vinculando la seguridad materna dentro de los aspectos de interés en Salud Pública, complementariamente la vigilancia de la mortalidad materna respaldada por resoluciones de estadísticas vitales como son la 1347 de 1997 y la resolución 3148 de 1998, y el decreto 955 del 2002 por el cual se crea la Comisión Intersectorial de Gestión de Estadísticas Vitales y el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA el cual obliga a reportar las muertes maternas. También hay que mencionar a la resolución 2309 por la cual se creó el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad que a su vez estableció estándares mínimos de habilitación en los distintos niveles, condiciones para la prestación de los servicios obstétricos, la atención de las complicaciones, el proceso de referencia y contrareferencia y el traslado de pacientes, los cuales fueron reglamentados gracias a este sistema y que actualmente es el pilar fundamental para la verificación de los estándares mínimos exigidos. (4)

En lo que se refiere a la normatividad existente en cuanto al manejo de la historia clínica, hay que mencionar en primer lugar la Ley 23 de 1981, “Por la cual se dictan normas en materia de ética médica” y que en su artículo 34 define que la historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. Luego, la resolución 1995 de 1999, en la cual el Ministerio de Salud señala los parámetros correspondientes al diligenciamiento, administración, conservación, custodia y confidencialidad de las historias clínica; posteriormente con la resolución 1715 de junio de 2005, se modifica la resolución 1995 en lo que se refiere a la retención, conservación de las historias clínicas, destrucción por parte de los liquidadores de

instituciones pertenecientes al SGSSS, modificación que es importante para el manejo del archivo de las historias. Cabe mencionar una salvedad en el manejo de las historias clínicas de control prenatal y es la adición de un documento complementario creado por el Centro Latinoamericano de Perinatología, conocido como CLAP, diseñado con el fin primordial de mejorar la información, y el cual tiene como objetivos principales servir de base para la planificación, verificar la implementación de prácticas basadas en la evidencia, obtener localmente estadísticas confiables, facilitar la auditoria y evaluar la calidad de la atención. (5)

## **2.3. CONDICION GEOGRÁFICA Y ACCESO AL SERVICIO DE SALUD**

### **2.3.1 ASPECTOS GENERALES DEL MUNICIPIO DE SANDONA**

**2.3.1.1 UBICACIÓN:** Esta ubicado en la Zona Andina Central del Departamento de Nariño, teniendo como punto de referencia el Volcán Galeras, y la Cuenca del Río Guaitara. Esta localizado entre los 01° 17' 22" de latitud norte y 77° 28'53" de longitud oeste, del meridiano de Greenwich.

Los límites son:

NORTE: Municipio de la Florida y el Tambo

ORIENTE: Municipio de la Florida

SUR: Municipio de Consacá

OCCIDENTE: Municipio de Ancuya y Linares.

**2.3.1.2 EXTENSION:** El municipio de Sandoná, ocupa una superficie aproximada de 97 km<sup>2</sup>, según Censo DANE 2005. En terrenos de ladera que descienden desde 4000m en las cimas adyacentes al galeras, hasta la costa 1000 m a nivel del río Guaitara, su perímetro de 57Km aproximadamente, semeja una bota cuyo extremo meridional y oriental es el volcán galeras; el punto mas septentrional, la confluencia del río el salado en el Guaitara y el mas occidental la intersección con el río Guitara de la quebrada que por Ancuya baja desde el sitio el balcón.

### 2.3.1.3 TOPOGRAFÍA:

El área urbana del municipio descansa sobre la pequeña meseta de paltapamba enclavada en la parte central de la micro región a 1848 m.s.n.m a manera de escalón por la pendiente que sube por la margen derecha del río Guaitara al pie de la cascada de Belén, se configura la ciudad a unos 670 mts<sup>2</sup> repartidos a lo largo de un eje norte-sur de 1.8 Km. aproximadamente

**2.3.1.4 HIDROGRAFÍA:** El municipio de Sandoná cuenta con una importante red hidrográfica que circulan por su territorio, sus ríos y quebradas más sobresalientes son:

Río Guaitara, Río Chacagüaico, Quebrada Honda, adicionalmente conforman las diferentes micro cuencas las siguientes quebradas:

Quebrada Loma Redondo, Quebrada Santa Rosa, Quebrada Robles, Quebrada Pata Chorrera, El Ingenio, Quebrada el Bosque, Quebrada el Yumbo, Quebrada Corrales, Quebrada el Cajón, Quebrada el Higuerón, Quebrada Feliciano, Quebrada Saraconcho o Potrerillo, Quebrada Magdalena o Careperro, Quebrada la Taguada, Quebrada Las Juntas, Quebrada sin nombre

**2.3.1.5 DIVISIÓN POLÍTICA ADMINISTRATIVA:** El municipio de Sandoná en su zona urbana cuenta con 18 barrios denominados: Villa del Rosario, San Francisco, Urbanización Agualongo, San José, Central Cafetero, San Carlos, Naranjal, Belén, Comercio, Obrero, Meléndez, Hernando Gómez, Campo Alegre, Avenida Centenario, Urbanización Mundo Nuevo, Porvenir, Madrigal y Manantial

La zona rural está dividida en 8 corregimientos y 44 veredas como se detalla a continuación:

CORREGIMIENTO	VEREDAS
ROMA CHÁVEZ	1. Chávez 2. Roma 3. Portoviejo 4. Chupadero, 5. Dorada Guaitara 6. La Cocha
SANTA BÁRBARA	7. Santa Bárbara

EL INGENIO	8. Ingenio Centro 9. Balcón Alto 10. Bohórquez 11. San Andrés 12. Alto Ingenio 13. San Fernando 14. Paraguay 15. Mundo Loma 16. Plan Ingenio 17. 20 de Julio
BOLÍVAR	18. La Feliciano 19. El Vergel 20. Bella Vista 21. Plan Guaitara 22. Bolívar
SANTA ROSA	23. San José 24. Santa Rosa Centro 25. Alto Santa Rosa
SAN BERNARDO	26. San Bernardo 27. San Bernardo Guaitara 28. La Joya 29. Plan Joya 30. El Balsal 31. Saraconcho 32. San Gabriel
SAN MIGUEL	33. San Isidro 34. La regadera 35. San Miguel 36. San Francisco 37. San Vicente Las Delicias 38. El Maco 39. Alto Jiménez
LOMA TAMBILLO	40. San Antonio Alto 41. San Antonio Bajo 42. La Loma 43. El Tambillo 44. Altamira Cruz de Arada.

### 5.3.2 CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS E INFRAESTRUCTURA

**2.3.2.6 RENGLONES DE LA ECONOMÍA DE SANDONA:** La vocación económica del municipio de Sandoná esta orientada sobre tres ejes principales del desarrollo que son:

- El sector Agropecuario
- El sector Artesanal

- El sector Turístico

**a. El Cultivo de la Caña Panelera:** Es el primer renglón de producción agrícola seguido por la producción cafetera, y cultivos de subsistencia y autoconsumo como el maíz, plátano y frutales. En la parte pecuaria sobresale la producción lechera en zonas de clima frío perteneciente a este municipio y con niveles de producción minifundista, están las especies menores.

**b. El Sector Artesanal:** Basado en la producción, elaboración y comercialización de diversas artesanías de paja toquilla observándose una situación particular en el sentido en que se desarrollo una verdadera cadena productiva con un amplio potencial de comercialización a nivel Nacional e Internacional.

**c. En la Economía Urbana:** Se destaca la activa presencia de turistas en fines de semana, en algunas épocas del año donde se celebran fiestas tradicionales de la Virgen del Tránsito, hecho este que hay que aprovechar para vender nuestros sitios turísticos que en Sandoná son muchos y de gran interés Histórico, Cultural y Paisajístico.

**d. En la actividad Pecuaria**

La actividad productiva pecuaria tiene como finalidad la producción y comercialización de ganado, de cría y leche, siendo esta una fuente más de ingresos y trabajo para la población

**e. Sector Industrial**

Está relacionado con la producción de panela para su exportación dentro del territorio nacional.

**f. Comercio**

La base del comercio municipal esta dirigida en el sector de las artesanías, y los productos de la panela, de igual manera juega un papel muy importante el turismo en el que juegan papel fundamental los restaurantes y centros vacacionales.

### **g. Ingresos**

El sustento fundamental de la población depende económicamente de empleos que proporciona el sector agrícola y en menor grado el sector pecuario y sector público. En otros casos el empleo proviene de los negocios independientes.

En la tabla que se presenta a continuación se dan a conocer los indicadores demográficos, fuente indispensable para la comprensión real del municipio en aspectos como: total de la población, tasa de natalidad, mortalidad, crecimiento de la población entre otras, lo que nos permite la priorización de problemas y por tanto las posibles soluciones específicas por cada grupo poblacional.

El comportamiento demográfico refleja la tasa de natalidad en un 14.3 y la de mortalidad en un 40.1 lo que demuestra el índice de muertes es elevado, sobre todo con relación al sexo masculino, situación que se presenta por la migración de los hombres en busca de trabajo a lugares del alto peligro por la incursión de grupos al margen de la ley de igual manera influye notablemente el alto índice de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas que desencadenan riñas, homicidios y accidentes de tránsito.

### **2.3.2 POBLACIONES VULNERABLES MÁS SIGNIFICATIVAS EN EL MUNICIPIO**

Estas poblaciones son las que por su estado de vulnerabilidad se agrupan así:

- Desplazados
- Mujeres en edad fértil
- Niños menores de 1 año
- Discapacitados
- Adultos mayores

### **2.3.3 ASPECTOS GENERALES E.S.E HOSPITAL CLARITA SANTOS**

El hospital Clarita Santos está ubicado según la organización de la red departamental en la subregión centro, es una entidad que sirve de referencia a los municipios de Ancuya, Linares y Consacá.

El Hospital Clarita Santos se constituye como E.S.E de primer nivel de atención, mediante acuerdo No 035 del 28 de octubre de 1998, como entidad descentralizada de orden municipal, legalmente conformada con su personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa.

De acuerdo al carácter de la entidad cuenta con sus principios corporativos, misión, visión y portafolio de servicios.

La ESE Hospital Clarita Santos presta servicios de primer nivel de atención como son: atención ambulatoria,(consulta médica general, enfermería, odontología), servicio de urgencias, (atención medica general las 24 horas, curaciones e inyectología, procedimientos de urgencias y pequeñas cirugías), servicio de hospitalización (ginecoobstetricia, pediatría, atención de parto), farmacia, laboratorio clínico, imagenología, **ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION** , servicio de ambulancia, atención psicológica, atención al usuario, consta con siete puestos de salud ubicados en el sector rural, sistema de referencia y contra referencia y servicios complementarios especializados , además cuenta con una unidad móvil medico odontológica y el servicio de quirófano, esto para el servicio de toda la población del municipio de Sandoná y sus alrededores, cumpliendo con lo establecido por la ley.

Esta empresa social del estado se encuentra ubicada en la cabecera municipal, en el barrio Meléndez, específicamente en la Calle 9ª No 32 - 39 del municipio de Sandoná, situación que permite el fácil acceso de los usuarios, a los servicios que presta.

Los usuarios del área urbana y rural tienen buena asequibilidad a los servicios puesto que el municipio cuenta con carreteras en buen estado para que los usuarios puedan desplazarse fácilmente hasta las instalaciones del Hospital Clarita Santos, sin embargo lo que en algún momento puede entorpecer el acceso al servicio es el transporte que puede en algunos casos no ser tan fácil de conseguir desde el área

rural ,el horario de atención, personal capacitado, rotación del personal, la logística, la infraestructura, la escasa oferta de servicio las dependencias de apoyo y lo más importante la falta de información y concientización a la población. Pueden convertirse en situaciones que llevan a los usuarios a desistir del acceso a los servicios que ofrece la ESE Hospital Clarita Santos en el área de Promoción y Prevención, si una de las situaciones expuestas anteriormente se manifiesta en algún momento de acceder al servicio los usuarios pueden tener barreras para llegar dicho acceso.

#### 2.4. CARACTERIZACION DE LA POBLACION EMBARAZADA

DATOS GENERAL					
EDAD	Nº	EDAD	Nº	ZONA	
14 AÑOS	1	31 AÑOS	17	URBANA	226
15 AÑOS	4	32 AÑOS	16	RURAL	179
16 AÑOS	5	33 AÑOS	10	TOTAL	405
17 AÑOS	9	34 AÑOS	7		
18 AÑOS	25	35 AÑOS	9	RIESGO OBSTETRICO	
19 AÑOS	29	36 AÑOS	10	ALTO	BAJO
20 AÑOS	25	37 AÑOS	7	5	400
21 AÑOS	33	38 AÑOS	3		
22 AÑOS	25	39 AÑOS	0		
23 AÑOS	22	40 AÑOS	6		
24 AÑOS	20	41 AÑOS	3		
25 AÑOS	17	42 AÑOS	4		
26 AÑOS	15	43 AÑOS	2		
27 AÑOS	20	44 AÑOS	1		
28 AÑOS	33	45 AÑOS	2		
29 AÑOS	11	<b>TOTAL</b>	<b>405</b>		
30 AÑOS	14				

POBLACION EMBARAZADA PRIMER SEMESTRE AÑO 2009	
NACIMIENTOS	94

MOTIVO DE LA REMISION	CASOS
Alto riesgo	56
amenaza de aborto	22
Pre-eclampsia	4
Presentación podálica	3
Dolor abdominal	1
Pieloniefritis	1
Cesárea	11
Ruptura prematura de membranas	16
Sufrimiento fetal	5
Desproporción céfalo pélvica	3
embarazo prolongado	3
parto prematuro	4
parto estacionario	1
aborto en curso	7
parto predeterminado	2
incompetencia cervical	1
<b>TOTAL</b>	<b>139</b>

Las causas más frecuente de consulta por parte de las embarazadas son:

- ❖ Infecciones Urinarias
- ❖ Amenaza de parto pretermo
- ❖ Cefalea
- ❖ Gastritis
- ❖ Dolor Lumbar
- ❖ Problemas emocionales
- ❖ Edema en miembros inferiores
- ❖ Leucorreas
- ❖ Ruptura Prematuras de membranas
- ❖ Aborto en curso (8)

#### 2.4.1 CENSO CANALIZACIÓN

La población real se canaliza a través del censo canalización el cual es realizado en la zona urbana y rural del municipio. Este se llevó a cabo en el mes de febrero del presente año, dando como resultado 15429 personas censadas, de las cuales 8702 son del área rural y 6727 del la zona urbana.

<b>EDAD</b>	<b>ZONA RURAL</b>	<b>ZONA URBANA</b>	<b>TOTAL</b>
MENORES DE UN AÑO	83	89	172
1 AÑO	97	83	180
2 AÑOS	132	105	237
3 AÑOS	150	106	256
4 AÑOS	142	87	229
5 AÑOS	131	120	251
6 AÑOS	616	474	1090
EMBARAZADAS	57	78	136
MUJERES DE 10 A 14 AÑOS	396	317	713
MUJERES DE 15 A 39 AÑOS	1660	1381	3041
MUJERES DE 40 A 49 AÑOS	495	440	935
HOMBRES DE 15 A 39 AÑOS	1758	1272	3030
MUJERES Y HOMBRES DE 65 Y MAS	808	612	1420
OTROS	2195	1593	3788

#### **2.4.2 DIAGNÓSTICO**

La realización del diagnóstico permitió identificar los indicadores en salud materna del municipio de Sandoná,

En el diagnóstico se seguirán los siguientes pasos:

1. Caracterización del territorio, área de trabajo y de la población gestante.
2. Situación de salud y desarrollo del departamento de Nariño.

3. Información del funcionamiento del sistema local de salud, de las Empresas Promotoras de Salud y Empresas Sociales del Estado información que se obtendrá en acciones de asistencia técnica con los municipios empleando formato de la situación en salud y prestación de servicios el cual será diligenciado por cada municipio, prestadora y aseguradora.
4. Actores Sociales de la localidad y las entidades de salud.
5. Análisis de la información y priorización de las áreas de riesgo para la implementación de la estrategia IAMI(9)

## **2.5. RED DE SERVICIOS DE SALUD**

Conjunto articulado de unidades prestadoras de servicios de salud

- ubicadas en un espacio geográfico
- interrelacionadas funcionalmente
- con distinta capacidad de resolución
- apoyadas por normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos

Que ofrecen una respuesta adecuada a las necesidades de salud.

### **2.5.1 SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD SOGC**

El Sistema de Garantía de Calidad tiene dos pilares

- Mejoramiento continuo de la calidad
- Atención Centrada en el Cliente

Los servicios deben identificar con precisión quiénes son sus clientes y cuáles son sus necesidades y expectativas de cuidado y servicio.

### **2.5.2 SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD**

Las instituciones prestadoras de salud deben contener para su normal funcionamiento diligenciado el formato de habilitación que las certifique como instituciones aptas para la prestación de servicios de salud ante el ente nacional, departamental y municipal de acuerdo a su ubicación geográfica

### **2.5.3 ORGANIZACIÓN DE LA RED DE SERVICIOS DEL MUNICIPIO DE SANDONA**

#### **CABECERA MUNICIPAL**

Dentro del área urbana se encuentran las instalaciones del Hospital Clarita Santos creado mediante el acuerdo No 035 del 28 de octubre de 1998 por el honorable concejo municipal prestando los siguientes servicios: urgencias, medicina general, odontología, laboratorio clínico, promoción y prevención, imágenes diagnósticas, farmacia y servicio de apoyo extramural por medio de la unidad médico odontológica.

#### **EN EL AREA RURAL**

Se prestan los servicios de medicina general, odontología, promoción y prevención en siete puestos de salud los cuales son: el puesto de salud de Santa Bárbara, puesto de salud El Ingenio, puesto de salud Loma del Tambillo, puesto de salud de Bolívar, puesto de salud de San Bernardo, puesto de salud de San Miguel, puesto de salud de Roma Chávez.

<b>CORREGIMIENTO</b>	<b>VEREDAS</b>
ROMA CHÁVEZ	45. Chávez 46. Roma 47. Portoviejo 48. Chupadero, 49. Dorada Guitara 50. La Cocha
SANTA BÁRBARA	51. Santa Bárbara
EL INGENIO	52. Ingenio Centro 53. Balcón Alto 54. Bohórquez 55. San Andrés 56. Alto Ingenio 57. San Fernando 58. Paraguay 59. Mundo Loma 60. Plan Ingenio 61. 20 de Julio
BOLÍVAR	62. La Feliciano 63. El Vergel 64. Bella Vista

	65. Plan Guaitara 66. Bolívar
SANTA ROSA	67. San José 68. Santa Rosa Centro 69. Alto Santa Rosa
SAN BERNARDO	70. San Bernardo 71. San Bernardo Guaitara 72. La Joya 73. Plan Joya 74. El Balsal 75. Saraconcho 76. San Gabriel
SAN MIGUEL	77. San Isidro 78. La regadera 79. San Miguel 80. San Francisco 81. San Vicente Las Delicias 82. El Maco 83. Alto Jiménez
LOMA TAMBILLO	84. San Antonio Alto 85. San Antonio Bajo 86. La Loma 87. El Tambillo 88. Altamira Cruz de Arada.

## 2.6. OFERTA DE LOS SERVICIO DE SALUD

La ESE Hospital Clarita Santos ofrece a los diferentes usuarios del municipio como también de municipios vecinos los siguientes servicios:

### **SERVICIOS INSTITUCIONALES AMBULATORIOS:**

CONSULTA MÉDICA GENERAL

CONTROL DE ENFERMERIA

ATENCION ODONTOLOGICA:

- ❖ ATENCION PREVENTIVA
- ❖ EXAMEN CLINICO ODONTOLOGICO
- ❖ CONTROL DE PLACA
- ❖ PROFILAXIS FINA
- ❖ DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL
- ❖ SELLANTES DE FOSAS Y FISURAS

- ❖ TOPICACIONES DE FLUOR
- ❖ CONSULTA ODONTOLÓGICA GENERAL.

**SERVICIOS DE URGENCIAS:**

- ❖ ATENCIÓN MÉDICO GENERAL LAS 24 HORAS
- ❖ CURACIONES E INYECTOLOGÍA
- ❖ PROCEDIMIENTOS DE URGENCIAS
- ❖ PEQUEÑAS CIRUGÍAS.

**SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN:**

- ❖ GINECOOBSTETRICIA
- ❖ ATENCIÓN DE PARTO
- ❖ PEDIATRÍA PARA MENORES DE 12 AÑOS
- ❖ SERVICIO DE MICRONEBULIZACIONES
- ❖ TRANSPORTE DE AMBULANCIA TAB 24 HORAS
- ❖ SERVICIO FARMACÉUTICO

**SERVICIOS ESPECIALIZADOS O COMPLEMENTARIOS:**

- ❖ ATENCIÓN Y APOYO A PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
- ❖ PEDIATRÍA
- ❖ GINECOLOGÍA
- ❖ OTORRINOLARINGOLOGÍA
- ❖ QUIROFANO

**SERVICIOS EXTRAMURALES** (prestación del servicio 8 horas/día)

- ❖ UNIDAD MÉDICO ODONTOLÓGICA
- ❖ MEDICINA GENERAL
- ❖ ODONTOLÓGICA
- ❖ ENFERMERÍA
- ❖ SERVICIO FARMACÉUTICO

### **AYUDAS DIAGNÓSTICAS**

- ❖ IMAGENOLOGIA ( rayos X simple de tórax, abdomen, columna, huesos propios de nariz, huesos largos)
- ❖ RAYOS X DE ODONTOLOGIA
- ❖ ECOGRAFIA OBSTETRICA

### **ATENCION AL USUARIO:**

La oficina de atención al usuario de la ESE Hospital Clarita Santos tiene como objetivo brindar un servicio personalizados a los usuarios que solicitan los servicios de salud. Cuenta además con funcionarios dispuestos a escuchar y solucionar las inquietudes y sugerencias, como también dispone de una línea telefónica directa para la atención al usuario.

### **ATENCION PSICOLOGICA:**

En esta área se ofrece el servicio de terapia individual y de pareja como también familiar, grupal, educación y capacitación dirigida a estudiantes, padres de familia y comunidad en general

### **PUESTOS DE SALUD:**

La ESE Hospital Clarita Santos, cuenta con 7 puestos de salud habilitados, ubicados en los corregimientos de:

- El ingenio.
- Roma Chávez.
- Santa Rosa
- Santa Bárbara
- Tambillo
- Vergel
- San miguel

**ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION:** realizadas acorde con la resolución 412 del 2000 emanada por el Ministerio de la Protección Social que

busca realizar acciones conducentes a reducir el riesgo de enfermar y morir por causas evitables, alcanzar mejorías en los niveles de salud y garantizar la salud colectiva, buscando impactar positivamente las metas de salud pública del país, por lo tanto los programas que ofrece la institución son los siguientes.

- ❖ Control de Crecimiento y desarrollo.
- ❖ Control prenatal.
- ❖ Planificación familiar.
- ❖ Prevención de cáncer uterino y de mama
- ❖ Lactancia materna.
- ❖ Prevención de enfermedades inmunoprevenibles PAI: (polio, tétanos, difteria, hepatitis, tuberculosis, sarampión, meningitis, fiebre amarilla)
- ❖ Prevención de la hipertensión arterial.
- ❖ Enfermedades de transmisión sexual e infecciones por VIH-SIDA.
- ❖ TBC
- ❖ Hansen
- ❖ ETV.

Cabe anotar que para el desarrollo de estas actividades cuenta con talento humano profesional y técnico capacitado (médicos enfermeras, odontólogos auxiliares de enfermería, higienista oral, psicólogo, bacteriólogo y auxiliares rurales y personal disponible para realizar demanda inducida.), además brinda acciones encaminadas a informar y educar a los usuarios, con el fin de realizar intervenciones de promoción de la salud, así mismo buscando evitar la aparición inicial de las enfermedades de protección frente al riesgo, como también la detección temprana lo que permite interponerse de forma oportuna ante la enfermedad.

Dentro de las actividades de protección específica ofrecen:

- Vacunación según el esquema del programa ampliado de inmunización (PAI)
- Atención Preventiva en salud Bucal
- Atención del Parto
- Atención del recién nacido
- Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres

En la detección temprana:

- Detección temprana de las actividades del desarrollo del joven
- Detección temprana de las alteraciones del embarazo
- Detección temprana de las alteraciones del adulto (mayor de 45 años)
- Detección temprana del cáncer de cuello uterino.
- Detección temprana del cáncer de seno.
- Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual.

## **2.6 OFERTA DE SERVICIOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

El hospital Clarita Santos ofrece los servicios en planificación familiar a hombres y mujeres, lo que contribuye a mejorar la calidad de vida de los sandoneños, evitando los embarazos no deseados, permitiendo a las parejas programar su descendencia. Es bien sabido que las familias con menor número de hijos tienen una mejor capacidad de proveer alimento, ropa, salud, y vivienda a éstos.

El hospital Clarita Santos permite a los jóvenes acceso a los programas de planificación familiar de una manera discreta y confiable, la labor principal es la de informar y divulgar masivamente los métodos de planificación existentes con el fin de lograr eficacia en la actividad la cual se caracteriza por ser una consejería personalizada, con el fin de que sean las usuarias y usuarios quienes escojan el método adecuado y que conozcan las ventajas y desventajas, efectos colaterales y complicaciones relacionados a los distintos métodos. De la misma manera se busca que conozcan el riesgo y los problemas derivados de las enfermedades de transmisión sexual. Así lograremos que la planificación familiar ayude al desarrollo personal y los jóvenes tengan una sexualidad con responsabilidad.

## **2.7. COMPLICACIONES Y ALTERACIONES DURANTE EL EMBARAZO**

El correcto acompañamiento y asistencia a las mujeres durante el control prenatal es una de las actividades primordiales de la función del personal de salud, ya que por este medio podemos prevenir, orientar, eliminar factores de riesgo, descubrir problemas y tratar condiciones adversas con potenciales futuras complicaciones que lleven a una muerte perinatal o materna, por tal motivo para que esto sea posible el médico o enfermera que toma el control prenatal de una paciente debe tener conocimientos sólidos de los cambios fisiológicos del embarazo para poder detectar aquellas condiciones que se desvíen de la normalidad.

Aunque el embarazo es un proceso natural esta lejos de ser perfecto y desafortunadamente se presentan complicaciones en algunos de ellos. Entonces, la finalidad del control prenatal es detectar esos embarazos anómalos que podrían hacer peligrar la vida de la madre y/o su bebé. Si no existiese este control veríamos una gran profusión de complicaciones que de otra manera hubiesen podido ser evitadas.

Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbimortalidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna. Para el desarrollo oportuno de este proceso, es preciso implementar los mecanismos que garanticen la detección y captación temprana de las gestantes, después de la primera falta menstrual y antes de la semana 14 de gestación con el fin de intervenir y controlar oportunamente los factores de riesgo.

Como se mencionó antes en nuestro país se implementó la resolución 412 del 2000, en la que se estipula la norma técnica para la atención en las diferentes etapas del control prenatal.

En la primera consulta prenatal se busca evaluar el estado de salud, los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales asociados al proceso de la gestación y determinar el plan de controles. Ministerio de Salud – Dirección General de

Promoción y Prevención Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo, en esta misma se debe realizar una anamnesis completa con identificación de la usuaria, antecedentes personales, patológicos y familiares, acompañado de un exámen físico completo y la solicitud de todos los para clínicos de control sugeridos. Se debe hacer entrega de micronutrientes y el carné materno, en el cual se deben registrar los hallazgos clínicos, la fecha probable del parto, los resultados de los exámenes paraclínicos, las curvas de peso materno, altura uterina y tensión arterial media y las fechas de las citas de control.

El equipo de salud, deberá intervenir y controlar los riesgos biológicos, nutricionales y psicosociales encontrados. En caso de descubrir riesgos que implique manejo en otro nivel de complejidad, en la nota de remisión, se deben consignar todos los datos de la historia clínica, los resultados de los exámenes paraclínicos y la causa de la remisión, asegurando su atención en el otro organismo de salud.

Dentro del control prenatal se identificarán las principales causas de morbimortalidad durante el embarazo como las alteraciones hipertensivas dentro de las cuales las más frecuentes son:

- **Preeclampsia:** Cuadro clínico propio del embarazo, que aparece después de la semana 24 y se caracteriza por la presencia de hipertensión arterial acompañada de proteinuria o de edemas patológicos. Este síndrome antecede al desarrollo de la eclampsia.

- **Eclampsia:** Cuadro clínico que se caracteriza por la aparición de un síndrome convulsivo generalizado y complejo durante la segunda mitad del embarazo ó las primeras 48 horas del puerperio, en una paciente con signos de preeclampsia.

- **Hipertensión Crónica.** Es la presencia de hipertensión arterial detectada antes de la semana 20 del embarazo, o detectada en la segunda mitad de la gestación pero que persiste después de la sexta semana postparto.

- **Hipertensión Crónica más Preeclampsia sobreagregada:** Cuando el cuadro clínico anterior se acompaña de aumento de las cifras tensionales, o aparición de anasarca o proteinuria.
- **Hipertensión Transitoria:** Hipertensión arterial que aparece durante el tercer trimestre de la gestación, el trabajo de parto o durante las primeras 24 horas del puerperio y desaparece antes del décimo día del puerperio. No se acompaña de proteinuria.

Estas complicaciones deben ser identificadas de una forma precoz para ser tratadas o remitidas a un nivel de mayor complejidad todo con el fin de reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal en el municipio de Sandoná, Hospital Clarita Santos.

Otra de las complicaciones mas frecuente es la DIABETES GESTACIONAL entendida como alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono que se detecta por primera vez durante el embarazo. La diabetes gestacional (DG) traduce una insuficiente adaptación a la insulinresistencia que se produce en la gestante.

Es la complicación más frecuente del embarazo. Su frecuencia es variable según los distintos estudios, poblaciones y criterios diagnósticos utilizados, afectando en torno al 1-14% de los embarazos. Su importancia radica en que la diabetes gestacional aumenta el riesgo de diversas complicaciones obstétricas como son: sufrimiento fetal, macrosomía, muerte intrauterina y problemas neonatales. No aumentando la incidencia de malformaciones congénitas.

En la actualidad la recomendación más extendida es la de clasificar previamente a todas las embarazadas según el nivel de riesgo de padecer Diabetes Gestacional, y en función del mismo actuar de diferente manera. Así es que tendremos tres grupos:

- Mujeres con riesgo bajo: Son aquellas que tienen menos de 25 años, normopeso, ausencia de antecedentes familiares de diabetes (familiares de primer grado), ausencia de antecedentes personales de alteraciones del metabolismo de la glucosa o de malos antecedentes obstétricos y que no

pertenezcan a un grupo étnico de alto riesgo. En este grupo no sería necesario realizar ningún tipo de despistaje.

- Mujeres con riesgo moderado: Son aquellas que tienen 25 o más años de edad y ningún otro factor de riesgo. En este grupo la recomendación es realizar un test de O'Sullivan entre las semanas 24-28 de gestación.
- Mujeres con riesgo alto: Son aquellas que tienen uno o más de los siguientes factores de riesgo: obesidad importante (IMC >30), glucosuria, antecedentes personales de diabetes gestacional o patología obstétrica, antecedentes familiares de diabetes en primer grado. En este grupo se recomienda hacer el despistaje con el test de O'Sullivan en la primera visita, entre las semanas 24-28 y entre las semanas 32-36 del embarazo.

Por lo tanto deberían recogerse los factores de riesgo de DG en la primera visita de la embarazada, para hacer una inmediata valoración y tratamiento adecuado.

Otra de las complicaciones durante el embarazo son LAS ALTERACIONES HEMORRÁGICAS, dentro de éstas tenemos:

**Hemorragias de la primera mitad del embarazo:** El aborto es la más importante de las hemorragias de este período, siguen en su orden el embarazo ectópico y la enfermedad trofoblástica gestacional. Ante la presencia de cualquier hemorragia de la primera mitad del embarazo, el personal de salud encargado de la atención debe: Solicitar ecografía, de preferencia transvaginal, cuando esté disponible.

La presencia de un sangrado genital en una embarazada genera ansiedad tanto en la paciente como en el personal que la atiende. La realización de una ecografía que evidencie la vitalidad del embrión tranquiliza las partes y orienta la conducta. Este mismo beneficio se obtiene ante la sospecha de aborto incompleto. Si se encuentra modificaciones cervicales (aborto inevitable) no está indicado el ultrasonido, ni tampoco si se perciben ruidos cardiacos fetales con doppler Para el diagnóstico del embarazo ectópico, el ultrasonido y la medición seriadas de Gonadotrofina coriónica

humana cuantitativa han mostrado una alta sensibilidad y especificidad, al igual que para el diagnóstico de la enfermedad trofoblástica gestacional.

Dentro de las hemorragias de la segunda a este grupo de hemorragias corresponden la placenta previa, Se define como la implantación de la placenta en el segmento uterino inferior. El cuadro clínico se caracteriza por hemorragia indolora y sin causa aparente durante el tercer trimestre de la gestación.

La mujer con placenta previa siempre debe ser atendida como una urgencia, su manejo es hospitalario, en una institución de alta complejidad. En caso de remisión se requiere suministrar previamente líquidos endovenosos y tomar muestra para hemoclasificación, prueba cruzada y hemograma.

**Desprendimiento prematuro de placenta (abruptio placentae):** Es la separación total o parcial de la placenta que está normalmente insertada. Su manejo es hospitalario, en centros de alta complejidad y se debe remitir siempre a la paciente con líquidos endovenosos y en ambulancias dotadas adecuadamente.

**La ruptura uterina:** Se produce por el desgarro del útero intacto o por dehiscencia de una cicatriz; puede ocurrir durante el último trimestre del embarazo, el trabajo del parto o durante el parto.

Su manejo debe hacerse siempre a nivel hospitalario. Si la paciente está en un nivel de baja complejidad, se debe remitir inmediatamente a nivel de mayor complejidad, previas medidas de emergencia para evitar o tratar el choque.

En la nota de referencia se deben consignar todos los datos de la historia clínica materna, los resultados de los exámenes paraclínicos y la causa de la remisión, asegurando su ingreso en el otro organismo de referencia.

Para terminar existen otra complicación menos frecuente pero de gran interés y consulta por parte de la población gestante, dentro de estas tenemos: la

hiperémesis gravídica, las náuseas y vómitos presentes en mujeres embarazadas, que si evolucionan de manera severa producen deshidratación, pérdida de peso mayor del 5 %, cetonuria y desequilibrio metabólico y electrolítico. Al igual que las náuseas y vómitos muy comunes en la embarazada, la hiperémesis aparece alrededor de las 5 semanas y se resuelven antes de las 20 y, por lo general impide que la mujer afectada coma alimentos y líquidos adecuadamente. La causa de las náuseas del embarazo permanece aún desconocida, pero las principales teorías especulan que se trata de una reacción adversa a los cambios hormonales del embarazo, en particular suele ser atribuida a los elevados niveles de la hormona gonadotrofina corionica humana (HCG), ya que es más común en los embarazos múltiples y en la enfermedad trofoblástica gestacional. También se ha relacionado con los niveles altos de progesterona y estradiol, que normalmente presentan las embarazadas.

Todas la anteriores complicaciones deben ser identificadas y diligenciadas de manera completa y clara en la historia clínica materna, con el fin de llevar estadísticas para la creación de protocolos institucionales y planes de mejoramiento que garanticen una atención con calidad, generando confianza y seguridad en las gestantes, así como la asistencia masiva a este programa, logrando disminuir los índices de complicaciones y morbi-mortalidad materna y perinatal.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar la calidad de la atención prenatal en el Hospital Clarita Santos por medio de un ejercicio de auditoría.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Establecer el alcance y la funcionalidad del programa de control prenatal de la institución a nivel del municipio de Sandoná.
2. Aplicar herramientas de auditoría para obtener información de las historias clínicas prenatales que permitan conocer la calidad y haciendo un análisis efectivo de la situación del programa.
3. Revisar la existencia y aplicación de protocolos relacionados con el control prenatal en las historias del Hospital Clarita Santos.
4. Utilizar los conocimientos adquiridos en el transcurso de la especialización para generar recomendaciones para la institución con el fin de optimizar el programa de control prenatal.

## 4. METODOLOGÍA

### 4.1. ENFOQUE METODOLOGICO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio realizado es de tipo observacional de corte transversal retrospectivo, cuantitativo.

### 4.2. TIPO DE ESTUDIO

El tipo de investigación es DESCRIPTIVO y RETROSPECTIVO, de corte TRANSVERSAL basado en el diligenciamiento de las historias clínicas de control prenatal realizadas durante ENERO-DICIEMBRE 2009, en el Hospital Clarita Santos E.S.E. de Sandoná.

### 4.3. POBLACION

La población total de Historias clínicas de control prenatal realizadas en el Hospital Clarita Santos E.S.E. de Sandoná, durante el tiempo comprendido entre Enero a Diciembre del 2009, que fue de 405 historias.

### 4.4. DISEÑO MUESTRA

Se trabajo con un universo de 405 historia clínicas prenatales a las cuales se le aplico la formula:

$$n = \frac{N \times Z^2 \times P \times q}{(N-1) \times R^2 + Z^2 \times P \times q}$$

n = Tamaño de la muestra calculada

Z = Nivel de confianza; para 95% su valor correspondiente bajo la curva normal de estándares es de 1,96

e = error máximo tolerable de muestreo, 0,05 es muy confiable

p = probabilidad a favor; 0.85  
produce el mayor tamaño posible de la muestra

q = probabilidad en contra; si p +q = 1, entonces q = 0-15

N = Tamaño de la población ó universo

N: 405  
 Z: 1.96  
 P: 0.85  
 q: 0.15  
 e : 0.05

**n: 133**

De la totalidad de las historias clínicas de control prenatal del Hospital Clarita Santos durante el período Enero a Diciembre 2009 y aplicando la anterior formula se obtuvo una muestra de 133 Historias Clínicas prenatales tomadas de forma aleatoria por rango de edad para ser evaluadas aplicando la lista de chequeo que se encuentra en el anexo 002

#### 4.5. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

##### 4.5.1 TABLA DE VARIABLES.

NOMBRE DE LA VARIABLE	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
Estado civil	Cualitativa	Nominal	Soltera Unió libre Casada Separada
Escolaridad	cualitativa	Ordinal	Ninguna Primaria Secundaria Técnica Universitaria
Zona	cualitativa	Nominal	Rural Urbana
Seguridad social	cualitativa	Nominal	Subsidiado Contributivo
Edad	cuantitativa	Razón	Años
Riesgo Obstétrico	Cuantitativa	Nominal	Bajo Riesgo Alto Riesgo
Edad gestacional al Ingreso CPN	Cuantitativa	Razón	Semanas Gestacionales
Causas de Alto Riesgo	Cualitativa	Nominal	PACIENTE AÑOSA IVU

			ADOLESCENTE ABORTO PREVIO AMENAZA DE ABORTO CESAREA PREVIA CPN TARDIO INCOMPATIBILIDAD RH VAGINOSIS BACTERIANA OTRAS CAUSAS
Examen físico completo	Cualitativa	Nominal	COMPLETO INCOMPLETO
Antecedentes personales completos	Cualitativa	Nominal	SI NO
Antecedentes familiares completos	Cualitativa	Nominal	SI NO
Laboratorios de primer trimestre	Cualitativa	Ordinario	COMPLETOS INCOMPLETOS
Educación en signos de alarma	Cualitativa	Nominal	SI NO.

#### 4.6. TECNICAS DE RECOLECCION DE INFORMACION

Para recolectar la información se pretende adaptar el documento conocido como ***Lista de verificación del componente básico del nuevo modelo de control prenatal de la OMS***, en el cual están descritos los indicadores más preponderantes durante el embarazo y asignados dependiendo de cada consulta. (Ver anexo No. 1)

##### 4.6.1.FUENTE DE INFORMACIÓN

1. FUENTES PRIMARIAS:
  - a. 12 encuestas realizadas a los médicos.
  
2. FUENTES SECUNDARIAS
  - a. 133 Historia Clinicas Hospital Clarita Santos
  - b. Protocolo de control prenatal Del Hospital Clarita Santos.

- c. Norma 412/ 2000
- d. Normatividad salud sexual y reproductiva

#### **4.6.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION**

1. Lista de chequeo de Verificación de la Norma Técnica para la Detección Temprana de Alteraciones del Embarazo
2. Lista de chequeo de Verificación de la Norma Técnica para la Atención del parto
3. Encuesta a profesionales que realizan controles prenatales en el Hospital Clarita Santos

#### **4.6.3. PROCESO DE OBTENCION DE LA INFORMACIÓN**

Durante el proceso de la recolección de la información se obtuvo datos de las gestantes que ingresan al control prenatal durante el periodo de enero a diciembre del 2009 por medio de la auditoria de las historias clínicas prenatales del Hospital Clarita Santos, las cuales fueron evaluadas por el grupo investigador por medio de la aplicación de listas de chequeo (anexo 2 y 3) durante el periodo de febrero y marzo del 2010.

- Aplicación de las lista de chequeo a la muestra de Historias Clínicas prenatales del Hospital
- Revisión estadística de bases de datos de pacientes escritas en el programa de Control Prenatal en el periodo de Enero a Diciembre del 2009

#### **4.7. PRUEBA PILOTO**

Antes de aplicar las listas de chequeo a la muestra seleccionada, se realizó prueba piloto a diez historias clínicas de la población global, como resultado de ésta se

determinó que las listas de chequeo tienen la validez para la obtención de la información precisa para el desarrollo de la investigación.

#### **4.8. CONTROL DE ERRORES Y SESGOS**

##### **1. CONTROL DE SESGOS:**

- a. SELECCIÓN:
  - i. En el momento de la selección de la muestra se tuvo en cuenta los rangos de todas las edades de las gestantes del estudio.
- b. INFORMACION
  - i. Las listas de chequeo son formatos únicos ya preestablecidos, disminuyendo el error de información.
- c. CONFUSION
  - i. Todas las variables se evaluaron previamente para evitar la aparición de variables de confusión.

##### **2, ERRORES**

###### **1. ERROR DE MUESTREO:**

- a. La muestra fue adecuada para la población ya que el error tomado es el mínimo siendo el 0.05%, obteniendo una muestra significativa.

###### **2. ERROR DE MEDICION**

- a. Se disminuye por la estandarización de listas de chequeo aplicadas en la muestra tomada, siendo los mismos investigadores y en una misma población de estudio.

#### **4.9. TECNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LOS DATOS**

##### **4.9.1. DIAGRAMA DE PARETTO.**

El primer instrumento en el análisis de los datos obtenidos en la auditoria de las historias clínicas del Hospital Clarita Santos es el DIAGRAMA DE PARETTO, el cual nos permitió determinar las 10 principales falencias en común presentadas en el diligenciamiento de las historias prenatales por parte del personal de salud. Posterior a esto se realizó la priorización de las mismas determinando las cuatro falencias fundamentales para la realización del plan de mejoramiento. Esto se lo puede observar en la TABLA de frecuencias y DIAGRAMA de variables **Nº 1 y Nº 2 y el diagrama Nº 2.1**. Que se encuentran en RESULTADOS..

**RESULTADOS EN COMUN OBTENIDOS EN LA APLICACIÓN DE LISTA DE CHEQUEO A LAS HISTORIAS CLINICAS PRENATALES DE LAS GESTANTES EN EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2009**

<b>No</b>	<b>ITEM</b>	<b>TOTAL HISTORIAS</b>
1	Tiempo utilizado en la consulta prenatal de ingreso (30 min)	133
2	Historia clínica de ingreso mal diligenciada	84
3	Inadecuado diligenciamiento de antecedentes obstétricos y patológicos personales	99
4	Ausencia de antecedentes patológicos familiares	100
5	Ausencia de análisis de laboratorio del primer control	89
6	Inadecuada clasificación del riesgo obstétrico de la gestante	56
7	Diligenciamiento incompleto del examen físico ginecológico y obstétrico	110
8	Falta de aplicación de los protocolos institucionales	89
9	Ausencia de registro de educación en signo de alarma y cuidado del embarazo	89
10	Inadecuada descripción en la utilización de micronutrientes y/o medicamentos generales	92

**4.9.2. DIAGRAMA CAUSA Y EFECTO.**

El segundo instrumento utilizado para complementar el análisis y procesamiento de datos es el DAGRAMA CAUSA Y EFECTO, el cual nos permite identificar las causas fundamentales y su acción de bloqueo inmediata, como se observa en el **GRAFICO Nº3**, que se encuentra en RESULTADOS. A continuación se indica los

hallazgos y las causa de bloqueo de las priorizaciones realizadas con el diagrama de PARETTO.

#### 4.9.3 ANALISIS DE LOS DIAGRAMAS CAUSA- EFECTO

##### 1. Falta de aplicación de los protocolos institucionales

N <sup>a</sup>	CAUSA IDENTIFICADA	ACCION DE BLOQUEO
1	NO DISPOSICIÓN DE PROTOCOLOS Y GUÍAS DE ATENCIÓN EN LOS CONSULTORIOS MÉDICOS.	Tener consultorios fijos para la atención de gestantes, o facilitar copias de protocolos en lugar accesible para lo médicos o enfermeras que realizan el control.
2	NO SE SOCIALIZAN NI APLICAN LAS GUÍAS DE ATENCIÓN Y PROTOCOLOS	Realizar un cronograma dirigido al personal de salud, para la socialización, capacitación y entrenamientos de los protocolos de atención a la gestante y recién nacido, así como la atención del parto.
3	NO HAY MECANISMOS DE CONTROL AL PROGRAMA	Crear, retomar indicadores que valoren la calidad de atención a las gestantes.
4	NO SE DESIGNA PERSONAL ENCARGADO DEL PROGRAMA	Designar un personal de salud idóneo, capacitado y entrenado para dirigir y operar el programa de control prenatal.
5	ROTACIÓN DE PERSONAL (SSO)	Designar para la atención de la gestante personal de salud permanente para llevar una secuencia de esta actividad.

##### 2. Ausencia de registro de educación en signo de alarma y cuidado del embarazo

N <sup>a</sup>	CAUSA IDENTIFICADA	ACCION DE BLOQUEO
1	NO SE PROMOCIONA EL CURSO PSICOPROFILÁCTICO	Utilizar herramientas de información, educación y comunicación con el fin de promocionar el curso psicoprofiláctico
2	NO EXISTE ESCENARIO, NI PROGRAMA ADECUADO PARA REALIZAR CURSO PSICOPROFILÁCTICO	Adecuación de un sitio exclusivo, acogedor y que tenga la dotación necesaria para la realización del mismo.

3	TIEMPO DE CONSULTA DE CONTROL PRENATAL MUY CORTO.	Reorganizar las agendas con el fin de destinar mayor tiempo en la duración de las consultas de control prenatal
4	EDUCACIÓN DE MALA CALIDAD A LA GESTANTE Y AL FAMILIAR	Sensibilizar a los profesionales de la institución y principalmente a los que participan en el programa sobre la importancia de brindar educación a las mujeres embarazadas.
5	NO EXISTEN HERRAMIENTAS ALTERNATIVAS DE EDUCACIÓN IMPRESOS, FOLLETOS.	Dotar al programa de todas las herramientas educativas necesarias referentes a maternidad segura.
6	PERSONAL NO CAPACITADO EN EDUCACIÓN A LAS GESTANTES	Entrenar a los profesionales encargados del programa en temas referentes a educación en signos de alarma y cuidados del embarazo, y que tengan alcance al núcleo familiar de la gestante.

### 3. Historia Clínica Mal diligenciada

N <sup>a</sup>	CAUSA IDENTIFICADA	ACCION DE BLOQUEO
1	NO CAPACITACIÓN, NO SEGUIMIENTO, NI EVALUACIÓN AL PERSONAL QUE MANEJA HC.	Realizar auditorías internas al programa con el fin de fomentar el auto-control.
2	NO SE HA ESTANDARIZADO LA MANERA DE DILIGENCIAR LA HC EN LA INSTITUCIÓN.	Capacitar al personal encargado del programa en el correcto diligenciamiento de la HC.
3	PERSONAL NO SE COMPROMETE CON EL PROGRAMA.	Sensibilizar al personal encargado del programa sobre la importancia del adecuado diligenciamiento de la HC y realizar evaluaciones con frecuencia.
4	FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA INCOMPLETO.	Crear formato de HC que incluya todos los datos considerados necesarios según recomendaciones de OMS y CLAP.
5	PROFESIONALES PRESIONADOS CON OTRAS FUNCIONES.	Garantizar un entorno tranquilo a los profesionales del programa a través de la asignación de tareas más relacionadas con él.

#### 4. Inadecuada clasificación del riesgo obstétrico de la gestante

N <sup>a</sup>	CAUSA IDENTIFICADA	ACCION DE BLOQUEO
1	No se diligencia CLAP	Capacitaciones al personal del programa donde se insista en la importancia del diligenciamiento del CLAP para la clasificación del riesgo.
2	NO SE CONOCEN LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA CLASIFICACION DE LAS GESTANTES	Garantizar que los profesionales se adhieran a guías y protocolos institucionales con el fin de que clasifiquen correctamente el riesgo obstétrico de cada gestante.
3	PERSONAL POCO COMPROMETIDO CON EL PROGRAMA	Designación de personal que tenga la disposición incondicional de realizar todas las actividades que el programa requiere.
4	NO SE DISPONE DE UN FORMATO DE HC ADECUADO PARA CLASIFICAR EL RIESGO OBSTÉTRICO	Colocar en el nuevo formato de HC las casillas correspondientes del riesgo obstétrico junto a las casillas del diagnóstico con el fin de garantizar su diligenciamiento.
5	NO HAY PRESUPUESTO PARA CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO AL PERSONAL ENCARGADO DEL PROGRAMA	Destinar recursos institucionales para capacitaciones y entrenamientos en temas de maternidad segura de manera continua al personal encargado del programa.

## **5. CONSIDERACIONES ETICAS.**

Con base en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, esta investigación se considera sin riesgo ya que no se realiza ningún tipo de manipulación en las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los pacientes, y por lo tanto no requiere consentimiento informado ni tiene las implicaciones éticas propias de las investigaciones en humanos

1. Se manejó la confidencialidad del nombre del personal de salud encuestado a través de un código.
2. No se vulneran ningún principio de la ética ni la moral debido a que es un estudio descriptivo donde no hay manipulación de pacientes.

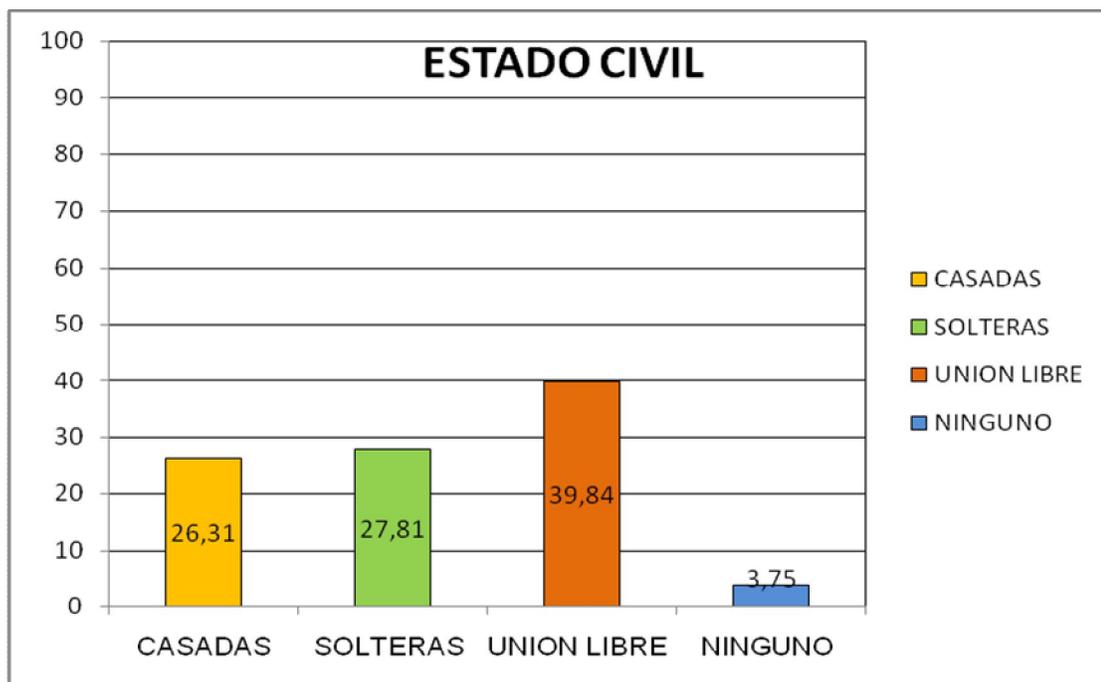
## 6. RESULTADOS.

A continuación se presentan las variables evaluadas en las listas de chequeo, que se aplicó en la auditoría de las Historias clínicas de las gestantes del Hospital Clarita Santos, obteniendo los siguientes resultados:

**Tabla No.1** PORCENTAJE DE ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES DEL HOSPITAL CLARITA SANTOS DURANTE EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE DE 2009

ESTADO CIVIL	No.	%
CASADAS	35	26.31
SOLTERAS	37	27.81
UNION LIBRE	53	39.84
NINGUNO	8	3.75
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>97.7</b>

*Fuente:* Auditoría Historias Clínicas de las Gestantes del periodo Enero a Diciembre del 2009

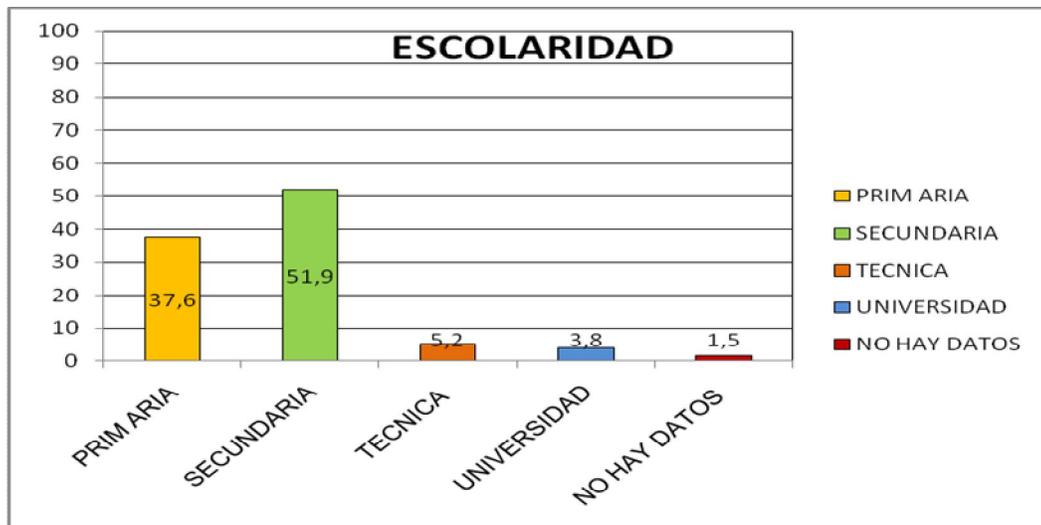


En base a la anterior tabla se puede concluir que las mujeres embarazadas se dividen en grupos homogéneos en cuanto a su estado civil, notándose un gran porcentaje de mujeres solteras lo que tiene una importante repercusión en el momento de la determinación del riesgo bio-psico-social.

**Tabla No.2.** PORCENTAJE DE ESCOLARIDAD DE LAS GESTANTES DEL HOSPITAL CLARITA SANTOS DURANTE EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE DE 2009

ESCOLARIDAD	No.	%
PRIMARIA	50	37.6
SECUNDARIA	69	51.9
TECNICA	7	5.2
UNIVERSIDAD	5	3.8
NO HAY DATOS	2	1.5
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

*Fuente:* Auditoria Historias Clínicas de las Gestantes del periodo Enero a Diciembre del 2009

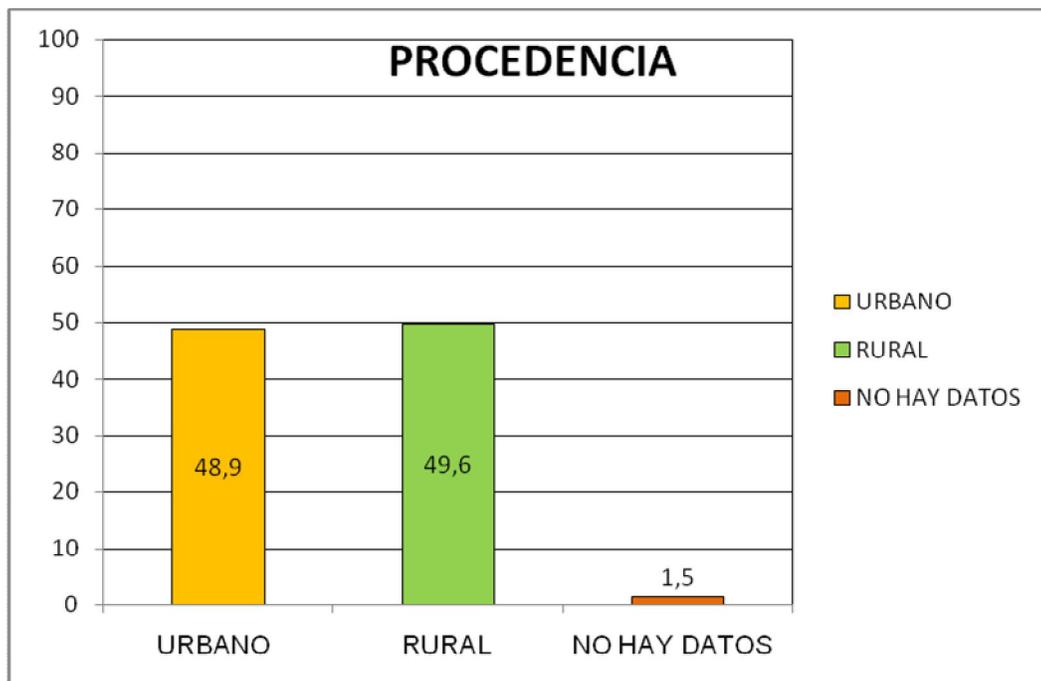


Con respecto a la escolaridad no se encuentran datos de analfabetismo lo que permitiría facilidad en la educación a las gestantes, sin embargo una tercera parte de la muestra tiene solamente estudios primarios convirtiéndose en un factor de riesgo a tener en cuenta.

**Tabla No.3** PROCEDENCIA DE LAS GESTANTES DEL HOSPITAL CLARITA SANTOS DURANTE EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE DE 2009

PROCEDENCIA	No.	%
URBANO	65	48.9
RURAL	66	49.6
NO HAY DATOS	2	1.5
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

*Origen:* Auditoria Historias Clínicas de las Gestantes del periodo Enero a Diciembre del 2009

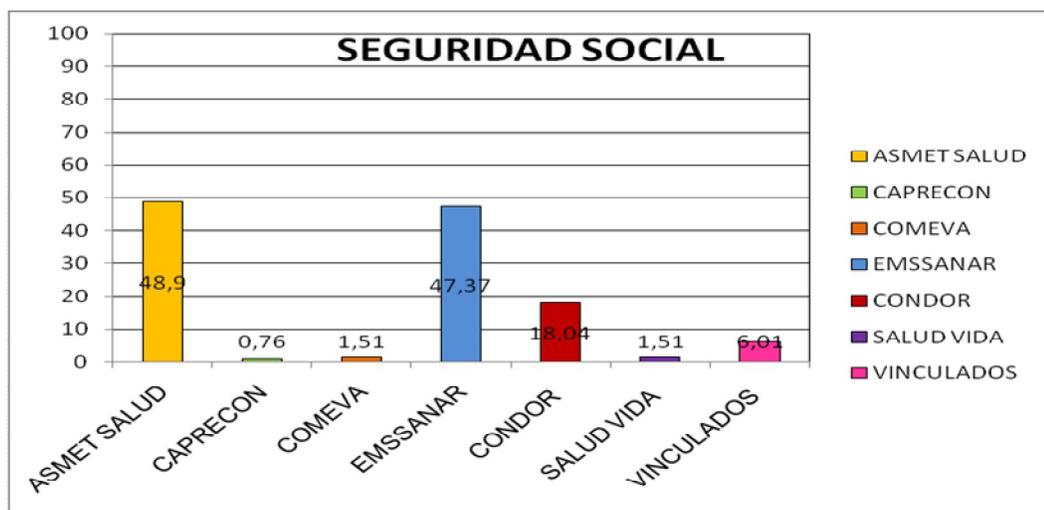


En cuanto a la procedencia de las pacientes hay una distribución equitativa entre las dos zonas, reflejando lo importante de disponer de un equipo extramural que garantice la atención de las embarazadas que pertenecen a este grupo.

**Tabla No. 4.** LA SEGURIDAD SOCIAL GESTANTES DEL HOSPITAL CLARITA SANTOS DURANTE EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE DE 2009

SEGURIDAD SOCIAL	No	%
ASMET SALUD	33	48.9
CAPRECON	1	0.76
COMEVA	2	1.51
EMSSANAR	63	47.37
CONDOR	24	18.04
SALUD VIDA	2	1.51
VINCULADOS	8	6.01
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

*Fuente:* Auditoria Historias Clínicas de las Gestantes del periodo Enero a Diciembre del 2009

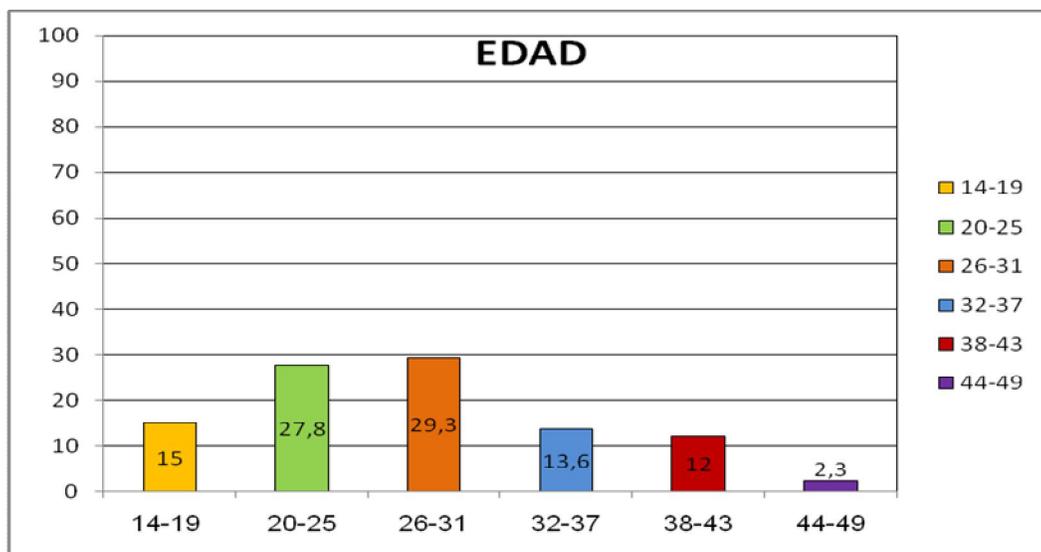


Existe un predominio de usuarias pertenecientes al régimen subsidiado, información que permite articular con mayor facilidad acciones con las EPS-S.

**Tabla No.5** EDAD DE LAS GESTANTES DEL HOSPITAL CLARITA SANTOS DURANTE EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE DE 2009

EDAD ( años)	No	%
14-19	20	15
20-25	37	27.8
26-31	39	29.3
32-37	18	13.6
38-43	16	12
44-49	3	2.3
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

*Origen:* Auditoria Historias Clínicas de las Gestantes del periodo Enero a Diciembre del 2009

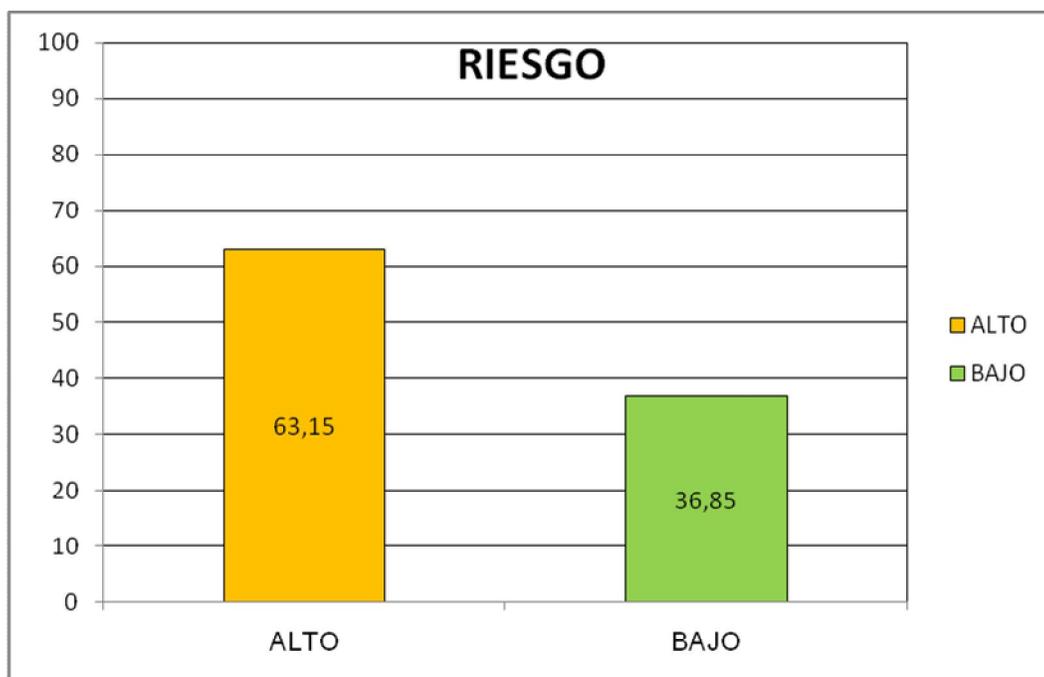


Estos datos son muy útiles ya que muestran en primer lugar un considerable número de gestantes en edades extremas lo que inmediatamente las clasifica como de alto riesgo obstétrico, en segundo lugar el mayor número de embarazos se presentan entre los 20 y los 30 años lo que se puede traducir en el bajo impacto del programa de planificación familiar.

**Tabla No.6.** CLASIFICACIÓN DEL RIESGO OBSTETRICO DE LAS GESTANTES DEL HOSPITAL CLARITA SANTOS DURANTE EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE DE 2009

RIESGO	No	%
ALTO	84	63.15
BAJO	49	36.85
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

*Origen:* Auditoria Historias Clínicas de las Gestantes del periodo Enero a Diciembre del 2009

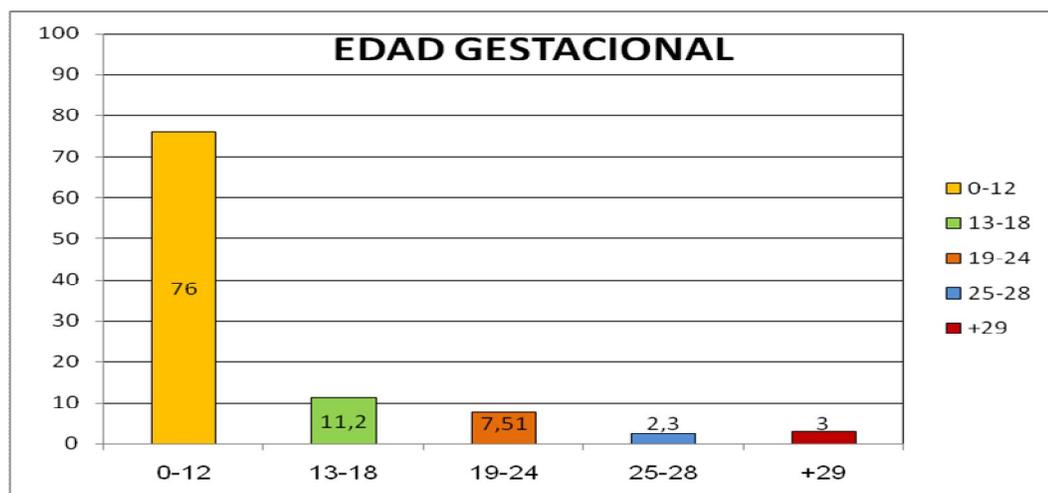


Esta variable pareciera estar invertida, ya que lo que se espera encontrar es un mayor porcentaje de embarazos de bajo riesgo, puede estar asociado a una mala clasificación de las pacientes.

**TABLA No.7** EDAD GESTACIONAL DE INGRESO A CONTROL PRENATAL DE LAS GESTANTES DEL HOSPITAL CLARITA SANTOS DURANTE EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE DE 2009

EDAD GESTACIONAL (semanas)	No	%
0-12	101	76
13-18	15	11.2
19-24	10	7.51
25-28	3	2.3
> 29	4	3
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

*Origen:* Auditoria Historias Clínicas de las Gestantes del periodo Enero a Diciembre del 2009



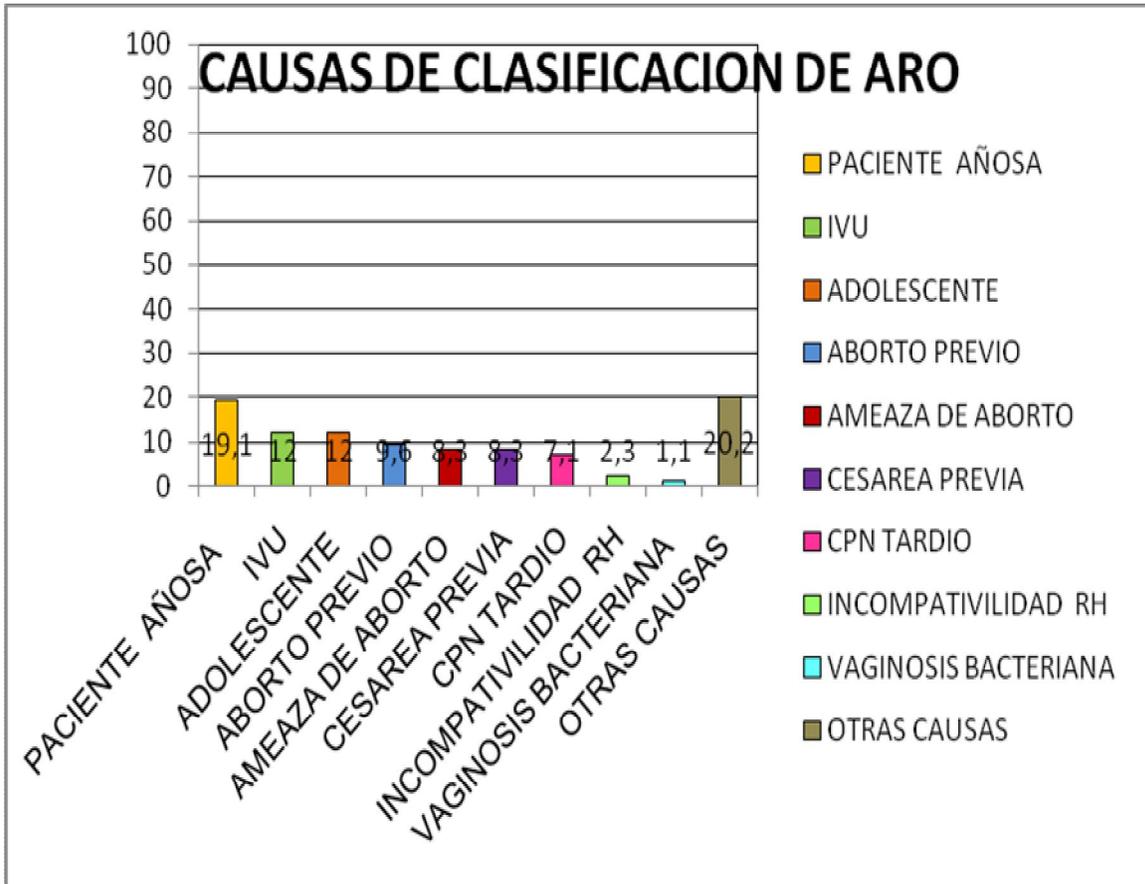
Con esta tabla se puede concluir que el equipo de apoyo para la captación temprana de las gestantes es efectivo. Sin embargo hay reporte de usuarias captadas solamente hasta el tercer trimestre.

En esta tabla podemos destacar que la captación de las gestantes en el primer trimestre de embarazo es de 76%, lo que es un factor positivo para el inicio adecuado de los controles prenatales, y la identificación oportuna de los factores de riesgo de las mismas.

**TABLA No.8.** PRIMERAS CAUSAS DE CLASIFICACION DE ARO DE LAS GESTANTES DEL HOSPITAL CLARITA SANTOS DURANTE EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE DE 2009

CAUSAS DE CLASIFICACION DE ARO	No	%
PACIENTE AÑOSA	16	19.1
IVU	10	12
ADOLESCENTE	10	12
ABORTO PREVIO	8	9.6
AMENAZA DE ABORTO	7	8.3
CESAREA PREVIA	7	8.3
CPN TARDIO	6	7.1
INCOMPATIBILIDAD RH	2	2.3
VAGINOSIS BACTERIANA	1	1.1
OTRAS CAUSAS	17	20.2
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100</b>

Fuente: Auditoria Historias Clínicas de las Gestantes del periodo Enero a Diciembre del 2009

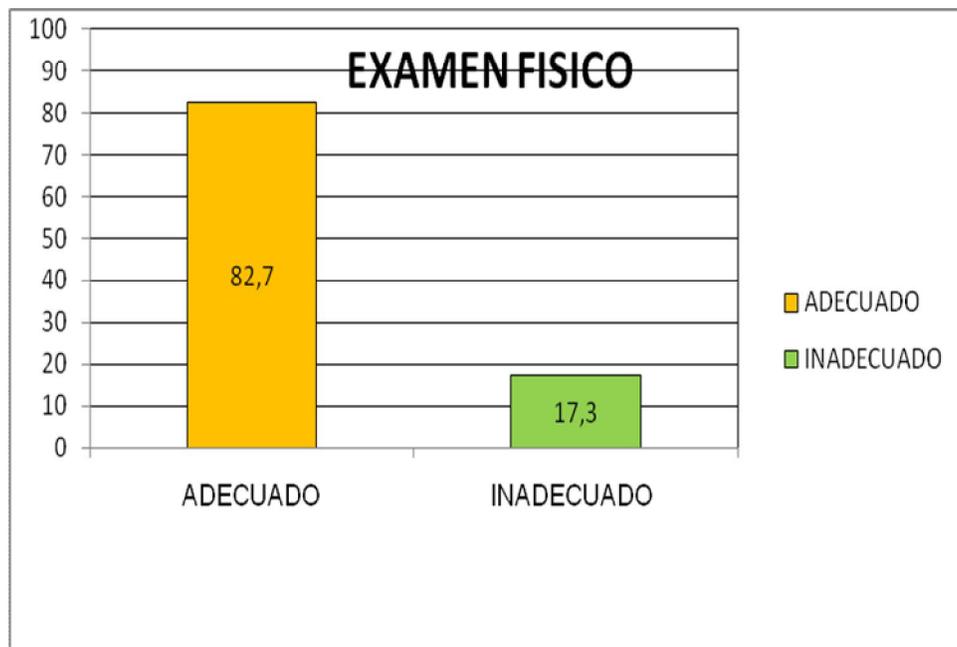


Esta tabla pone de manifiesto las variadas condiciones que pueden presentarse para la clasificación del riesgo obstétrico, por lo tanto la institución debe poseer herramientas que le permitan al profesional no obviar ninguno de estos ítems.

**Tabla No. 9.** DILIGENCIAMIENTO DEL EXAMEN FISICO OBSTETRICO DILIGENCIADOS EN LAS HC DE LAS GESTANTES DEL HOSPITAL CLARITA SANTOS DURANTE EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE DE 2009

<b>EXAMEN FISICO</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
ADECUADO	110	82.7
INADECUADO	23	17.3
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

*Fuente:* Auditoria Historias Clínicas de las Gestantes del periodo Enero a Diciembre del 2009

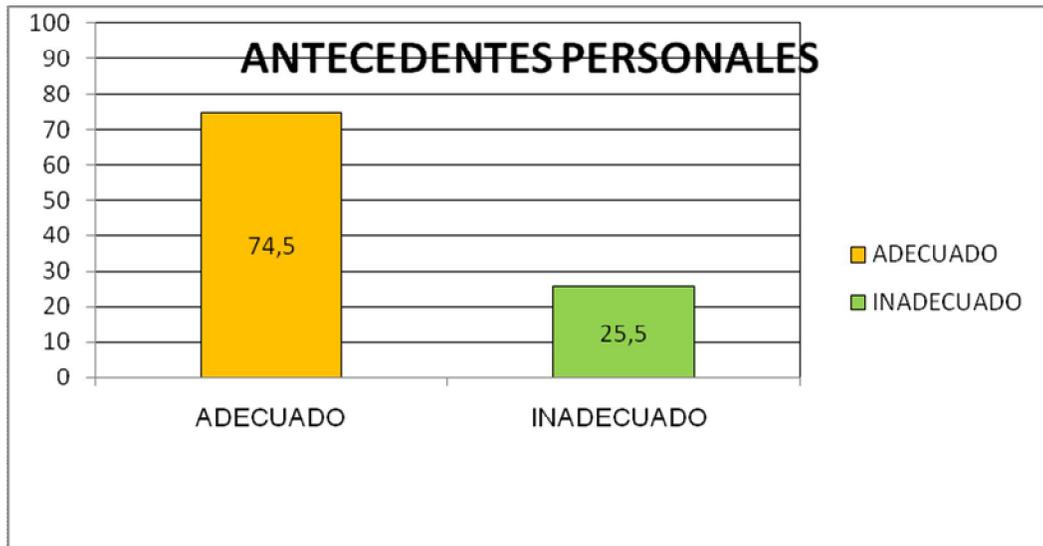


En cuanto al examen físico a pesar de que el cumplimiento puede estar dentro de un rango óptimo, un porcentaje importante se pone de manifiesto el cual sumado a la clasificación del riesgo se convierte en dato relevante para el cuidado de algunas gestantes.

**Tabla No.10** DILIGENCIADOS DE LOS ANTECEDENTES PERSONALES EN LAS HC DE LAS GESTANTES DEL HOSPITAL CLARITA SANTOS DURANTE EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE DE 2009

<b>ANTECEDENTES PERSONALES</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
ADECUADO	99	74.5
INADECUADO	34	25.5
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

*Fuente:* Auditoria Historias Clínicas de las Gestantes del periodo Enero a Diciembre del 2009

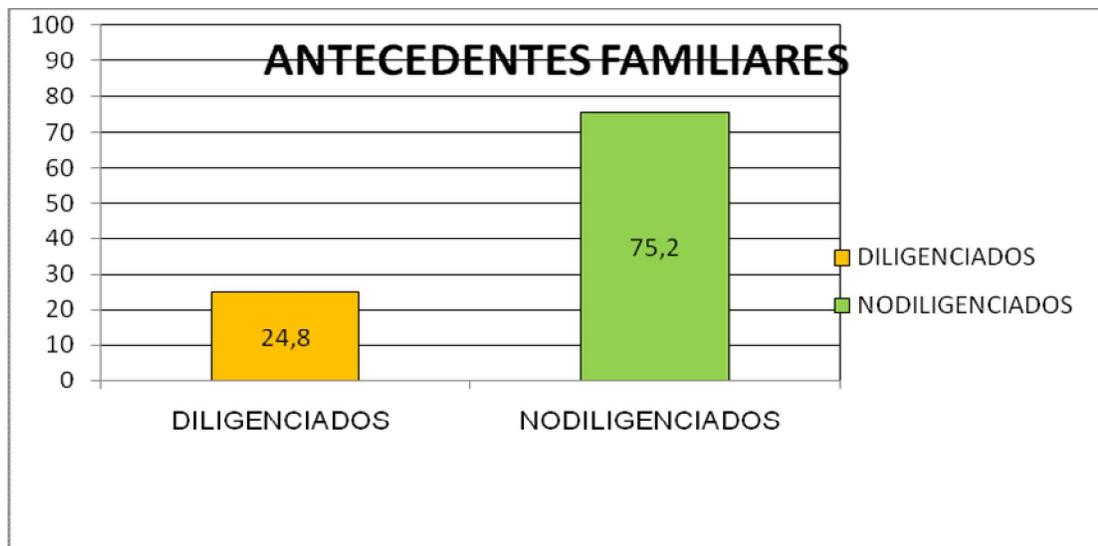


Esta tabla muestra que existe una cuarta parte de la muestra con inadecuada consignación de antecedentes personales, datos que son de gran utilidad en el momento de clasificar el riesgo.

**Tabla No. 11.** ANTECEDENTES FAMILIARES EN LAS HC DE LAS GESTANTES DEL HOSPITAL CLARITA SANTOS DURANTE EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE DE 2009

<b>ANTECEDENTES FAMILIARES</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
DILIGENCIADOS	33	24.8
NO DILIGENCIADOS	100	75.2
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

*Fuente:* Auditoria Historias Clínicas de las Gestantes del periodo Enero a diciembre del 2009

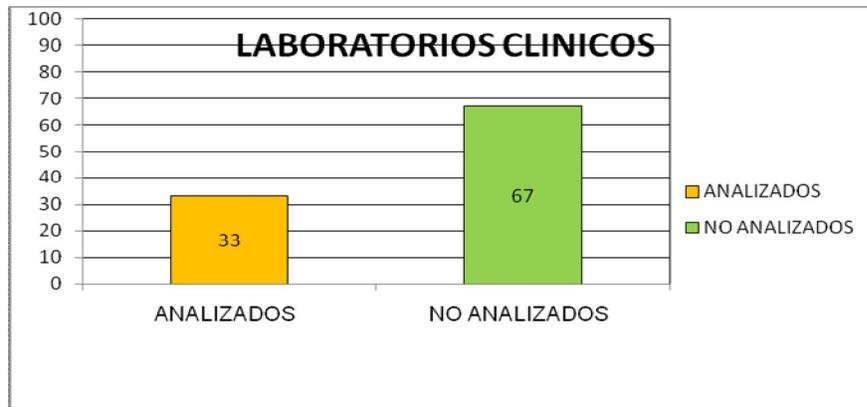


Como se puede observar en esta tabla la mayoría de las historias no describen los antecedentes familiares, los cuales también son importantes a tener en cuenta para la clasificación del riesgo.

**Tabla No. 12.** ANALISIS DE LOS LABORATORIOS CLINICOS EN LAS HC DE LAS GESTANTES DEL HOSPITAL CLARITA SANTOS DURANTE EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE DE 2009

<b>LABORATORIOS CLINICOS</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
ANALIZADOS	44	33
NO ANALIZADOS	89	67
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

*Fuente* Auditoria Historias Clínicas de las Gestantes del periodo Enero a Diciembre del 2009

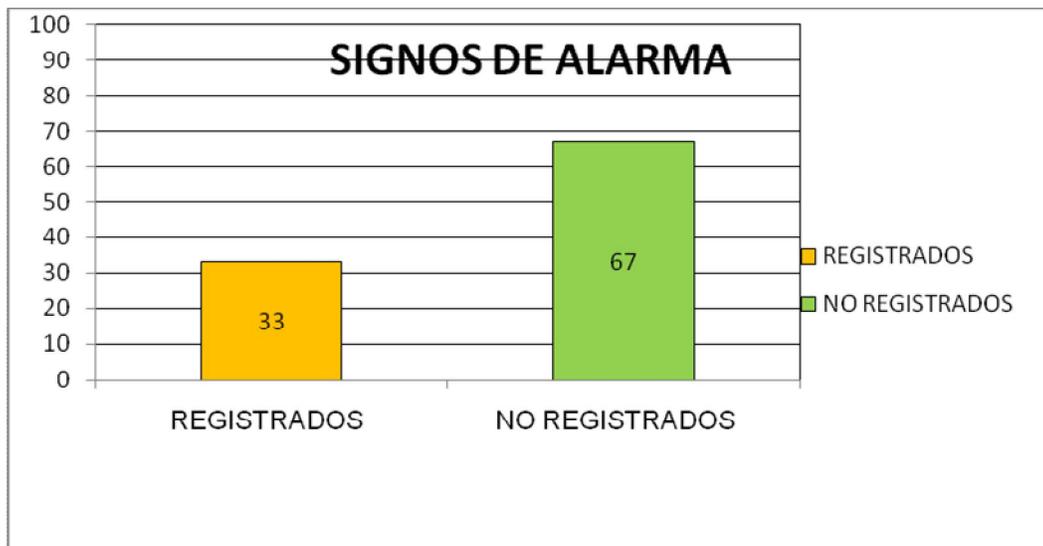


A pesar de que los reportes están consignados en la historia clínica, no se muestra un verdadero análisis de los mismos, por lo que los controles prenatales sería incompleto.

**Tabla No.13.** REGISTRO DE LOS SIGNOS DE ALARMA EN LAS HC DE LAS GESTANTES DEL HOSPITAL CLARITA SANTOS DURANTE EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE DE 2009

SIGNOS DE ALARMA	No	%
REGISTRADOS	44	33
NO REGISTRADOS	89	67
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

*Fuente:* Auditoria Historias Clínicas de las Gestantes del periodo Enero a Diciembre del 2009



Es bien sabido que uno de los retrasos para que haya complicaciones materno-fetales es el no reconocimiento de signos de alarma en la gestante, por lo tanto si no se registran en la historia clínica se puede asumir que no se explicaron a la paciente. En esta tabla se muestra que tan solo en una tercera parte de las historias son registrados.

**6.2. PRIORIZACION DE PROCESOS DIAGRAMA DE PARETO. TABLA Y CUADRO N° 2.**

TABLA DE FRECUENCIAS DEL DIAGRAMA DE PARETTO

<b>Causa</b>	<b>Frecuencia absoluta</b>	<b>Frecuencia relativa</b>	<b>Frecuencia absoluta acumulada</b>	<b>Frecuencia relativa acumulada</b>
1	133	14.1%	133	14%
7	110	11.7%	243	26%
4	100	10.6%	343	36%
3	99	10.5%	442	47%
10	92	9.8%	534	57%
5	89	9.5%	623	66%
8	89	9.5%	712	76%
9	89	9.5%	801	85%
2	84	8.9%	885	94%
6	56	6.0%	941	100%
<b>Total</b>	<b>941</b>	<b>100%</b>		

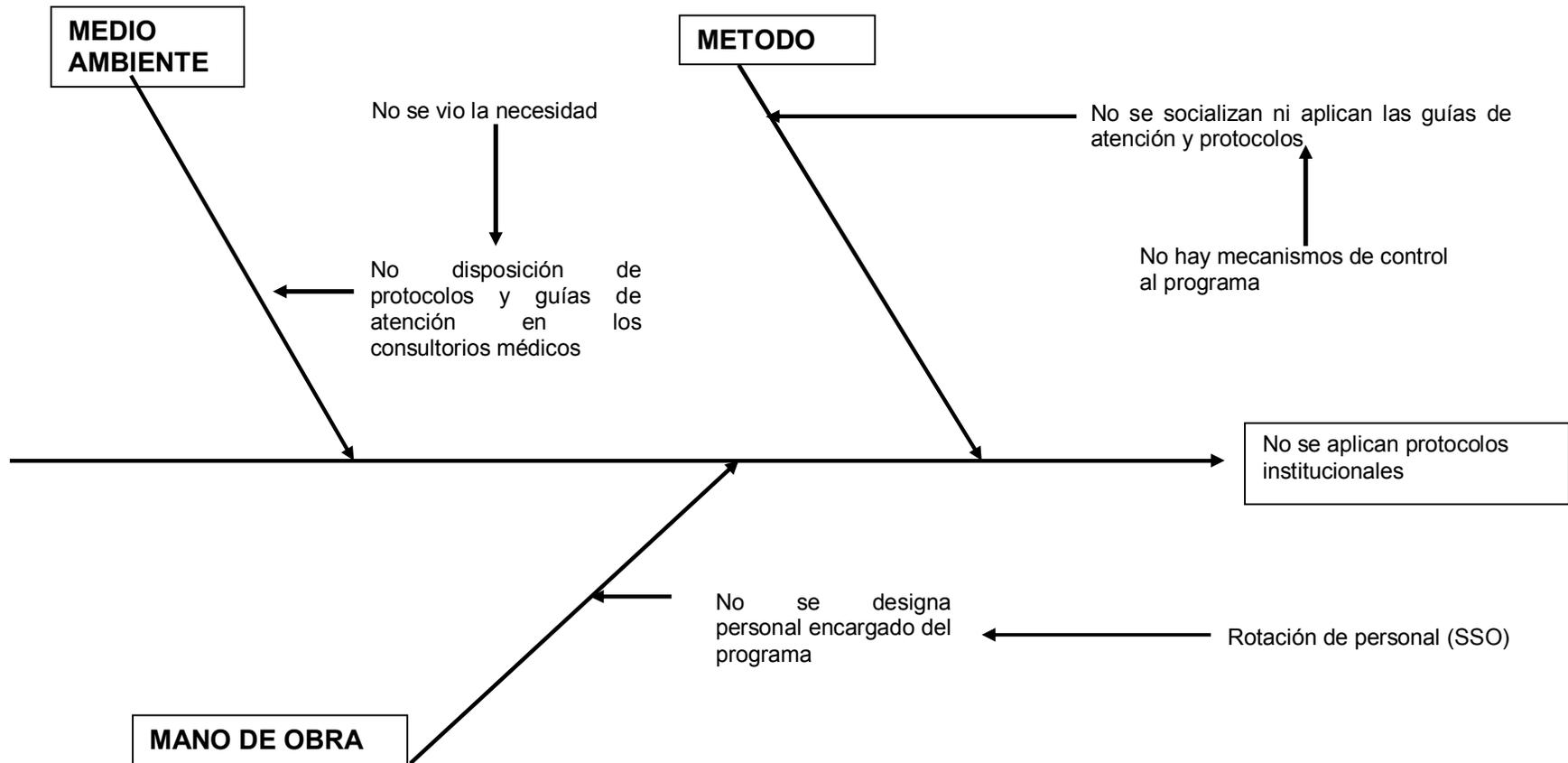
Diagrama de Pareto de los resultados en común obtenidos en la aplicación de lista de chequeo a las historias clínicas prenatales de las gestantes en el periodo de enero a diciembre del 2009



Con base en el diagrama de Pareto se puede concluir que dentro de las intervenciones consideradas como vitales están las cuatro causas identificadas como de mala calidad en la atención a las gestantes, detectadas después de la aplicación de la lista de chequeo a las historias clínicas prenatales. El plan de mejoramiento debe incluir las principales causas con el fin de hacer ajustes eficaces al proceso. Por lo anterior se decide elaborar un diagrama de CAUSA-EFECTO por cada actividad identificada así como su acción de bloqueo.

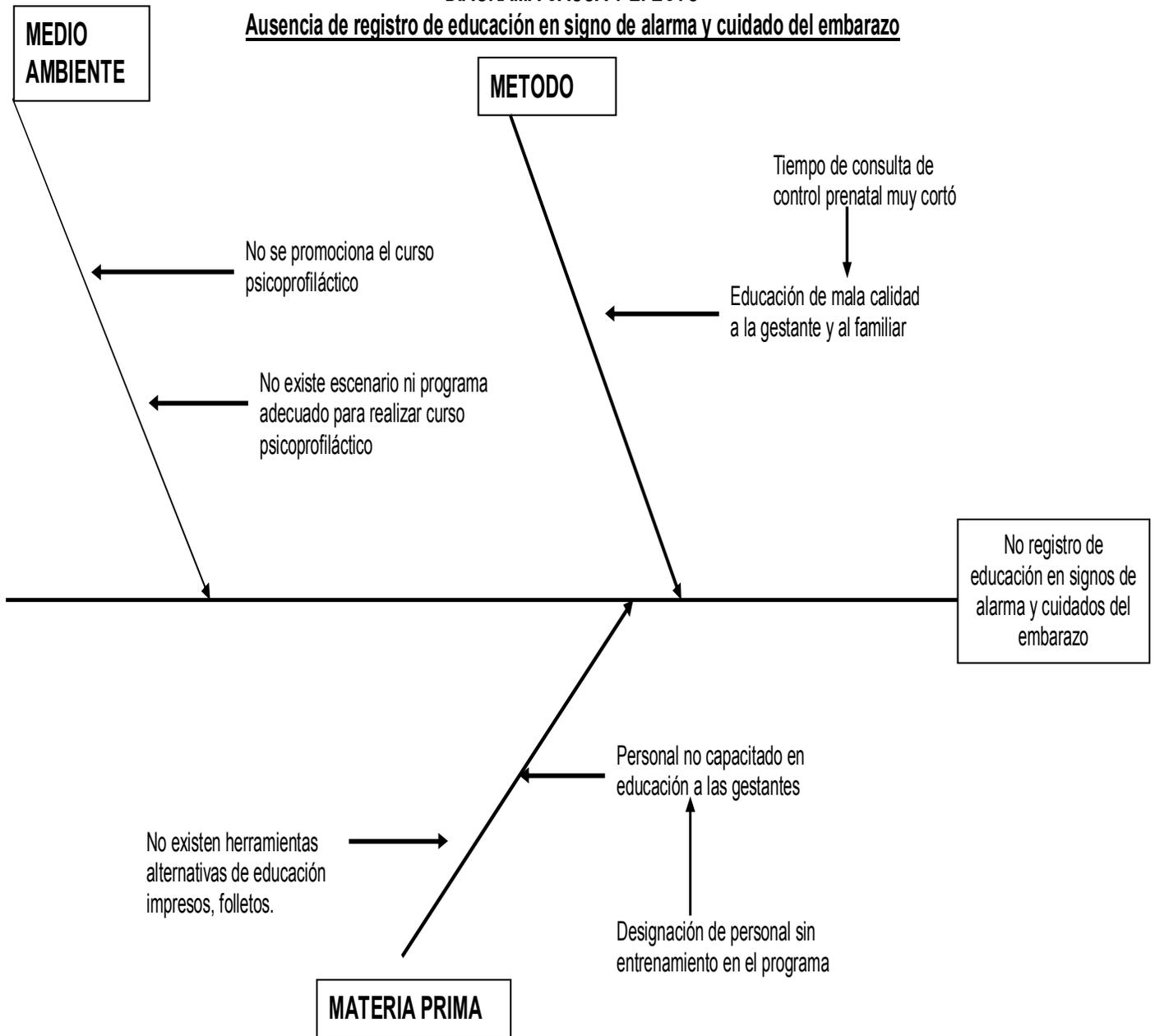
### 6.3. DIAGRAMA DE CAUSA Y EFECTO N° 3.

**4.9.2 DIAGRAMA CAUSA Y EFECTO**  
**Falta de aplicación de los protocolos institucionales**

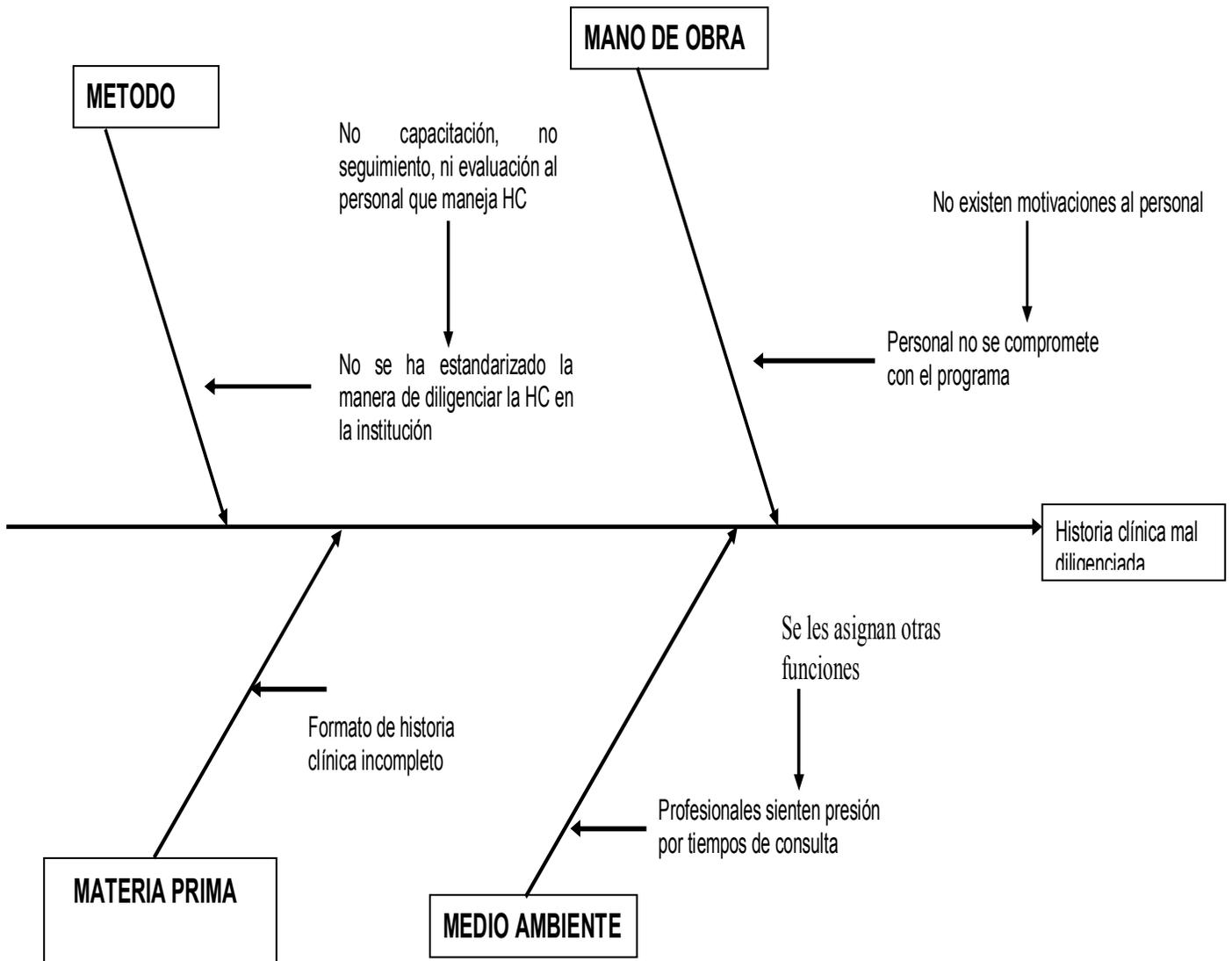


### DIAGRAMA CAUSA Y EFECTO

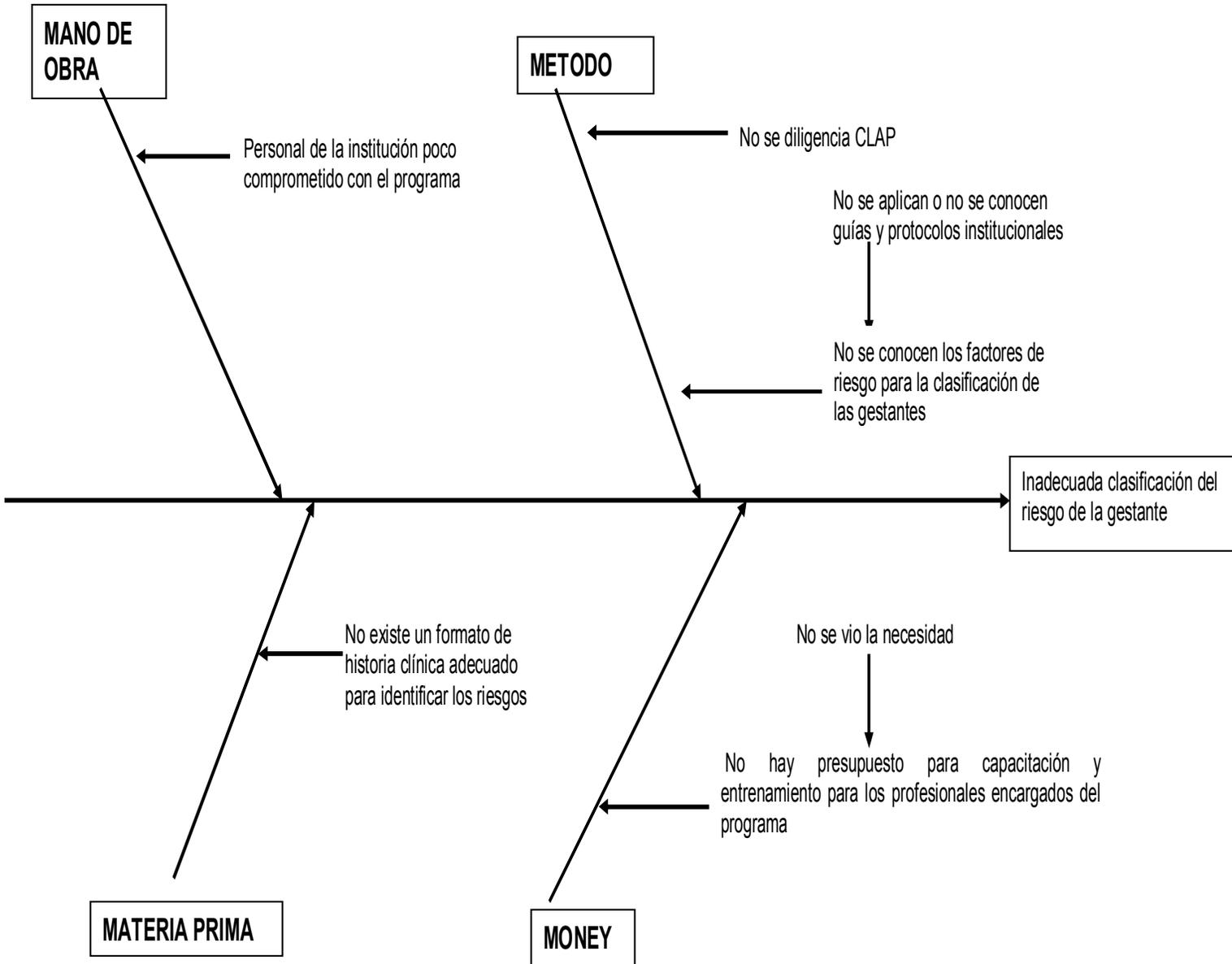
#### Ausencia de registro de educación en signo de alarma y cuidado del embarazo



**DIAGRAMA CAUSA Y EFECTO**  
**Historia Clínica Mal diligenciada**



**DIAGRAMA CAUSA Y EFECTO**  
**Inadecuada clasificación del riesgo obstétrico de la gestante**



**6.4. PLAN DE MEJORAMIENTO DIRIGIDO A MEJORAR LA CALIDAD DEL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA PRENATAL EN LA E.S.E HOSPITAL CLARITA SANTOS DE SANDONÁ – NARIÑO DURANTE EL PERÍODO DE ENERO A DICIEMBRE 2009**

N°	OBJETIVO	SITUACIÓN INICIAL	DONDE	ACCIONES PARA CONSEGUIR EL OBJETIVO				SEGUIMIENTO	
				FECHA	DURACION	ACCIONES	RESPONSABLE/S	FECHA	COMENTARIOS
1	ESTANDARIZAR EL DILIGENCIAMIENTO Y REALIZACION DEL CONTROL PRENATAL POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD, PARA GARANTIZAR UNA ATENCION CON CALIDAD.	FALTA DE APLICACIÓN DE LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES	HOSPITAL CLARITA SANTOS DE SANDONA	INMEDIATA	2 MESES	Tener consultorios fijos para la atención de gestantes, o facilitar copias d protocolos e lugar accesible para lo médicos o enfermeras que realizan el control.	GERENTE DE LA E.S.E		
						Realizar un cronograma dirigido al personal de salud, para la socialización, capacitación y entrenamientos de los protocolos de atención a la gestante y recién nacido, así como la atención del parto.	SUBGERENTE CIENTIFICO/COORDINADOR MEDICO		
						Crear, retomar indicadores que valoren la calidad de atención a las gestantes.	GERENTE DE LA E.S.E, SUBGERENTE CENTIFICO		
						Designar un personal de salud idóneo, capacitado y entrenado para dirigir y operar el programa de control prenatal.	COORDINADOR DE PYP		
						Designar para la atención de la gestante personal de salud permanente para llevar una secuencia de esta actividad.	GERENTE DE LA E.S.E		
2	RECONOCER OPORTUNAMENTE LOS SIGNOS DE ALARMA DURANTE LA GESTACION	AUSENCIA DE REGISTRO DE EDUCACIÓN EN SIGNOS DE ALARMA Y	HOSPITAL CLARITA SANTOS DE SANDONA	INMEDIATA	PERMANENTE	Utilizar herramientas de información, educación y comunicación con el fin de promocionar el curso psicoprofiláctico	SECRETARIA DE SALUD. GERENTE DE LA E.S.E		

	PARA ASISTIR OPORTUNAMENTE AL HOSPITAL, DISMINUYENDO LAS COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO Y TRABAJO DE PARTO.	CUIDADO DEL EMBARAZO				Adecuación de un sitio exclusivo, acogedor y que tenga la dotación necesaria para la realización del mismo.	SECRETARIA DE SALUD. GERENTE DE LA E.S.E		
						Reorganizar las agendas con el fin de destinar mayor tiempo en la duración de las consultas de control prenatal	COORDINADOR DE PYP, JEFE DE FACTURACION		
						Sensibilizar a los profesionales de la institución y principalmente a los que participan en el programa sobre la importancia de brindar educación a las mujeres embarazadas.	SUBGERENTE CIENTIFICO, COORDINADOR MEDICO, COORDINADOR DE PYP.		
						Dotar al programa de todas las herramientas educativas necesarias referentes a maternidad segura.	SECRETARIA DE SALUD. GERENTE DE LA E.S.E		
						Entrenar a los profesionales encargados del programa en temas referentes a educación en signos de alarma y cuidados del embarazo, y que tengan alcance al núcleo familiar de la gestante.	GERENTE DE LA E.S.E.  COORDINADOR P Y P.		
3	ELABORAR UNA HISTORIA CLINICA DE INGRESO ACORDE A LOS REQUERIMIENTOS NORMATIVOS, CON EL FIN DE MEJORAR LA ATENCION DE LA GESTANTE.	HISTORIA CLÍNICA MAL DILIGENCIADA	HOSPITAL CLARITA SANTOS DE SANDONA	INMEDIATA	3 MESES	Realizar auditorias internas al programa con el fin de fomentar el auto-control.	GERENTE DE LA E.S.E. COORDINADOR DE PYP.		
						Capacitar al personal encargado del programa en el correcto diligenciamiento de la HC.	COORDINADOR P Y P AUDITORIA INTERNA		
						Sensibilizar al personal encargado del programa sobre la importancia del adecuado diligenciamiento de la HC y realizar	COORDINADOR MEDICO, COORDINADOR DE PYP.		

						evaluaciones con frecuencia.			
						Crear formato de HC que incluya todos los datos considerados necesarios según recomendaciones de OMS y CLAP.	GERENTE DE LA E.S.E COMITÉ DE HISTORIA CLINICA.		
						Garantizar un entorno tranquilo a los profesionales del programa a través de la asignación de tareas más relacionadas con él.	GERENTE DE LA E.S.E, COORDINADOR DE PYP.		
						Capacitaciones al personal del programa donde se insista en la importancia del diligenciamiento del CLAP para la clasificación del riesgo.	SUBGERENTE CIENTIFICO, COORDINADOR MEDICO, COORDINADOR DE PYP.		
						Garantizar que los profesionales se adhieran a guías y protocolos institucionales con el fin de que clasifiquen correctamente el riesgo obstétrico de cada gestante.	GERENTE DE LA E.S.E. COORDINADOR DE P Y P AUDITORIA INTERNA		
						Designación de personal que tenga la disposición incondicional de realizar todas las actividades que el programa requiere.	GERENTE E.S.E.		
						Colocar en el nuevo formato de HC las casillas correspondientes al riesgo obstétrico junto a las casillas del diagnóstico con el fin de garantizar su diligenciamiento.	COMITÉ DE HSITORIAS CLINICAS		
4	GARANTIZAR LA CORRECTA CLASIFICACION DEL RIESGO OBSTÉTRICO E LA GESTANTE DESDE EL MOMENTO QUE ES INSCRITA EM EL PROGRAMA	INADECUADA CLASIFICACIÓN DEL RIESGO OBSTÉTRICO DE LA GESTANTE	HOSPIAL CLARITA SANTOS DE SANDONA	INMEDIATO	3 MESES	Destinar recursos institucionales para capacitaciones y entrenamientos en temas de maternidad segura de manera continua al personal encargado del programa.	COORDINADOR MEDICO, COORDINADOR DE PYP.		

## 7. CONCLUSIONES

1. Con base en la muestra tomada para el estudio (133 historias clínicas prenatales) se encuentra un déficit global en la destinación del tiempo requerido para realizar un buen control prenatal a la gestantes, por lo tanto, se convierte en un factor desencadenante de otras fallas detectadas en las historias clínicas.
2. Existen fallas en los hallazgos al examen físico que pueden ser motivados por dos razones, la primera se relaciona con el formato de la historia clínica que utiliza la institución la cual no tiene ítems suficientes que hagan referencia a datos objetivos y necesarios, y la segunda razón puede deberse a la indiferencia por parte de los profesionales con el programa en general. Se sugiere optimizar el formato de historia clínica que se utiliza y revisión de guías de atención a la población materna con los profesionales encargados del programa.
3. La ausencia de información básica en las historias clínicas de la muestra, más aun a sabiendas que es considerada obligatoria dentro de las guías de atención a las mujeres embarazadas, refleja la poca sensibilidad de los profesionales encargados del programa ante el hecho de que la población sea atendida de forma prioritaria y diferenciada, por lo tanto es necesario sensibilizar a todos los trabajadores de la institución sobre la importancia de la atención adecuada a las gestantes. Así como la actualización en la normatividad legal vigente relacionada con la misma.
4. Teniendo en cuenta los hallazgos generales del ejercicio de auditoría se determinan cuatro causas fundamentales que requieren ser analizadas en busca de su causa raíz con el fin de diseñar un plan de mejoramiento que mitigue o anule las fallas encontradas:
  - Falta de aplicación de los protocolos y guías institucionales
  - Ausencia de registro de educación en signos de alarma y cuidados del embarazo
  - Historia clínica prenatal mal diligenciada

- Inadecuada clasificación del riesgo de la gestante
5. Como conclusión general podemos decir que el Hospital Clarita Santos tiene un buen programa de captación y seguimiento a paciente gestantes, pero que debido al no adecuado diligenciamiento de las historias clínicas se deja por fuera factores importantes relacionados directamente con las gestantes y con sus futuras complicaciones, por lo tanto se sugiere implementar medidas ante tal situación para contribuir al programa de maternidad segura nacional.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. Antenatal care in developing countries: promises, achievements and missed opportunities: an analysis of trends, levels and differentials, 1991-2000. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2003.
2. Fescina R, De Murcio B. Sexual and reproductive health. Panamerican Health Organization: Health in the America's in 2007. Washington: PAHO; 2007.
3. Schwarcz R, Fescina R. Maternal Mortality in Latin America and the Caribbean. Lancet 2000; 358 suppl. S11: 3245-67 (cifras actualizadas al 2004).
4. Plan de Choque para la reducción de la Mortalidad Materna. Ministerio de la Protección Social. Bogotá (DC); 2004.
5. Fescina R, Butrón B, De Mucio B, Martínez G, Díaz Rosello J, Camacho V, et al. Historia Clínica Perinatal. OPS. Centro Latinoamericano de Perinatología. Montevideo (Uruguay); 2007.
6. Plan territorial de Salud 2008 -2011, Dirección Local de Salud, Sardoná-Nariño.
7. Ardila Montealegre Javier. Control prenatal. Hospital Universitario San Ignacio, Bogota. Programa actualización médica ASCOFAME, Bogota 2002.
8. Información de las gestantes que asistieron al control prenatal el segundo semestre de 2008 y primer semestre del 2009, Hospital Clarita Santos, área de información y estadística año 2009
9. Programa de control prenatal, salud sexual y reproductiva, Hospital Clarita Santos, área de promoción, prevención y salud pública
10. Organización de la red de prestación de servicios de salud. Ministerio de la Protección Social. Bogota 2006.
11. Documento red. Instituto Departamental de Salud de Nariño, año 2008
12. Resolución No 412 del 2000 .Ministerio de la Protección Social.
13. LEY 23 DE 1981, Ministerio de la protección Social.
14. Castaño Patricia- Congreso de Responsabilidad Civil. Medellín. Julio 28 del 2000. "La historia clínica".
15. Resolución 1995 de 1999. Ministerio de Salud. Colombia.

16. De Brigard Pérez Ana María. Valor Jurídico de las Historias Clínicas. Documento. 1997. Bogotá. Colombia.
17. Ministerio de Salud de Colombia. Resolución 3374 de 2000. Bogotá Diciembre 27 de 2000
18. Responsabilidad profesional. Profesor ordinario de ética empresarial IESE Universidad de Navarra Rodrigues Alejandra

## 9. ANEXOS

### ANEXO 001.

**Figura 1.** Lista de verificación del componente básica del nuevo modelo de control prenatal de la OMS.

NOTA: Marque las actividades realizadas donde corresponda (utilice la edad gestacional más cercana al momento de la visita)

Nombre de la paciente: \_\_\_\_\_

Dirección y teléfono: \_\_\_\_\_ N° de la historia clínica \_\_\_\_\_

<b>PRIMERA VISITA</b> <i>para todas las mujeres que consultan por primera vez al Obstetra independientemente de la edad gestacional. Si la primera visita tiene lugar después de la fecha recomendada, realice todas las actividades necesarias hasta ese momento.</i>	Visitas			
	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>
FECHA: / /				
<i>Formulario de clasificación</i> que indica elegibilidad para el componente básico del programa				
Examen médico				
Anemia clínicamente severa. Prueba de hemoglobina				
Examen obstétrico: estimación de edad gestacional y altura uterina				
Examen ginecológico (puede posponerse hasta la segunda visita)				
Medición de la presión arterial				
Peso/altura de la madre				
Realización inmediata del análisis de sífilis, detección de ITS sintomática				
Realización de la prueba de orina (con múltiples tiras reactivas)				
Solicitud del grupo sanguíneo y factor Rh				
Administración de vacuna antitetánica				

Aporte complementario de ácido fólico y hierro				
--	--	--	--	--

Examen médico para detección de anemia				
Examen obstétrico: edad gestacional, altura uterina, fetocardia				
Medición de presión arterial				
Peso materno (solo para mujeres con bajo peso en la primera visita)				
Prueba de orina para detección de proteínas (solo nulíparas/mujeres con antecedentes de pre-eclampsia)				
Aporte complementario de ácido fólico y hierro				
Recomendaciones para situaciones de emergencia				
Ficha prenatal completa				

Recomendaciones para situaciones de emergencia/línea directa para emergencias				
---	--	--	--	--

<b>SEGUNDA VISITA Y VISITAS POSTERIORES</b>	Edad gestacional – N <sup>a</sup> aprox. semanas
	FECHA:     /     /     26     32     38

<b>TERCERA VISITA:</b> agregar a la segunda visita	FECHA:     /     /
--	--------------------

Solicitud de prueba de hemoglobina				
Administración de vacuna antitetánica (segunda dosis)				
Instrucciones para el parto/planificación del nacimiento				
Recomendaciones para la lactancia/anticoncepción				

<b>CUARTA VISITA:</b> agregar a la segunda y tercer visitas	FECHA:     /     /
---	--------------------

Detección de presentación podálica y derivación para versión cefálica externa				
Ficha prenatal completa (recomendar que la lleve al hospital)				

Personal responsable del control prenatal:

Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**9.2 ANEXO 002**

Figura 2:

**VERIFICACION DE LA NORMA TECNICA PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES DEL EMBARAZO**

NOMBRE DE LA IPS: \_\_\_\_\_ REALIZA LA VISITA: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ CARGO: \_\_\_\_\_  
 MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ ATIENDE LA VISITA: \_\_\_\_\_  
 VISITA: \_\_\_\_\_ CARGO: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE LA VISITA: \_\_\_\_\_

CONDICIONES DE VERIFICACIÓN	C	NC	OBSERVACIONES
<b>CARACTERISTICAS DEL SERVICIO</b>			
<b>1. IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN DE LAS GESTANTES EN EL CONTROL PRENATAL</b>			
1.1. Ordena prueba de embarazo sin este no es evidente			
1.2 Promueve la presencia del compañero o algún familiar, en el control prenatal			
1.3 Informa a la mujer y al compañero, acerca de la importancia del control prenatal, su periodicidad y características			
<b>2. CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL</b>			
2.2 Elabora la historia clínica e identifica los factores de riesgo			
2.2.1 Registra los datos de identificación: nombre, documento de identidad, edad, raza, nivel educativo, estado civil, ocupación, régimen de afiliación, procedencia (urbano, rural), dirección y teléfono			
2.2.2 Anamnesis			
2.2.2.1 Antecedentes personales: Patológicos, quirúrgicos, nutricionales, traumáticos, tóxico-alérgicos, (medicamentos recibidos, tabaquismo, alcoholismo, sustancias psicoactivas, exposición a tóxicos e irradiación y otros). Enfermedades, complicaciones y tratamientos recibidos durante la gestación actual.			
2.2.2.2 Antecedentes obstétricos			

Gestaciones: Total de embarazos, intervalos intergenésicos, abortos, ectópicos, molas, placenta previa, abrupción, ruptura prematura de membranas, polidraminios, oligoamnios, retardo en el crecimiento intrauterino			
Partos: Número de partos, fecha del último, si han sido únicos o múltiples, prematuro a término término o prolongado, por vía vaginal o por cesárea, retención placentaria, infecciones en el post parto, numero de nacidos vivos o muertos, hijos con malformaciones congénitas, muertes perinatales y causas y peso al nacer			
2.2.2.3 Antecedentes ginecológicos: Edad de la menarquía, patrón de ciclos menstruales, fecha de las dos ultimas menstruaciones, métodos anticonceptivos utilizados y hasta cuando, antecedente o presencia de flujos vaginales, enfermedades de transmisión sexual VIH/Sida, historia y tratamientos de infertilidad			
2.2.2.4 Antecedentes familiares: Hipertensión arterial crónica, preeclampsia, eclampsia, cardiopatías, diabetes, diabetes metabólicas, autoinmunes, infecciosas, congénitas, epilepsia, trastornos mentales, gestaciones múltiples, tuberculosis, neoplasias y otras.			
2.2.2.5 Gestación actual: Edad gestacional probable (fecha de la ultima regla, altura uterina y ecografía obstétrica), presencia o ausencia de movimiento fetales, sintomatología infecciosa urinaria o cervicovaginal, cefaleas persistentes, edemas progresivos en cara o miembros superiores e inferiores, epigastralgia y otros.			
2.2.2.6 Valoración de condiciones psicosociales: Tensión emocional, humor, signos y síntomas neurovegetativos, soporte familiar y de la pareja, embarazo deseado y o programado			
2.3 Examen Físico			
2.3.1 Toma medidas antropométricas: peso, talla, altura uterina y valorar estado nutricional			
2.3.2 En cada consulta corrobora los datos de ganancia de peso materno y altura uterina para la edad gestacional con las			

tablas correspondientes			
2.3.3 Toma signos vitales: pulso, respiración, temperatura y tensión arterial			
2.3.4 La toma de tensión arterial la hace con la gestante sentada, en el brazo derecho, después de 1 minuto de reposo			
2.3.5 Realiza examen físico completo por sistemas: lo hace céfalo caudal incluida la cavidad bucal			
2.3.6 Valoración ginecológica: Realiza examen de senos y genitales que incluye valoración del cuello, toma de citología, tamaño y posición uterina y anexos, comprueba la existencia de embarazo, descarta gestación extrauterina e investiga patología anexial			
2.3.7 Valoración obstétrica: Determina altura uterina, número de fetos, situación y presentación fetal, fetocardia y movimientos fetales			
2.4 Solicitud de exámenes paraclínicos			
2.4.1 Hemograma completo que incluya velocidad de sedimentación			
2.4.2 Hemoclasificación			
2.4.3 Serología ( Prueba no treponémica VDRL en suero o LCR			
2.4.4 Uroanálisis			
2.4.5 Prueba para detección de alteraciones en el metabolismo (Glicemia en ayunas, glucosa en suero, LCR u otro fluido diferente a orina 90.3.8.41) para detectar diabetes gestacional; en pacientes de alto riesgo para diabetes mellitus, prueba de tolerancia oral a la glucosa desde la primera consulta (Glucosa, curva de tolerancia cinco muestras)			
2.4.6 Ecografía obstétrica: una ecografía en el primer trimestre. (Ecografía Pélvica Obstétrica con evaluación de la circulación placentaria y fetal			
2.4.7 Ofrece consejería (Consulta de primera vez por citología y prueba de Elisa para VIH (VIH 1 y 2 anticuerpos y HbsAg-serología para antígeno de superficie de Hepatitis B)			
2.4.8 Frotis de Flujo vaginal en caso de leucorrea o riesgo de parto prematuro			

2.4.9 citología cervical de acuerdo con los parámetros de la norma de detección del cáncer de cuello uterino			
2.5 Administración de toxoide tetánico y diftérico			
La aplicación de estos biológicos, se realiza de acuerdo con el esquema de vacunación vigente y los antecedentes de vacunación de la gestante			
2.6 Formulación de micronutrientes			
Formula suplemento de Sulfato Ferroso en dosis de 60 mg de hierro elemental/ día y 1 mg día de Acido Fólico durante toda la gestación y hasta el 6° mes de lactancia. Además debe formularse calcio durante la gestación, hasta completar una ingesta mínima diaria de 1200-1500 mg			
2.7 Educación individual a la madre, compañero y familia sobre			
2.7.1 Fomenta los factores protectores para la salud de la gestante y de su hijo tales como medidas higiénicas, dieta, sexualidad, sueño, vestuario, ejercicio y hábitos adecuados, apoyo afectivo, control prenatal, vacunación y la atención institucional del parto			
2.7.2 Importancia de la estimulación del feto			
2.7.3 Preparación de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta los 2 años			
2.7.4 Fortalecimiento de los vínculos afectivos, la autoestima y el auto cuidado como factores protectores			
2.7.5 Prevención de la automedicación y del consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas durante la gestación			
2.7.6 Orientación sobre signos de alarma por los que debe consultar oportunamente, tales como edema, vértigos, cefalea, dolor epigástrico, trastornos visuales y auditivos, cambios en la orina sangrado genital y ausencia de movimientos fetales según la edad gestacional			
2.8 Remisión a consulta odontológica general			
Remite a consulta odontológica en la fase temprana del embarazo. Esta remisión debe hacerse de rutina independiente de los hallazgos del examen médico o			

tratamientos odontológicos en curso			
2.9 Diligencia y entrega el carnet materno y educa sobre la importancia de su uso			
En l carnet materno, registra los hallazgos clínicos, la fecha probable del parto, los resultados de los exámenes paraclínicos, las curvas de peso materno, altura uterina y tensión arterial media y las fechas de las citas de control			
<b>3. CONSULTAS DE SEGUIMIENTO Y CONTROL</b>			
Las consultas de seguimiento por médico o enfermera se hacen mensualmente hasta la semana 36 y luego cada 15 días hasta el parto			
3.1 Control prenatal por médico (Consulta de control o Seguimiento de Programa por Medicina General			
3.1.1 El médico realiza el control prenatal a las gestantes cuyas características y condiciones indiquen una gestación de alto riesgo			
3.1.2 Los últimos 2 controles prenatales los realiza el médico con frecuencia quincenal, para orientar a la gestante y su familia sobre el sitio de la atención del parto y del recién nacido y diligenciar en forma completa la nota de remisión			
3.1.3 En la consulta de seguimiento y control prenatal por médico incluye:			
Anamnesis. Indaga sobre el cumplimiento de las recomendaciones y la aplicación de los tratamientos prescritos			
Examen físico completo			
Analiza los resultados de exámenes paraclínicos: este proceso debe permitir verificar los hallazgos de laboratorio y en caso de anormalidades realiza exámenes adicionales o formula el tratamiento requerido			
3.1.4 Para el caso específico de VDRL, cuando este es negativo y no se evidencian condiciones de riesgo, el examen se repite en el momento del parto. Si hay condiciones de alto riesgo para presentar I.T.S. , repite la serología en el tercer trimestre. Si la serología es positiva, se confirma el diagnóstico e inicia tratamiento a la pareja de acuerdo con los lineamientos de la Guía de atención de Sífilis			

3.1.5 Si el parcial de orina es normal se repite cada trimestre, pero si es patológico se solicita los urocultivos y antibiogramas necesarios			
3.1.6 Solicita exámenes paraclínicos durante el segundo trimestre: uroanálisis, prueba para detección de diabetes gestacional, ecografía obstétrica entre las semanas 19 a 24			
3.1.7 En el tercer trimestre, las pruebas que se requieren son el uroanálisis y la serología según el riesgo			
3.1.8 Analiza las curvas de ganancia de peso, crecimiento uterino y presión arterial media			
3.1.9 Formulación de micronutrientes			
3.1.10 Informa y educa sobre la importancia de la atención del parto institucional, sobre condiciones particulares y sobre signos de alarma por los que debe consultar oportunamente			
3.1.11 Remisión a curso de preparación para el parto			
3.1.12 Informa, educa y brinda consejería en planificación familiar. Solicita firma del consentimiento informado de la gestante en caso de elegir método permanente para después del parto			
3.1.13 Educa y prepara para la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y con alimentación complementaria hasta los 2 años			
3.1.14 Diligencia y entrega el carnet y da indicaciones sobre el siguiente control según condiciones y criterio médico. En el último control se da instrucciones a la madre para que presente su carnet materno en la institución donde se le atenderá el parto			
3.2 Control prenatal por Enfermera (Consulta de control o seguimiento de Programa por Enfermería)			
3.2.1 Anamnesis: Indaga sobre el cumplimiento de recomendaciones y aplicación de tratamientos y remite si hay presencia de signos o síntomas			
3.2.2 Realizar examen físico completo			
3.2.3 Analiza las curvas de ganancia de peso, crecimiento uterino, presión arterial media			

3.2.4 Analiza los resultados de exámenes paraclínicos: este proceso debe permitir verificar los hallazgos de laboratorio y en caso de anormalidades realiza exámenes adicionales o formula el tratamiento requerido			
3.2.5 Para el caso específico de VDRL, cuando este es negativo y no se evidencian condiciones de riesgo, el examen se repite en el momento del parto. Si hay condiciones de alto riesgo de presentar I.T.S., repite la serología en el tercer trimestre. Si la serología es positiva, confirma el diagnóstico e inicia tratamiento a la pareja de acuerdo con los lineamientos de la guía de atención para sífilis			
3.2.6 Si el parcial de orina es normal se repite cada trimestre, pero si es patológico se solicitan los urocultivos y antibiogramas necesarios			
3.2.7 Solicitud de exámenes paraclínicos,. Durante el segundo trimestre los exámenes paraclínicos requeridos son: Uroanálisis, prueba para detectar diabetes gestacional, ecografía obstétrica entre las semanas 19 a 24			
3.2.8 En el tercer trimestre, las pruebas que requieren son el uroanálisis y la serología según el riesgo			
3.2.9 Análisis de las curvas de ganancia de peso, crecimiento uterino y presión arterial media			
3.2.10 Formulación de micronutrientes			
3.2.11 Informa y educa sobre la importancia de la atención del parto institucional, sobre condiciones particulares y sobre signos de alarma por los que debe consultar oportunamente			
3.2.12 Remite a curso de preparación para el parto			
3.2.13 Informa, educa y brinda consejería en planificación familiar. Solicita firma de consentimiento informado de la gestante en caso de elegir método permanente para después del parto			
3.2.14 Educa y prepara para la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y con alimentación complementaria hasta los 2 años			

<p>3.2.15 Diligencia y entrega el carnet y da indicaciones sobre el siguiente control según condiciones y criterio médico. En el último control con enfermera se da instrucciones a la madre para que asista al siguiente control con médico</p>			
<p>3.2.16 Remite a la gestante a la consulta médica si encuentra hallazgos anormales que sugieren factores de riesgo, o si los exámenes paraclínicos reportan anomalías.</p>			

<p>POR LA SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL</p>	<p>NOMBRES Y APELLIDOS</p>	<p>NÚMERO DE CEDULA</p>	<p>FIRMA</p>
<p>POR LA IPS</p>	<p>NOMBRES Y APELLIDOS</p>	<p>NÚMERO DE CEDULA</p>	<p>FIRMA</p>

**9.3 ANEXO 003**

**ENCUESTA DE VERIFICACION DE LA CALIDAD EN EL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA PRENATAL EN EL HOSPITAL CLARITA SANTOS DE SANDONA - NARIÑO**

**OBJETO:** Determinar el margen de error y la falta de datos solicitados en el diligenciamiento de la historia clínica prenatal por los médicos del hospital clarita santos E.S.E de Sandoná Nariño.

**ALCANCE:** Usuaris maternas del hospital clarita santos E.S.E

**POBLACION OBJETO:** Usuaris maternas que asistieron al hospital clarita santos E.S.E de enero a diciembre de 2009

- 1) Cree usted que los datos solicitados en el formato de historia clínica prenatal son completos para una correcta valoración y seguimiento médico a seguir.

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

PORQUE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 2) El actual formato de historia clínica aplicado en el hospital clarita santos E.S.E a las maternas necesita ajustes.

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

CUALES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 3) Es necesario actualizar los datos de los formatos de historia clínica actuales en el comité de historias clínicas conjuntamente con el equipo auditor del hospital clarita santos.

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

PORQUE. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 4) Piensa usted que la poca receptividad de las maternas a tener su bebe en las instalaciones del hospital clarita santos se debe a la falta de pertinencia medica, a la falta en el ingreso de una historia clínica prenatal con datos completos para su atención y control.

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

PORQUE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_