

**EVALUACION DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL EN LA E.S.E. HOSPITAL
ANTONIO ROLDAN BETANCUR
PRIMER NIVEL NOVIEMBRE 2007**

Dr. Pedro Nel Ospina Restrepo

Dr. Juan de Jesús Gómez Barrios

Dr. Alfredo Alfonso Ramírez Anaya

Dr. Emiliano García Uscátegui

**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD "C.E.S"
MUNICIPIO DE APARTADÓ
2008**

**EVALUACION DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL EN LA ESE HOSPITAL
ANTONIO ROLDAN BETANCUR
PRIMER NIVEL NOVIEMBRE 2007**

**Dr. Pedro Nel Ospina Restrepo
Dr. Juan de Jesús Gómez Barrios
Dr. Alfredo Alfonso Ramírez Anaya
Dr. Emiliano García Uscátegui**

**TESIS DE GRADO
ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN SALUD
AUDITOR MEDICO**

**Asesor: Doctor Francisco Ochoa Jaramillo.
Médico Epidemiólogo.**

**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD "C.E.S"
MUNICIPIO DE APARTADÓ
2008**

AGRADECIMIENTOS

Los autores desean agradecer al Dr. Hernán García Cardona por permitirnos realizar el proyecto de grado, al Dr. Francisco Ochoa Jaramillo por la revisión global del manuscrito a María Elena Bolívar auxiliar de la Universidad del CES en Apartadó, también desean agradecer a el personal administrativo del Hospital Antonio Roldan Betancur Dr. Jose Agustín Mosquera Díaz Gerente, Doctora Martha Lilibiana Pinto Tobón Jefe División Urgencias y Ambulatorios, Licenciada Blanca Nelly Brand Ossa Jefe de área de internación y cirugía, Sra. Irina Reyes Coordinadora del programa de prevención y promoción del puesto de salud de Pueblo Nuevo y a todo el personal, quienes con su esmerada y continua colaboración nos permitieron realizar el estudio.

A la memoria de todas las mujeres de la Zona de Urabá que han muerto en pos de dar vida. A ellas nuestro obligación de seguir trabajando para que no sean olvidadas y para que su tragedia allane el camino hacia una maternidad segura en todo nuestro país.

CONTENIDO

	Pág
AGRADECIMIENTOS	3
CONTENIDO	4
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
2. JUSTIFICACIÓN	11
3. PROPOSITO	13
4. OBJETIVOS.....	14
4.1 Objetivo general	14
4.2 Objetivos específicos.....	14
5. MARCO TEORICO.....	15
5.1 CALIDAD EN EL CONTROL PRENATAL	15
5.1.1 Evaluación de la calidad de los servicios de salud. La evaluación de los servicios comprende dos grandes temas:.....	18
5.2 SALUD MATERNA – PERINATAL.....	21
5.2.1 Legislacion En Salud Materna	21
5.3 ASPECTOS GENERALES DE INTERES.....	25
5.3.1 Descripción de la Institución	25
5.3.2 Sericios	26
5.3.3 Elementos Organizacionales	28
5.3.4 Puntos de atención de Nivel I:	29

5.4 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ATENCIÓN PRENATAL.....	31
5.5 EVALUACION DE LA CALIDAD EN LA ESTRUCTURA PARA LA ATENCION PRENATAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION.	32
5.6 MODELO DE PROCESO PARA LA ATENCION PRENATAL DEL EMBARAZO NORMAL.....	33
5.6.1 RECOMENDACIONES DE LA LITERATURA INTERNACIONAL	33
5.6.1.1 A nivel internacional tomamos el programa de atención prenatal que se aplica en Cuba.....	33
5.6.2. RECOMENDACION DE LA LITERATURA NACIONAL	49
6. METODOLOGIA.....	66
6.1 IDENTIFICACION Y DEFINICIÓN DE CONCEPTOS Y VARIABLES.....	66
6.2 TIPO DE ESTUDIO.....	66
6.3 TRABAJO DE CAMPO.....	66
6.4 ÁREA DE ESTUDIO.....	67
6.5 UNIVERSO.....	67
6.6 POBLACION Y MUESTRA	67
6.7 INSTRUMENTO	68
6.8 OBTENCION DE LA INFORMACION.....	70
6.8.1 CRITERIOS DE INCLUSION.....	70
6.8.2 CONTROL DE SESGOS.....	71
6.9 RECOLECCION, PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACIÓN.....	72
6.9.1 PLAN DE RECOLECCION.....	72
6.9.2 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	73
6.9.3 PLAN DE ANALISIS DE LA INFORMACIÓN.....	73
6.9.4 VARIABLES CON RELACION A LOS OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	73
7 CRONOGRAMA.....	77

	Pág
8 ASPECTOS ÉTICOS.....	77
9 RESULTADOS.....	78
9.1 Estructura.....	78
9.1.1 A partir del instrumento para verificación de ambiente de estructura.....	78
9.1.2 A partir del cuestionario para los profesionales de salud.....	78
9.2 Proceso.....	79
9.2.1 A partir del instrumento para verificación de condiciones de estructura.....	79
9.2.2 A partir del cuestionario para los profesionales de la salud.....	79
9.2.3 A partir del cuestionario a la gestante.....	81
9.2.4 A partir de la historia clínica.....	84
9.3 Resultado.....	87
9.3.1 A partir del instrumento para verificación de condiciones de estructura.....	87
9.3.2 A partir del cuestionario de para los profesionales de la salud.....	87
9.3.3 A partir del cuestionario a la gestante.....	89
9.3.4 A partir de la historia clínica.....	91
10. DISCUSIÓN.....	92
CONCLUSIONES.....	97
RECOMENDACIONES.....	98
Sector Salud.....	98
Otros sectores.....	101
BIBLIOGRAFÍA.....	102
ANEXOS.....	113

	Pág
Anexo 1.....	113
Anexo 2..... DEFINICION DE VARIABLES	137
Anexo 3..... GRONOGRAMA	149

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La atención médica tradicional, especialmente en lo referente al programa de control prenatal, tiene un enfoque orientado a realizar un interrogatorio y un examen físico ya esquematizado para la gestante, con complementos adicionales de evaluación de exámenes de laboratorio, ecografías y la prescripción de un tratamiento terapéutico específico para cada caso.

En Colombia, tanto en las Instituciones Prestadoras de Servicios- IPS- como la Empresas Promotoras de Salud - EPS –Empresas Administradoras del Régimen Subsidiado- ARS están carentes de un auténtico proceso de información, orientación, capacitación y educación prenatal dirigido a las embarazadas, con el objetivo que tengan un conocimiento de los fenómenos biológicos y sociales que giran alrededor del estado grávido y puerperal.

Diversas investigaciones en el país dan cuenta de los grados de exclusión frente al acceso a los servicios de salud, constatándose la violación de los derechos a los ciudadanos; se calcula que 12 millones de colombianos no satisfacen sus necesidades de salud y gran parte de la población se asemeja a la condición de víctima del sistema, pues enfrentan continuamente obstáculos para el acceso y para la garantía de calidad del servicio.

El moldeamiento de los servicios de salud con modelos de eficiencia; la calidad y productividad que cada día alejan a las usuarias de los servicios a un acceso real en la satisfacción de sus necesidades, las estrategias como la focalización, los paquetes de atención básica, las medidas de reducción del gasto en salud, los cálculos del subsidio a la demanda y la reducción de las enfermedades evitables, han sido estrategias por una lógica de los mínimos en salud. La privatización de los servicios de salud arroja la anulación del concepto de los derechos sociales y las formas solidarias e igualitarias para garantizarlos. En síntesis, actualmente en los servicios de salud se viven conflictos entre la inclusión y la exclusión de las afiliadas al sistema, el acceso a los medicamentos y a la alta tecnología, la globalización del riesgo de enfermar y morir, el aumento de costos en los servicios y la individualización de la responsabilidad para enfrentar los problemas de salud(1).

En la consulta de control prenatal al médico y al personal de enfermería, poco o ningún espacio de tiempo les queda para abordar a cada gestante y emprender con ella una labor de educación prenatal sobre su estado gestacional.

Las consecuencias de este déficit son obvias: imposibilidad de reconocer signos y síntomas de alarma gravídico-puerperales u otros signos y síntomas de alarma, ignorancia de los conceptos básicos sobre el control prenatal, de la importancia de traer consigo en cada cita la carpeta con el carné y los exámenes de control prenatal, falta de información sobre las bondades y ventajas de la lactancia materna, problemas clínicos de esta, cuidados elementales del recién nacido, peligro de los espacios ínter genésicos cortos y la falta de incorporación de métodos específicos de planificación familiar que pueden implementarse en cada caso particular, son entre otros, algunos de los problemas que se derivan de la ausencia de un proceso educativo prenatal completo y con calidad dirigido a las gestantes. Estas acciones son parte del cuidado primario en salud, es de vital importancia pues son actividades de alta externalidad. Así la anticoncepción, la toma de citologías y la prevención del cáncer debe brindarse a todas las gestantes. Hacerlo así es ganar oportunidades.

Que doloroso que diariamente perdamos oportunidades de salvar la vida de la mujer gestante, si alguien hubiera hablado con ella de la importancia de un método de planificación familiar, de realizar la carta de autorización de ligadura Pomeroy en caso de cesárea urgente o de la importancia de la citología quizás no hubiera muerto. Cuantas veces en la consulta prenatal nos limitamos al examen físico y a dar un diagnóstico y la gestante se va sin saber o conocer los diferentes métodos temporales o quirúrgicos de planificación familiar, sin saber a dónde ir para conseguirlos, sin conocer que existe la citología cérvico vaginal, el auto examen de seno etc. todas estas son oportunidades de promoción y prevención para nuestras gestantes.

La mortalidad materna representa un grave problema de salud pública, sus causas son evitables y es la máxima expresión de injusticia social, ya que es en los países de menor desarrollo económico como Colombia donde existen las cifras más altas de muertes maternas y son las mujeres pobres las que tienen mayor riesgo de morir por embarazo, parto o puerperio.

En consenso la mortalidad materna es un indicador de la calidad de vida y del desarrollo de un país, así como del ejercicio de los derechos ciudadanos sexuales y reproductivos de las mujeres. Expresa las desigualdades e inequidades de género, económicas y culturales. También es indicador de la cobertura y calidad del control prenatal y otros servicios de salud. Más de una mujer en edad reproductiva muere cada minuto en el mundo debido a complicaciones del embarazo y el parto y un total de 585.000 mujeres mueren cada año (2).

La mayoría de las muertes maternas son prevenibles; con un programa de control prenatal completo y buen proceso de educación prenatal, lo cual confirma que no se garantiza el derecho humano de las mujeres a la maternidad segura. La muerte de una madre tiene repercusiones emocionales, económicas y sociales importantes y profundas en la familia y en la comunidad, ya que reduce la supervivencia del recién nacido cuando éste vive, disminuye el desempeño escolar de los niños sobrevivientes y representa una pérdida de la productividad económica y de los ingresos familiares, entre otros aspectos, por lo anterior la mortalidad materna es considerada un indicador de desarrollo de un país (3).

Es fácil asumir la mortalidad materna, perinatal e infantil como una complicación médica. Sin embargo sus raíces reflejan profundos problemas políticos, administrativos, sociales y una profunda inequidad.

Toda la problemática descrita nos sirvió de marco de referencia para planificar una investigación, analizar en un periodo de tiempo la calidad de atención a las gestantes en el programa de control prenatal y el proceso de educación prenatal del nivel I en el Centro de Salud de Pueblo Nuevo del Hospital Antonio Roldán Betancur del Municipio de Apartadó.

2. JUSTIFICACIÓN

La salud perinatal guarda una relación íntima con múltiples factores sociales, culturales, genéticos, económicos y ambientales, pero quizás sea la salud integral de la madre aun desde la etapa preconcepcional y la utilización oportuna y adecuada de servicios médicos prenatales y neonatales de alta calidad, los factores más susceptibles de modificar y de mayor incidencia en las tasas de mortalidad materna. Por tal razón los indicadores específicos para evaluar los programas orientados a su reducción apuntan hacia el mejoramiento de los programas de control prenatal y su proceso educativo prenatal, particularmente en lo referente a reconocer a tiempo los signos y síntomas de alarma u otros signos y síntomas, la consejería en planificación familiar, la educación en lactancia materna, cuidado del posparto, del recién nacido y prevención del cáncer de cérvix y de seno el cuidados del carné y de los exámenes de laboratorio y ecografías realizados durante todo el control prenatal.

Aunque la cobertura del control prenatal en Colombia ha aumentado en los últimos años, es frecuente sin embargo, aún hoy día, la captación tardía en el último trimestre del embarazo, un bajo promedio de controles prenatales por la paciente, el registro o llenado incompleto de las historias y la no aplicación de un proceso completo de educación prenatal que se han convertido en una desafortunada costumbre en las instituciones de salud y en la práctica médica moderna.

La muerte materna y la muerte fetal son dos tragedias propias del subdesarrollo con graves repercusiones sociales y psicológicas para el grupo familiar que sobrevive y que trascienden como el resultado final de una serie de circunstancias negativas que van desde la discriminación, la pobreza, la ignorancia, y la falta de recursos hasta la carencia tecnológica y el desacierto o la negligencia de la administración de las instituciones y a la vez en el actuar médico (4).

En 1996 un estudio de la Comisión Interdisciplinaria de Género de la Universidad Centroamericana sobre la calidad de los servicios de salud reproductiva, encontró que la calidad del control prenatal se ha visto seriamente afectado en su calidad por el problema de desabastecimiento tiempo-técnico-material, lo que reduce sensiblemente la capacidad preventiva de este servicio. Así mismo encontró que persisten problemas de racionalidad en la distribución y uso de recursos humanos en los servicios de salud reproductiva (4).

Durante los últimos cuatro años en la Zona de Urabá, se realizó un proceso de vigilancia de la mortalidad materna; mediante el análisis de estos eventos realizados por la Dirección Seccional de Salud de Antioquia durante los años 2004-2006, se concluyó que estas muertes se pueden prevenir con intervenciones simples como la promoción y prevención por medio del proceso educativo prenatal completo en el programa de consultas de control prenatal en el primer nivel de atención (1).

3. PROPOSITO

Esta investigación evaluativa posibilitará mejorar el proceso del programa de control prenatal, el direccionamiento de las políticas de prevención y promoción del control prenatal del Centro de salud de Pueblo Nuevo Nivel I del Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, así como la definición de áreas prioritarias de intervención.

Las preguntas a resolver son:

1- La estructura y el proceso de prestación del servicio de Control Prenatal se acercan a los estándares recomendados para una atención con calidad en el nivel?

2-Cuál es la calidad de atención desde el enfoque educativo prenatal que se brinda en el programa de control prenatal en el centro de salud de Pueblo Nuevo nivel I del Hospital Antonio Roldan Betancur?

3- Existe un proceso educativo prenatal en el programa de control prenatal en el Centro de salud de Nivel I del Hospital Antonio Roldan Betancur acorde a las necesidades de las gestantes de la Región de Urabá?

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

Evaluar integralmente el programa de control prenatal del Hospital Antonio Roldan Betancur, primer nivel durante el periodo comprendido entre el 15 de noviembre al 15 de diciembre del 2007, para identificar sus logros y necesidades de ajuste.

4.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar sociodemográficamente la población en estudio.
2. Evaluar la calidad de atención a partir de la estructura disponible para la prestación del servicio de control prenatal en el Centro de Salud de Pueblo Nuevo de Nivel I.
3. Valorar la calidad de atención según programa del control prenatal brindados a las pacientes atendidas durante el periodo de estudio.
4. Valorar la calidad de atención según el proceso educativo prenatal brindado en el programa de control prenatal en el centro de salud de Nivel I.
5. Evaluar la calidad de atención según la satisfacción de usuarias externas y profesionales de la salud
6. Analizar el proceso de educación prenatal de promoción y prevención brindado en el programa de control prenatal en el centro de salud de Nivel I.

5. MARCO TEORICO

5.1 CALIDAD EN EL CONTROL PRENATAL

El punto de partida de toda gestión de calidad, consiste en captar las exigencias y necesidades de las maternas y analizar la forma de ofrecerles soluciones que respondan a sus necesidades.

Se parte de las características que deben tener los servicios de salud, en el proceso de atención de las usuarias, desde el punto de vista técnico, de educación e información y recurso humano, para alcanzar los efectos deseados tanto por los proveedores como por las usuarias.

Así, si admitimos ofrecer calidad significa corresponder a las expectativas de las pacientes e incluso sobrepasarla. Esto implica conocer las virtudes y fallas del mismo para poder exponerlos o mejorarlos según sea el caso, para ello se debe establecer estándares y evaluar en forma fehaciente los principales componentes de la calidad del servicio (5):

- **Carácter tangible:** Es el aspecto del soporte material del servicio, del personal y de los soportes de comunicación, como son; las condiciones de confort y la limpieza del consultorio, cómo la recibe la recepcionista, la relación interpersonal entre la enfermera o médico y la gestante, la forma de informar, orientar, dar educación por parte del recurso humano.
- **Fiabilidad:** Consiste en realizar correctamente el servicio desde el primer momento. Normalmente el 96% de las pacientes insatisfechas no realizan reclamaciones pero no vuelven al consultorio y no lo recomiendan. Si se atiende una gestante mal y no se le presta la debida atención o no le da una completa información – orientación y educación en la primera consulta, esa es la impresión que ella va a tener y luego es muy difícil de modificar.
- **Rapidez:** Se traduce en la capacidad de realizar el servicio dentro de los plazos aceptables para la gestante. No retener a una materna mucho tiempo en la sala de espera y no dar turnos por periodos muy largos.

- Competencia: Del personal que debe poseer la información y la capacitación necesaria para la realización del servicio. El personal que acompaña al profesional debe conocer todas las indicaciones del servicio para que puedan ser transmitidas claramente a la gestante y evitarle molestias y tramites innecesarios.
- Cortesía: Expresada a través de la educación, la amabilidad y el respeto del personal y del profesional hacia la paciente.
- Credibilidad: Es decir, honestidad del profesional que presta el servicio tanto en sus palabras como en sus actos.
- Seguridad: Ausencia de peligro, riesgo o dudas a la hora de utilizar el servicio.
- Accesibilidad: Que se traduce por la facilidad con la que la gestante puede utilizar el servicio en el momento que lo desee o necesite.
- Comunicación: En varias citas de control prenatal se debe informar a la materna con un lenguaje sencillo, la educación orientada a los cuidados prenatales, portar consigo en cada cita la carpeta con el carné y fotocopia de los exámenes de control prenatal, signos y síntomas de alarma, reconocer los signos y síntomas premonitorios u otros signos y síntomas de acuerdo a la patología que presente la materna, asesoría en planificación familiar en caso de cesárea urgente, lactancia materna, cuidados del recién nacido, cuidados pos parto, planificación familiar pos parto y el riesgo reproductivo. Registrar completamente en la historia clínica el proceso de educación prenatal efectuada a la gestante. Estas orientaciones se efectuarán en varias citas durante todo el control (6) (7).

La consulta tendrá una duración mínima de 20 minutos para poder realizar todo el proceso de educación prenatal completo y con calidad (8).

- Conocimiento de la gestante: Se trata del esfuerzo realizado por los profesionales para entender y clasificar el perfil de riesgo de la gestante y sus necesidades, para poder implementar el proceso de educación prenatal necesario así el enfoque y las acciones u oportunidades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, son fundamentales para lograr las mejores condiciones de salud de nuestras usuarias.

- Cuando una paciente está embarazada y solicita una cita de control prenatal, asume la capacidad científica y de información de quien la atiende. ¿Qué factores pueden hacer que la confianza por ese profesional aumente o disminuya? Diferentes estudios en salud han descrito algunos aspectos que hacen que las pacientes aumenten la confianza en la enfermera o médico. Se pretende lograr una mejor calidad en la atención de la paciente, calidad integral planteada con dos componentes: la calidad objetiva y la calidad subjetiva (9).

Partiendo del hecho de que el médico está ofreciendo un excelente servicio asistencial desde el punto de vista científico y tecnológico ¿Qué otra cosa están esperando las maternas? Esto es lo que llamamos calidad objetiva y calidad subjetiva.

Calidad objetiva: Es lo que la institución de salud o el profesional de salud ofrecen a todo lo que la evidencia clínica sugiera que se debe hacer en cada caso y se cuantifica con cinco variables:

- Integridad: Solucionar el problema de la gestante.
- Contenido: Hacer todo lo que haya que hacer.
- Destreza: Hacerlo bien.
- Oportunidad: Hacerlo a tiempo.
- Eficiencia: Cuidado de los recursos que se utilizan en el control prenatal; carné, exámenes de laboratorio y ecografías tienen un costo para red de salud pública y los cuales se necesitan en cada cita de control prenatal, en cada cita con el médico general, en la cita con el obstetra o al ingreso por urgencias. El costo de dichos recursos por paciente es en promedio de \$491.700 y \$548.600 (tarifas Junio 2008 Hospital Antonio Roldan Betancur).

La calidad subjetiva: Es la sensación que tiene la materna del servicio que está recibiendo, sensación que será afectada por múltiples factores del entorno: comentarios, comodidad, información u orientación recibida durante el proceso de educación prenatal, la relación interpersonal con el personal de salud. El principal impacto sobre la

calidad subjetiva lo da el servicio de control prenatal. Las encuestas hechas a las usuarias de los servicios de salud muestran en su orden lo que las pacientes desean de su médico son:

1. Disponibilidad.
2. Prontitud.
3. Apariencia.
4. Minuciosidad.
5. Respeto.
6. Interés en el proceso de educación prenatal : orientación, información y asesoría.
7. Integridad.
- 8.

5.1.1 Evaluación de la calidad de los servicios de salud. La evaluación de los servicios comprende dos grandes temas:

- I- La evaluación de la gestión en términos del esfuerzo de la institución prestadora del servicio, es decir la estructura y proceso que conducen al logro de los resultados esperados.
- II- La evaluación de la gestión, en términos de sus resultados frente a la población.

La evaluación es una función del desempeño administrativo, es la función guía para la dirección de la gestión administrativa.

En el proceso de prestación de un servicio de salud, interviene por una parte, la infraestructura administrativa que crea y mantiene las condiciones que hacen posible la realización del acto y el personal, equipos y elementos directamente involucrados en el acto médico. En el proceso hay dos aspectos a tomar en cuenta, uno de tipo técnico, que tiene que ver con los criterios y procedimientos médico-clínico, y el otro se refiere al trato recibido por las pacientes (subjetivo).

El médico a la hora de abordar a una paciente debe tener en cuenta un formato de normativas y procedimientos que lo lleven hacia un fin deseado. Se requiere de esfuerzo tangible, relativamente estático, que es la estructura de los servicios y otro intangible y dinámico que es el proceso administrativo (4).

5.1.2 Cómo evaluar la calidad?

Al aseverar que la calidad de atención médica es un atributo que debe tener un grado mayor o menor implica que el objetivo primario de estudio es una serie de actividades que se llevan a cabo por y entre los profesionales y las gestantes. La base para el juicio de la calidad es la relación entre las características del proceso de atención médica y sus consecuencias para la salud y bienestar de las maternas. Hay tres enfoques principales para la evaluación de la calidad: Estructura, procesos y resultados. Existiendo una relación fundamental entre ellos.

- La Estructura: Las características estructurales de los lugares en donde se imparte la atención tiene una propensión a influir en el proceso de atención disminuyendo o acrecentando en forma similar los cambios en el proceso de la atención incluyendo las variaciones en su calidad sobre el estado de salud de las gestantes (4).

Para evaluar la estructura se toma en cuenta dos variables importantes:

La primera se refiere a accesibilidad: en donde se deben considerar las diversas barreras que pueden impedir o dificultar el uso de los servicios por parte de la población, obstáculos económicos determinados por la capacidad adquisitiva de la población frente a las establecidas, obstáculos de la organización de los servicios de la atención determinados por su localización física, o los horarios de atención; barreras culturales determinadas por actitudes negativas o creencias desfavorables respecto de los servicios.

La segunda es la disponibilidad que define los recursos existentes en función a la población a servir. El análisis de la disponibilidad debe tener en cuenta todos los tipos de recursos necesarios para poder prestar un servicio. Los indicadores de disponibilidad señalan el número de recursos por un número determinado de personas en la población objetivo. Para que la disponibilidad tenga un significado válido los recursos deben aludir a los existentes, en capacidad de funcionamiento y dedicados a las actividades de los servicios.

El análisis del proceso proporciona una visión más ajustada y cercana a la calidad asistencial que el de la estructura, aunque también tiene competencia en el bienestar de las usuarias. La evaluación de la estructura nos informa sobre cómo podría funcionar un servicio en el caso de disponer de medios idóneos, la del proceso

nos proporciona datos reales sobre cómo funciona en la práctica un grupo o Institución que se vaya a valorar (10).

El enfoque del análisis del proceso, pretende efectuar una evaluación de la calidad de la actuación de los diferentes procedimientos o actividades que se realizan en un centro de salud, o de las acciones que lleven a cabo los diferentes profesionales o trabajadores dentro del mismo. Este análisis se puede llevar a cabo de forma directa, con método prospectivo, por observación de las acciones que se realizan o del proceso en su totalidad o mediante una entrevista estructurada a los profesionales o a las usuarias, a los que se demanda datos acerca de la atención recibida (5).

En el proceso de atención se tiene dos tipos de elementos cuya calidad es posible de evaluar: - unos de carácter técnico y - otros de carácter humano y ambiental.

- Los elementos de carácter técnico tienen que ver preferencialmente con la eficacia clínica de los servicios.
- Los elementos humanos y ambientales determinan preferencialmente la satisfacción de la materna, pero que pueden afectar de manera notable los resultados clínicos esperados.

Los elementos como la interrelación personal, el proceso educativo prenatal y las comodidades son la medida que las gestantes pueden estimar para evaluar un servicio, pues asumen que la calidad técnica depende de ella. El personal de salud con frecuencia centra su interés en la evaluación de la calidad técnica, dejando de último los componentes humanos y la relación interpersonal de la atención que pueden condicionar la misma.

La calidad del servicio depende esencial, pero no exclusivamente del acto médico en términos de sus especificaciones técnicas, sino también de la oportunidad en la presentación del servicio, la continuidad del tratamiento, la integridad de la atención, el proceso de educación prenatal y las relaciones interpersonales entre la gestante y quienes prestan el servicio.

El acto médico es influenciado notablemente por la infraestructura administrativa pues de ella depende disponer oportunamente del personal, programación de las citas, disposición del tiempo para cada cita de control prenatal, los equipos y los elementos necesarios para su realización.

- En los resultados: La evaluación de los servicios debe fundamentarse en una apreciación del impacto sobre las personas que son la razón de ser de los servicios. El resultado último de estas acciones es la efectividad. Para determinar la efectividad de un servicio se debe conocer la situación de salud de la población antes y después de realizar las acciones que se pretenden evaluar. La eficacia de los servicios está determinada por dos factores:

- Factores internos: Humanos, físicos, tecnológicos.

- Factores externos : Están relacionados con el estado clínico de las usuarias, sus condiciones de vida, sus actitudes frente al embarazo y los servicios se miden en términos del resultado deseable o del propio objetivo del servicio. La eficiencia del programa es la relación entre los resultados logrados y los insumos utilizados (exámenes de laboratorio, ecografías y el carné de control prenatal entre otros)

Otro criterio más subjetivo que se refiere a otra dimensión de la eficacia es el grado de satisfacción que la gestante obtiene como consecuencia del trato médico, la relación interpersonal entre el médico y la materna y el proceso educativo prenatal completo ofrecido por el personal de salud.

5.2 SALUD MATERNA – PERINATAL

5.2.1 Legislación En Salud Materna

En la actualidad, el concepto de salud materna, se ha ampliado primero al análisis de la salud sexual y reproductiva en las diferentes etapas del ciclo vital, y en segundo lugar a la integración de aspectos sociales, culturales, demográficos, de desarrollo y de género (11).

Durante los años 1990, Naciones Unidas promovió la realización de un ciclo de conferencias gubernamentales mundiales, que buscaban situar a la salud sexual y reproductiva (SSR) y a los derechos sexuales y reproductivos de la gestante como requisitos para el desarrollo sostenible y socialmente equitativo. Entre estas reuniones están la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 1995), la Cumbre Mundial Sobre el

Desarrollo Social (Copenhague, 1995), la Conferencia Internacional sobre la Cooperación y el Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993) (11).

En estas conferencias internacionales, los gobiernos se comprometieron en el desarrollo centrado en la persona, sobre la base de los siguientes principios básicos:

- La salud y educación para todos son factores fundamentales del desarrollo.
- Alentar a los hombres a compartir las responsabilidades y a participar en todos los aspectos relativos a la familia, las tareas del hogar, incluidos la crianza de los hijos, la obligación de alimentarlos, la conducta sexual y reproductiva, y las prácticas de planificación familiar.
- Los derechos de la mujer son derechos humanos.
- La emancipación de las personas y la erradicación de la pobreza.
- Todas las personas deben gozar de todos los derechos humanos y de libertades fundamentales.

Especialmente la III Conferencia Internacional sobre la población y el desarrollo y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer reconocieron que la salud sexual reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos básicos para el desarrollo.

Colombia suscribió los planes de acción de estas conferencias, comprometiéndose a transformar el proceso de formulación de políticas apoyada en los siguientes conceptos básicos:

- Las políticas de población y los programas de planificación familiar deben apoyar los principios de elección voluntaria y no imponer medidas coercitivas que violen los derechos humanos fundamentales, especialmente los de las mujeres.

- La salud y los derechos sexuales y reproductivos, especialmente el derecho fundamental de la mujer de asumir el control y tomar decisiones respecto de su cuerpo y su sexualidad, son una parte integral del desarrollo y los derechos humanos.
- La integración, desde una perspectiva de género, en todas las políticas, programas y actividades es esencial para mejorar el impacto de los mismos y utilizar mejor los recursos disponibles, basados en cambios de conducta y actitud.
- Una buena salud sexual y reproductiva, más allá del énfasis en la demografía y la planificación familiar, es un requisito previo para lograr el progreso económico y el desarrollo sostenible. Asegurar el acceso universal a una amplia variedad de servicios de salud sexual reproductiva, sobre todo para las mujeres y adolescentes, debe ser una meta prioritaria de los programas de control prenatal nacional.

En cuanto a los derechos sexuales y reproductivos, tienen como base los acuerdos internacionales mencionados y constituyen la aplicación del ejercicio de los derechos humanos a los aspectos de la sexualidad y la reproducción humana. Algunos de estos derechos son:

- Maternidad y paternidad seguras.
- Atención humanizada.
- Tratamiento y atención integral.
- Educación prenatal completa y con calidad en varias citas médicas.
- Valoración y respeto por los conocimientos y prácticas culturales.
- Utilización de los recursos con eficiencia; exámenes de laboratorio, ecografías y carné.
- Métodos seguros y modernos para regulación de la fecundidad.

Los principios y enfoques definidos para las acciones en salud sexual reproductiva son elementos teóricos que deben retomarse y practicarse a nivel nacional, departamental y local, de forma que sirvan de guía para definir planes y programas tendientes a abordar de una manera holística los problemas de salud de la población,

teniendo en cuenta sus particularidades y la especificidad regional y cultural, como es toda la zona del Urabá chocoano, cordobés y antioqueño.

La mortalidad materna es la resultante de múltiples factores y condiciones que, además de los aspectos médicos propiamente dichos, se relaciona con aspectos socioeconómicos, culturales, legislativos y políticos, entre otros. En efecto, la mayoría de las mujeres que mueren en eventos asociados con la maternidad son las más pobres, las que tienen un menor nivel educativo y mayores dificultades en el acceso a servicios de salud. A pesar de que desde hace varias décadas en Colombia se ha trabajado con iniciativas para la reducción de la mortalidad materna se siguen teniendo cifras altas que se estiman en 104, 9 por 100.000 nacidos vivos con diferencias importantes por departamento, por grupo étnico y por condiciones particulares como el desplazamiento forzado de la población entre otras (12).

Las tasas de mortalidad materna y perinatal se aceptan como indicadores que reflejan la eficiencia en la atención que se le brinda a la mujer embarazada, pues están en estrecha relación con los determinantes sociales, económicos y demográficos y son el reflejo de la calidad de vida de cada país (13).

La discriminación y las grandes diferencias sociales aún dentro de un mismo país y región son determinantes que establecen grandes variaciones en la mortalidad materna y perinatal, incluso entre poblaciones e instituciones

La salud perinatal guarda una relación íntima con múltiples factores sociales, culturales, genéticos, económicos y ambientales, pero quizás sea la salud integral de la madre aún desde la etapa preconcepcional y la utilización oportuna y adecuada de servicios médicos prenatales y neonatales de alta calidad, los factores más susceptibles de modificar y de mayor incidencia en las tasas de mortalidad perinatal. Por tal razón, los indicadores específicos para evaluar los programas orientados a su reducción apuntan hacia el mejoramiento del programa de control prenatal y el proceso de educación prenatal: lactancia materna, signos y síntomas de alarma, planificación familiar en caso de cesárea urgente, cuidados del posparto y del recién nacido y portar consigo la carpeta con fotocopias de exámenes de laboratorio y ecografía y el carné de control prenatal

5.3 ASPECTOS GENERALES DE INTERES

5.3.1 Descripción de la Institución

Razón social: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ANTONIO ROLDAN BETANCUR

Origen: Público

Nit: 890.905.991-8

Licencia de funcionamiento: El 03 de octubre de 1989 por Resolución 3618, se le dio el nombre de Hospital Regional de Urabá “Antonio Roldán Betancur”.

Clasificación por niveles: El 30 de mayo de 1995, fue clasificada como institución de segundo nivel de atención mediante Resolución 1306 de conformidad a la Ley 10 de 1990 y de los Decretos 1081/1991 y 2704/1993.

Por el acuerdo 035 del 31 de agosto de 1995, se reestructura el Hospital y pasa a ser una Empresa Social del Estado (E.S.E), del orden Municipal, entidad descentralizada.

Domicilio: Carrera 98 No 106-176 Barrio Chinita Apartadó Antioquia

Reseña Histórica

El 30 de octubre de 1960 en terrenos donados por el señor Jaime Ortiz se crea el primer Centro de Salud de Apartadó con tres médicos generales, un residente de cirugía y una auxiliar de enfermería; su objetivo era atender trabajadores de la zona bananera.

En 1964 el doctor William Rojas, decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, inicia los trámites para la fundación del ahora Hospital de Apartadó.

Por Resolución 103 del 31 de julio de 1967 el doctor Jorge Posada, Secretario de Salud del Departamento de Antioquia, firma el acta de fundación del Hospital y obtiene su personería jurídica, como entidad sin ánimo de lucro, y que estaría a cargo de la Universidad de Antioquia, y de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, con una cobertura para toda la región de Urabá, que contaba para entonces con valiosas

donaciones por partes de firmas como: Fabricato, Augura, Postobón, Cartón de Colombia entre otras. Con un personal asistencial de cuatro médicos generales, estudiantes de medicina de la Universidad de Antioquia y Harvard, un higienista oral, tres enfermeras y ocho auxiliares de enfermería, dotado de un laboratorio clínico, departamento de radiología, electrocardiografía, cirugía y farmacia.

El 3 de octubre de 1989 por Resolución 3618, se le dio el nombre de Hospital Regional de Urabá “Antonio Roldán Betancur” y ya para el 30 de mayo de 1995, se encuentra clasificada como institución de segundo nivel de atención.

El 16 de febrero de 1999 para darle cumplimiento al Decreto 2753 “Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad” y la Resolución 4252 “Requisitos Esenciales” se le asigna el Código del Prestador No 05-045-07005 por parte de Vigilancia y control de DSSA, para hacer de la E.S.E. “un hospital con servicios de salud de primer y segundo nivel, contemplados dentro del nuevo régimen del SGSSS, enmarcado en la Ley 100 de 1993, enfocado el trabajo con ética, eficiencia y calidad, propendiendo por una permanente calificación y desarrollo de su personal y con ideas claras sobre sus funciones a realizar en cada uno de sus cargos y actividades; institución autosuficiente y en donde la usuaria es su razón de ser”.

La E S E Hospital Antonio Roldan Betancur, es centro de referencia de mediana complejidad y que presta sus servicios a más de 650000 habitantes ubicados dentro del Urabá cordobés, chochoano y antioqueño.

5.3.2 Servicios

- I. Atención de Urgencias: Se presta en medicina general y especializada, transporte asistencial básico.
- II. Atención ambulatoria: promoción de la salud y prevención de la enfermedad, consulta médica, odontológica, psicología y de optometría, laboratorio de citopatología, laboratorio clínico de baja y mediana complejidad. Ayudas diagnosticas; rectosigmoidoscopias, endoscopias de vías digestivas, colonoscopias biopsia y crioterapias. imaginología de baja y mediana complejidad.
- III. Atención hospitalaria en: unidad materno neonatal, pediatría, urología, ginecobstetricia, neurología, cirugía general, ortopedia, medicina interna, medicina general, Servicio de pensionados cama bipersonales – aire acondicionado y televisión por cable).

- IV. Centro de Recuperación Nutricional.
- V. Consulta externa especializada en: pediatría, oftalmología, urología, ginecobstetricia, (alto riesgo obstétrico y ginecología), cirugía general, anestesia, ortopedia, otorrinolaringología, programa Maná, neurología, neurocirugía, medicina interna.
- VI. Atención quirúrgica especializada en: ginecobstetricia, cirugía general, ortopedia (intensificador de imágenes), urología, oftalmología, cirugía plástica para labio leporino, cirugía plástica para paladar hendido, neurocirugía, otorrinolaringología.
- VII. Suministro de medicamentos y material médico quirúrgico: servicio farmacéutico de mediana complejidad.
- VIII. Telemedicina: telecardiografía.
- IX. Banco de Sangre categoría A.
- X. Alianza estratégicas de servicio: Programa diálisis peritoneal y nefrología en asocio con RTS Ltda., Programa labio y paladar hendido en asocio con Fundaproban, tomografía helicoidal simple y contrastada en asocio con el Instituto Neurológico de Antioquia, laboratorio de citopatología en asocio con el Centro de Diagnostico Especializado, UCI adultos (en asocio con Serviucis), Centro de Terapia Física Rehabilitamos.

5.3.3 ELEMENTOS ORGANIZACIONALES

Misión.

“Brindamos servicios de salud integral en atención básica nivel I y especializada, con el desarrollo tecnológico adecuado y un equipo humano con compromiso social e idoneidad profesional y ética. Siempre interesado en la eficiencia y mejoramiento continuo. Como el principal centro de referencia de Urabá, trabajando en equipo ofrecemos soluciones a los problemas de salud para dignificar la vida y aliviar el sufrimiento de las usuarias y usuarios con una atención humanizada, oportuna y de calidad, en ambiente de formación y desarrollo que conduce a la excelencia del servicio”.

Visión

1 “En el 2010 la Empresa Social del Estado, Hospital Antonio Roldan Betancur consolidará su liderazgo en la prestación de los servicios de salud básica Nivel I y especializada en la región, participando activamente en el desarrollo social con énfasis en la calificación del recurso humano y la satisfacción de las Usuarías y usuarios y su núcleo familiar.”

2 “Nuestro plan de gestión buscare la sensibilidad, el desarrollo tecnológico, la mejora continua y el logro de la mayor rentabilidad social y económica”.

5.3.4 PUNTOS DE ATENCIÓN DE NIVEL I:

Centro de salud.

- Centro de Salud de Pueblo Nuevo – Barrio Pueblo Nuevo.
- Centro de Salud Edgar Mauricio Plazas Niño – Barrio Alfonso López.
- Puesto de Salud- San José de Apartadó.

5.3.4.1 Centro de Salud de Pueblo Nuevo:

El centro de salud de Pueblo Nuevo se inicia a construir el día 15 abril 1993 en el Barrio Pueblo Nuevo siendo gerente del Hospital Antonio Roldan Betancur el Dr. Álvaro Quintero Posada y alcalde de Apartadó el Sr. Nelson Campo Núñez, teniendo como población beneficiaria, el barrio y aledaños población de 15.600 personas.

En 1997 mediante el Acuerdo 142 del 27 de diciembre de 1997 se forma la Empresa Social del Estado Hospital Edgar Mauricio Plaza Niño constituido por los centros de Salud de Pueblo Nuevo, Alfonso López, San José de Apartadó, Pueblo Quemado y Churido Pueblo.

En abril 2003, el Hospital Antonio Roldán Betancur y bajo la Gerencia del Dr. Agustín Jaramillo Giraldo, se une al Centro de Salud de Pueblo Nuevo para prestar los servicios de Nivel I, La unidad de Servicios de Pueblo Nuevo es exclusiva para actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, brindando los programas de:

- Control prenatal de bajo riesgo.
- Detección temprana de alteraciones de la gestante.
- Detección temprana de alteraciones en el menor de 10 años.
- Detección temprana de alteraciones en el joven.

- Detección temprana de alteraciones en el adulto.
- Salud oral.
- Salud Visual.
- Vacunación.
- Planificación familiar.
- Detección del cáncer de cérvix y de mama.
- Salud sexual y reproductiva.
- Programas control de Tuberculosis.
- Programas control de Malaria.
- Programa control de Hansen.
- Programa control de Leishmania.

El centro de salud de Pueblo Nuevo ofrece los servicios de Nivel I de lunes a viernes entre las 6:00 a.m. a 5:00 p.m. y los sábados de 6.00 a.m. a 12 Pm, dirigidos a toda la población del Municipio (14).

5.4 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ATENCIÓN PRENATAL

En los Estados Unidos, la atención prenatal organizada fue introducida en su mayor parte por reformadores sociales y enfermeras, la primera de ella fue Elizabeth Blackwell que nació el 3 de febrero de 1812 en Bristol, Inglaterra. Era amante de la medicina, por lo que decidió vivir en la residencia de la casa de un doctor, para aprovechar la biblioteca médica de la familia.

Cuando decidió estudiar fue rechazada por varias escuelas medicas muy respetadas tenía que lidiar no solo con el machismo que existía en esa época, en 1847 vuelve a insistir en la búsqueda de alguna escuela de medicina que la acepte, cuando su solicitud llega a la Universidad de Ginebra, la administración puso a los estudiantes a votar sobre si la admitían o no; estos creyeron que se trataba de una broma y decidieron endosar su admisión. Cuando descubrieron que era en serio, se asustaron pensando que podría afectar el desarrollo de sus compañeros. Luego de pasar molestias un tiempo consiguió el afecto de todos, ya que quedaron sorprendidos por su inteligencia y perseverancia. Ella supero las expectativas, graduándose el 23 de Enero de 1849 como la primer médico mujer de la historia.

En 1856 Elizabeth abre un dispensario en los tugurios de Nueva York, tuvo el apoyo de varios médicos que ofrecían su consulta ahí. En 1857 funda su propia clínica “Enfermería de Nueva York para las mujeres indigentes y los niños”.

En 1859 asume el trabajo con la enfermería, durante la guerra civil sus hermanas también ayudaron a organizar la asociación central de las mujeres de la revolución, entrenando a enfermeras para el servicio en la guerra. Pronto bajo órdenes del presidente Abraham Lincoln, este proyecto se convirtió en la piedra angular de la Comisión sanitaria de Estados Unidos.

En 1859 asiste a una conferencia en Gran Bretaña en donde ponen su nombre oficialmente en el registro médico británico, siendo la primera mujer en aparecer en dicho registro. En 1868 las hermanas Blackwell abrieron la universidad médica de la mujer de enfermería de Nueva York. En 1869 regresa a Inglaterra, allí abre otra universidad para las mujeres, en 1875 designaron a Elizabeth Blackwell como profesora de ginecología en la escuela de Londres. Fallece el 31 de mayo de 1910 en Hasting Inglaterra (15).

En 1901, la esposa de William Lowell Putnam, del Boston Social Service Department, comenzó un programa de visitas de enfermeras a mujeres incorporadas al servicio de partos domiciliarios del Boston Lying-in Hospital. La señora Putnam en 1911 estableció una clínica prenatal para pacientes ambulatorias e instó a las mujeres para que, en lo posible, se inscribieran apenas iniciando el embarazo. La señora Putnam convenció entonces a los médicos del John Hopkins Hospital para que apoyaran la atención prenatal sistemática. En 1914, en dicho hospital se realizó un estudio en el cual se afirmaba que los cuidados prenatales organizados podrían haber disminuido 40% la mortalidad materna (16).

5.5 EVALUACION DE LA CALIDAD EN LA ESTRUCTURA PARA LA ATENCION PRENATAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION.

Como evaluar la calidad?

Para la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá la infraestructura mínima necesaria para la prestación de servicios ambulatorios de obstetricia, como los ofrecidos en el programa de control prenatal, involucra aspectos tales como planta física, recursos materiales, recursos humanos, suministros, servicios de apoyo, educación para la salud, normas y procedimientos, gerencia y administración (16).

Para cada una de estas áreas se ha propuesto una serie de indicadores cualitativos que idealmente deben encontrarse en un servicio de esta naturaleza, entre los cuales se debe evaluar su presencia o ausencia, con el fin de obtener la proporción de cumplimiento de los mismos, que permita clasificar el servicio dentro de rangos: deficiente, adecuado, o eficiente (16)

El instrumento puede utilizarse para la evolución de la estructura de un programa de control prenatal, con pocas modificaciones en la redacción de algunos ítems que los hagan más fácilmente aplicables al contexto específico mencionado. Los aspectos a evaluar pueden observarse en el anexo de instrumentos. ANEXO 1

5.6 MODELO DE PROCESO PARA LA ATENCION PRENATAL DEL EMBARAZO NORMAL

5.6.1 RECOMENDACIONES DE LA LITERATURA INTERNACIONAL

5.6.1.1 A nivel internacional tomamos el programa de atención prenatal que se aplica en Cuba (6).

En él se plantea una serie de recomendaciones para el manejo de la gestación de bajo riesgo, una serie de actividades clínicas, paraclínicas y de educación a realizar a lo largo del proceso de gestación, con una periodicidad preestablecida de manera que sea posible la detección oportuna y la intervención de entidades médicas susceptibles de control anteparto, mejorando así la calidad de salud del binomio madre-hijo.

La atención prenatal será precoz, periódica, continua, completa, integral, por niveles, en equipo y con participación activa de la comunidad

Precoz: Porque la captación ha de producirse antes de las 14 semanas.

Periódica: Porque la gestante es atendida por el equipo de salud, con la periodicidad que queda establecida en esta metodología.

Continua: Porque el médico y el grupo de trabajo atienden durante todo el embarazo a las gestantes.

Completa: Porque se cumple el esquema de atención establecido, con la calidad requerida para cada una de las consultas. Cada gestante recibirá no menos de ocho consultas durante su atención.

Integral: Porque considera unidos los aspectos preventivos y educativos, por medio del programa de educación prenatal o programas de maternidad y paternidad concientes, y los aspectos curativos, biológicos y sociales, así como las condiciones del ambiente.

Por niveles. Porque esta es la base para establecer la efectiva interrelación entre los distintos niveles de atención, y lograr la máxima utilización de los recursos y materiales disponibles. Se basa en el principio de la atención escalonada.

Durante el programa maternidad y paternidad conciente se sugiere a la materna venir a la cita de control prenatal acompañada de su compañero o esposo o también de otro familiar adulto, se dará consejería en:

- Cuidados durante el embarazo.
- Lactancia materna.
- Planificación familiar; incluyendo métodos temporales o definitivos; quirúrgicos.
- Cuidados por parto y durante el puerperio.
- Cuidados del recién nacido.
- Prevención del cáncer de cerviz y de mama.
- Cuidados del carné de control prenatal de los exámenes de laboratorio y ecografías.
- Indicar cuando cumpla las 41 semanas de gestación deberá hospitalizarse urgente.
- Signos y síntomas de alarma, signos y síntomas premonitorios u otros signos y síntomas (6).

5.6.1.2 Criterios Minimos En Prevencion Y Promocion De La Salud Materno-Infantil En España.

Ministerio De Sanidad Y Consumo Dirección General De Salud Pública Subdirección General De Epidemiología, Promoción Y Educación Para La Salud

El descenso de la mortalidad, tanto materna como infantil, que condiciona un cambio en los objetivos de salud, trata de conseguir no sólo que no se muera la madre o el niño sino que además la mujer esté sana a lo largo de todas las situaciones biológicas que atraviesa y que el niño nazca y se desarrolle plenamente sano.

Esto hace que aparezcan programas imprescindibles hoy para una correcta y más exigente atención materno-infantil, como lo son el programa de educación maternal-psicoprofilaxis obstétrica. Por razones didácticas el programa de salud materno-infantil debe dividirse en subprogramas, todos naturalmente interrelacionados entre sí, pero con características y actividades específicas diferentes entre ellos (18).

ACTIVIDADES.

De promoción:

En lo que se refiere al embarazo, incluyendo el diagnóstico prenatal, parto y puerperio, es preciso concientizar a la madre en primer lugar y también al padre de la importancia de su salud para ella misma, y como transmisora de vida y de salud que es reforzar sobre todo su responsabilidad ante la propia salud y la importancia de su autocuidado. Estas actividades se desarrollaran sobre todo a través de la educación maternal y del programa de psicoprofilaxis obstétrica.

La psicoprofilaxis obstétrica reúne las siguientes características sanitarias:

Es muy importante la magnitud de población susceptible de ser atendida (todas las embarazadas), así como facilitar la información y educación sanitaria de la embarazada respecto a la preparación al parto, puerperio y cuidados del recién nacido. Es una medida preventiva de morbilidad y mortalidad maternal, fetal e infantil y representa un elemento básico para un sistema humanizado de atención sanitaria del embarazo y parto. Es un mecanismo útil para la distribución y evaluación del carné de control prenatal, considerado instrumento básico de promoción de la salud (19).

La psicoprofilaxis obstétrica satisface el derecho que toda gestante y su familia tienen a una participación activa, positiva y consciente en el proceso de su embarazo, parto y puerperio, armonizando la nueva tecnología obstétrica con el máximo respeto a la humanización de las relaciones neonato-unidad familiar, imprescindibles para el correcto desarrollo biopsicosocial del recién nacido. La recuperación del parto como acontecimiento familiar, vivido con la alegría del protagonismo y la seguridad de la técnica, marcan las tendencias actuales de la asistencia obstétrica.

De prevención.

Las actividades de prevención de procesos patológicos durante el embarazo, el parto y puerperio más importantes son:

La captación precoz de la embarazada por su probada relación con la mejora de la morbimortalidad materna e infantil y el seguimiento del embarazo normal mediante controles periódicos que incluirán como mínimo las siguientes pautas:

- Dos consultas en el primer trimestre, la primera lo antes posible y la segunda antes de las 12 semanas.
- Una visita en el segundo trimestre alrededor de la 20 semana y siempre antes de la 22.
- Dos consultas en el tercer trimestre, la primera entre la 26 y la 28 semana y la siguiente entre la 34 y 36 semanas.

Actividades de educación maternal y preparación al parto comprendidas en el programa de psicoprofilaxis obstétrica, tales como gimnasia, técnicas de relajación muscular, técnicas para aprender la respiración costal, necesaria durante el embarazo y técnicas para que la mujer participe activa y conscientemente en el proceso del parto. También de recuperación física durante el puerperio.

- Consejería en planificación familiar.
- Cuidados del pos parto y puerperio.
- Cuidados del recién nacido
- Prevención del cáncer de cérvix y de mama
- Asesoría en métodos temporales o definitivos de planificación familiar(20)

5.6.1.3 Modelo De Control Prenatal De OMS 2001

Tiene 4 visitas al control prenatal:

1ª Visita antes de la semana	12
2ª Visita cerca de la semana	26
3ª Visita a la semana	32
4ª Visita entre la semana	36-38
La visita posparto.	
Inclusión tardía y a las consultas	

1ª Visita al control prenatal: se espera que la primera visita dure de 30 a 40 minutos mínimo. Se efectuara en las primeras 12 semanas de gestación.

La interacción individual entre la paciente y el médico es un elemento esencial del nuevo modelo de CPN. Como el componente básico del nuevo modelo incluye sólo cuatro visitas, se debe dedicar el tiempo suficiente durante cada visita a la discusión del embarazo y temas relacionados con la paciente. La instrucción debería incluir información general sobre el embarazo y el parto así como cualquier respuesta específica a las preguntas de la paciente. La información transmitida en estas visitas debería focalizarse sobre los signos y síntomas de emergencia relacionados con el embarazo y cómo tratarlos, es decir, si la paciente sufre sangrado vaginal, a quién debería llamar y dónde debería concurrir para su asistencia, planificación familiar, prevención del cáncer de cérvix y de mama, cuidados del pos parto y del recién nacido.

Todos los consejos verbales deben estar acompañados por instrucciones escritas. Se debe disponer de instrucciones simples redactadas en el idioma local aún para las mujeres analfabetas, ya que los miembros de su familia o vecinos frecuentemente las pueden leer. Cuando sea necesario, se debe disponer de materiales apropiados para un público analfabeto tales como dibujos y diagramas simples que describen el consejo dado en cada visita.

Se les debe informar a las mujeres que la evidencia disponible demuestra que el nuevo modelo de control prenatal de la OMS no pondrá en riesgo su salud ni la de su hijo y que pueden comunicarse con el servicio de salud en cualquier momento.

Consejos, preguntas y respuestas y programación de la próxima consulta.

- Dar consejos sobre sexo seguro. Enfatizar el riesgo de adquirir VIH o una ITS en caso de no usar preservativos.
- Dar consejos a las mujeres para dejar de lado el consumo de tabaco (Tabaquismo o mascar tabaco), alcohol y otras sustancias dañinas.
- Consejos sobre la lactancia:
Cuándo y cómo suspender la lactancia del bebé anterior.
- Cuándo y cómo comenzar la lactancia del bebé que se espera.
- Dar consejos sobre a quién llamar o dónde concurrir en caso de sangrado, dolor abdominal, o cualquier otra emergencia o cuando se necesite consejo. Esto debería ser confirmado por escrito en la ficha prenatal.
- Pedirle a la mujer que registre cuando nota los primeros movimientos fetales, consejo en caso de disminución o no percepción de los movimientos fetales.
- Dar consejos sobre planeamiento de lugar de nacimiento, incluyendo transporte especial hacia la institución donde se atenderá el parto.
- Preguntas y respuestas: momento para la comunicación libre.

- Aconsejar a la mujer que invite a su pareja (o miembro de la familia o amiga) a las siguientes visitas de CPN para que puedan involucrarse en las actividades y aprendan cómo apoyar a la mujer a lo largo del embarazo.
- Programar el turno: segunda consulta, a las 26 semanas (o cerca): fecha y hora de la consulta. Esto debería escribirse en la ficha prenatal y en el libro de turnos de la clínica.
- Completar la ficha prenatal o el registro llevado en el hogar.

Entregarle la ficha de control prenatal a la paciente y aconsejarle que la traiga consigo a todas las consultas que pueda tener con cualquier servicio de salud como también traer la carpeta con las fotocopia de los exámenes de laboratorio y ecografías.

- Dar consejo sobre la prevención del cáncer de cérvix y de mama.

2ª visita de control prenatal: se espera que esta consulta dure mínimo 20 minutos. Se efectuará cerca de la semana 26.

Consejos, preguntas y respuestas y programación de la próxima consulta:

- Repetir todos los consejos que se dieron en la primera visita.
- Preguntas y respuestas: momento para la comunicación libre.
- Dar consejo sobre a quién llamar o dónde ir en caso de sangrado, dolor abdominal, disminución de los movimientos fetales o no presencia de estos o cualquier otra emergencia o cuando se necesita otro tipo de asesoramiento. Debería ser confirmado por escrito (por ejemplo, en la ficha prenatal), como en la primera visita.
- Programar el turno: tercera visita, a las 32 semanas (o cerca).

- Completar el registro llevado en el hogar o la ficha prenatal. Entregarle la ficha de CPN a la paciente y aconsejarle que la traiga a todas las consultas que pueda tener con cualquier servicio de salud junto con la carpeta con exámenes de laboratorio y ecografías.

3ª Visita de control prenatal: se espera que esta consulta dure mínimo 20 minutos. Se efectuara en la semana 32 de gestación.

La tercera visita debería tener lugar a las 32 semanas de embarazo o alrededor de esa fecha y su duración se estima mínimo 20 minutos. Si no asistió a la segunda visita, la tercera visita también debería incluir todas las actividades de la segunda visita y la duración debería extenderse tanto tiempo como sea necesario (21).

Algunas mujeres tendrán su parto antes de la siguiente visita programada. Por lo tanto se debe prestar atención extra al proporcionar información y consejos acerca del comienzo del trabajo de parto (por ejemplo, qué hacer en caso de dolor abdominal o pérdida de líquido amniótico, sangrado vaginal) y asegurar la presencia de una medico altamente capacitada en el momento del nacimiento. Las instrucciones escritas deberían reafirmar el consejo verbal y se deberían revisar los planes con instrucciones para llegar al hospital.

También se debería estimular a la mujer para que hable con su pareja acerca del espaciamiento entre nacimientos y las opciones anticonceptivas y para que al dejar la clínica de CPN haya elegido el método preferido de anticoncepción.

Quizás sea demasiado tarde esperar hasta la consulta post parto para hablar de anticoncepción! Aún así, se establece la importancia de la consulta post parto, incluyendo las recomendaciones para lactancia y anticoncepción, para asegurar que la mujer sea controlada en la clínica durante la semana posterior al parto.

Consejos, preguntas y respuestas y programación de la próxima consulta.

- Repetir el consejo brindado en la primera y segunda visita.
- Dar consejo sobre las medidas a tomar en caso de trabajo de parto (o amenaza).

- Preguntas y respuestas: momento para la comunicación libre.
- Volver a confirmar la información escrita sobre a quién llamar y dónde ir en caso de emergencia o cualquier otra necesidad.
- Planes para asegurar que haya algún medio de transporte disponible en caso de que fuera necesario durante el trabajo de parto.
- Brindar recomendaciones sobre lactancia, anticoncepción temporal o quirúrgica y la importancia de la visita post parto.
- Programar el turno: cuarta visita, a las 38 semanas (o cerca).
- Completar el registro en la ficha prenatal. Entregarle la ficha de CPN a la paciente y aconsejarle que la traiga a todas las consultas que pueda tener con cualquier servicio de salud.

4ª Visita de control prenatal: se espera que esta consulta dure mínimo 20 minutos. Se efectuara entre la semana 36-38 de gestación.

Toda la información sobre qué hacer, a quién llamar y dónde ir (a qué servicio de salud) cuando comienza el trabajo de parto o en caso de otros síntomas, se confirmará por escrito y se comunicará no solo a la paciente, sino también a los miembros de su familia y/o amigos.

Se debe aconsejar a las mujeres que, si no han tenido su parto para el final de la semana 41 (41 semanas completas o 290 días) se les debe aconsejar que vayan directamente al hospital/maternidad para ser sometidas a una evaluación y posible inducción del trabajo de parto utilizando el mejor método disponible. La recomendación se realiza teniendo en cuenta el beneficio no comprobado de todos los métodos de vigilancia fetal comúnmente usados en los embarazos prolongados (22).

Se estima que el número de mujeres que no habrán tenido su parto para el final de la semana 41 sería del 5% al 10%. Aunque no siempre se recomienda la inducción de rutina, la evidencia disponible demuestra que la inducción del trabajo de parto después de las 41 semanas completas, no está asociada con ningún riesgo importante. En lugar de ello, reduce el riesgo de líquido amniótico teñido de meconio y la muerte perinatal y no aumenta los índices de cesárea en mujeres con cuello uterino desfavorable. Además, podría reducir los índices globales de cesárea si la inducción se realiza correctamente. La clínica de CPN debería coordinar esta conducta con sus centros de referencia. Estos centros de referencia deberían estar preparados para estas consultas y tratar a las mujeres de acuerdo al protocolo acordado entre la clínica de CPN y el centro de derivación.

La ficha prenatal debe completarse durante la cuarta visita y debe ser entregada nuevamente a la mujer. También se debe enviar una copia al hospital donde se realizará el parto.

Consejos, preguntas y respuestas y programación de la próxima consulta.

- Repetir el consejo de las visitas previas.
- Dar consejos sobre las medidas que se deben tomar en caso de comenzar el trabajo de parto o tener pérdida de líquido amniótico.
- Dar consejos sobre lactancia.
- Preguntas y respuestas: momento para la comunicación libre.
- Volver a confirmar la información escrita sobre a quién llamar y dónde ir (lugar del parto) en caso de trabajo de parto o cualquier otra necesidad.
- Programar el turno: si no tuvo su parto para el final de la semana 41 (establecer la fecha y escribirla en la ficha de CPN), ir al hospital urgente para el control.

- Programar el turno para la visita posparto. Brindar recomendaciones sobre lactancia materna y anticoncepción; métodos temporales de planificación familiar o métodos quirúrgicos previa autorización por escrito.
- Completar la ficha perinatal. Darle la ficha de CPN a la paciente y Aconsejarle que la traiga consigo al hospital o a cualquier consulta adicional que pueda tener con un servicio de salud.

La visita posparto.

Aunque universalmente se recomienda la consulta posparto, en la mayoría de los países en desarrollo casi nunca se lleva a cabo. Se debería acentuar la importancia de esta visita ya que se ha demostrado en los países en desarrollo que los intervalos ínter genésicos cortos y las embarazadas menores de 20 años o mayores de 30 años presentan un riesgo elevado de retardo de crecimiento intrauterino y partos prematuros. Los determinantes de algunos resultados del embarazo y los beneficios del control prenatal pueden verse sólo cuando son parte de un programa amplio para el período postnatal, incluyendo la consulta posparto. Por lo tanto, se debería hacer un esfuerzo especial para programar dicha visita (23).

Se espera que una buena relación paciente-prestador de salud durante el Control prenatal contribuya a una mejor aceptación. La visita debería tener lugar dentro de la primer semana posterior al parto e incluir actividades dirigidas a la prevención de embarazos futuros no planeados valorización de la lactancia, inmunización completa contra el tétanos para las que asisten al CPN en forma tardía y suplementación con folato para mujeres con hijos con defectos del tubo neural; seguimiento de la suplementación con calcio para las mujeres anémicas, o pérdida de sangre importante durante el parto, prevención de infecciones y vigilancia postnatal, si corresponde. No se recomienda ningún tacto vaginal de rutina; sólo se debería realizar en ciertas condiciones clínicas que lo justifiquen.

Inclusión tardía y ausencia a las consultas.

Es muy probable que muchas mujeres no inicien el CPN lo suficientemente temprano en el embarazo como para seguir el componente básico completo del nuevo modelo de la OMS presentado anteriormente. Como se dijo

con anterioridad, estas mujeres, particularmente aquéllas que comienzan después de las 32 semanas de gestación, deberían tener en su primera visita todas las actividades recomendadas para las 2 visitas previas así como aquéllas que corresponden a la visita actual. Se espera, por lo tanto, que una primera visita tardía llevará más tiempo que una primera visita regular.

La asistencia de la paciente a cada una de las consultas pautadas es un elemento crucial del componente básico del nuevo modelo, aunque es inevitable que se pierdan algunas visitas. Las clínicas deberían organizar un sistema formal para determinar la razón o razones de las visitas perdidas. Se debería rastrear a la paciente y acordar otra visita cuando sea apropiado. La consulta posterior a una consulta perdida debería incluir todas las actividades de la visita perdida así como aquéllas que corresponden a la visita actual.

En los países en desarrollo, la meta debería ser extender la cobertura prenatal a todas las mujeres embarazadas que usen el modelo descrito en este manual. Por supuesto, todas las actividades del componente básico deberían estar disponibles, incluyendo la derivación a la atención especializada para las mujeres con complicaciones o emergencias.

El nuevo modelo de la OMS debe complementarse con intervenciones específicas (tales como programas para el control del paludismo o programas de prevención de la transmisión vertical de VIH) cuando sean necesarias. En los países desarrollados, cada actividad incluida en el control prenatal Estándar debería ser estudiada o su efectividad comprobada por sólida evidencia antes de ser mantenida en el modelo estándar. Si esta estrategia se aplica sistemáticamente, se identificará un modelo más simple con un número reducido de visitas (24).

5.6.1.4 Salud Materna: Un Nuevo Paradigma En Las Metas De Desarrollo Del Proyecto Milenio (25).

El propósito: Mejorar la salud materna.

Las metas definidas para el desarrollo del milenio se construyeron sobre las declaraciones de la Conferencia de Naciones Unidas de los años noventa y sobre un proceso iniciado en 1995 en OECD (26) que fijó las metas de desarrollo internacional. La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) realizada en El Cairo en 1994 fue muy influyente en el campo de salud de la mujer. El paradigma de cambio avalado en El Cairo, consolidó un nuevo pensamiento que surgió en la comunidad de salud internacional en respuesta a nueva evidencia y al crecimiento de voces de movimientos de la sociedad civil (27).

El nuevo paradigma, empieza con la sencilla premisa de que la salud y el bienestar de la mujer son valiosos en y para ella misma. El nuevo paradigma no discute la importancia del crecimiento de la población o de la salud de los niños, ni niega que las mujeres influyan en ambos. Pero, en esencia, el nuevo paradigma pregunta al mundo sobre la necesidad de re-enfocar su visión con el fin de ver a las mujeres en el centro del antiguo escenario como personas y también como ciudadanas. La respuesta del sector salud debe ser diseccionando el nuevo paradigma en esta forma (28).

En concordancia con lo anterior la definición de salud reproductiva, el cuidado de la salud reproductiva se define como la constelación de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud reproductiva y al bienestar a través de la prevención, promoción y la resolución de problemas de salud reproductiva. También incluye la salud sexual, el propósito de engrandecer la vida y las relaciones personales y no solamente aconsejando y suministrando el cuidado relacionado a la reproducción y a las infecciones de transmisión sexual (29).

El paradigma de la CIPD cambió el concepto de salud reproductiva que fue avalado por 179 países que firmaron la declaración en la Conferencia. Ese concepto se reconfirmó en la CIPD+5 y de nuevo en una reciente Conferencia regional CIPD +10 (30). La salud reproductiva vincula un acercamiento a la salud en general y un conjunto de servicios de salud que apuntan a mejorar el estado de la salud sexual y reproductiva de todas las personas (31).

El paradigma de la salud reproductiva promueve una visión de sistemas de salud, centrada fundamentalmente en la usuaria, con la sociedad civil, incluida la gestante con voz y papel críticos. Idealmente, los servicios de salud que se habían dado previamente como programas verticales, o no estaban disponibles para todos o debían ser integrados en servicios diseccionados para el alcance pleno de las necesidades de la salud reproductiva, a través de los periodos de vida. En la práctica esto significa que los programas de planificación familiar que en muchos países se habían comenzado como programas de control de población a través de una infraestructura administrativa y física separados de otros servicios de salud, habrían de integrarse con otros servicios como aquéllos diseñados para prevenir, detectar y tratar las infecciones de transmisión sexual (ITS) o el de cáncer cervical y de mama. Los programas de información deberían incluir no sólo información técnica sobre anticoncepción sino también sobre educación sexual, educación antiviolencia y educación en el control prenatal (31)

La necesidad de aumentar el acceso y ampliar los servicios de salud reproductiva pudo ser una situación difícilmente consiente. Los servicios de salud inaccesible; inadecuada, sin información y educación en sexualidad y en el control prenatal, las discriminaciones de género, clase y raza permitieron que ciento de millones de mujeres no pudieran ejercer su propio control sobre su vida sexual y reproductiva. Las consecuencias son devastadoras para la mujer y para la sociedad (32).

Las mujeres tienen el derecho a condiciones que les permitan hacer posible que la gestación y el parto conduzcan a la mejor oportunidad de tener un niño saludable. No simplemente en la teoría sino también en la práctica y en las vidas de las mujeres, el cumplimiento de ese derecho está indivisiblemente conectado a su derecho para decidir qué tan frecuente tener los hijos y a la información, los medios y el poder para ejercerlo (33).

Para un inmenso número de mujeres en el mundo actual, estas necesidades se intensifican por el hecho de que ellas vivan en sociedades que se encuentran en conflicto armado. Hoy, más de cuarenta países, 90% son naciones de bajos ingresos, se encuentran en conflicto. La atención de salud reproductiva llevada a cabo para una población nunca es una cuestión simple y las emergencias y el desplazamiento le añaden desafíos especiales. Mientras las mujeres afectadas por el conflicto armado tienen las mismas necesidades de salud reproductiva de otras, los efectos del conflicto las hacen a ellas excepcionalmente vulnerables. Ellas han perdido a menudo las personas amadas, sus posesiones, sus sustentos, su estado social e incluso su estilo de vida. La mortalidad y morbilidad neonatal y materna pueden aumentar porque los servicios de salud son destruidos o los nacimientos ocurren en la orilla del camino durante el fuego; la tasa de infección por VIH y otras ITS pueden aumentar también con la mezcla de la población, la exposición a hombres armados y por la crisis social que aumentan los asaltos sexuales. La falta de sistemas de apoyo tradicionales, las diferencias culturales y el cambio de roles de hombres y de mujeres en la sociedad, son las mayores barreras para llevar a cabo programas apropiados de salud reproductiva (34, 35).

Dado su impacto multifacético sobre la salud y el desarrollo, mejorar la salud reproductiva ha sido declarada como una meta independiente en el escenario internacional del proceso de determinación de Metas Internacionales de Desarrollo, que precedió la Declaración del Milenio (28). Las presiones políticas que lideraron a la undécima hora de la Asamblea General en la cual se presentó una meta de salud reproductiva separada de la lista final de las Metas Internacionales de Desarrollo, no hace cambiar la centralidad de la salud reproductiva

al permanecer la meta principal del milenio, «Mejorar la Salud Materna», de hecho la salud reproductiva en las estrategias de reducción de pobreza es importante (32). Como las Task Force luchan con el desafío de aumentar el acceso y la utilización de servicios por vía del sistema de atención primaria de salud, del cual los servicios de salud reproductiva serán un componente esencial. Otros aspectos de la salud reproductiva avalados repetidamente por la comunidad mundial no cuestan dinero y no están limitados por los sistemas de salud: ellos son maneras diferentes de ver el mundo y el papel de la mujer en él. Esas perspectivas deben ayudar a compartir el trabajo de cada Tarea de Impacto en el Proyecto del Milenio (36, 37).

De hecho, por cada mujer que muere se estima que 30 a 50 mujeres sobreviven de las mismas complicaciones, pero con incapacidades a corto o largo plazo (38). La morbilidad a corto plazo puede incluir hemorragia, convulsiones, flujo cervical, shock y fiebre, mientras a largo plazo, y a menudo crónico, las secuelas del parto y el embarazo pueden ir desde la infertilidad hasta el prolapso uterino, depresión y fístula vesico-vaginal (39). En algunos casos, como en la fístula vesico-vaginal las implicaciones en la calidad de vida de la mujer son enormes. Muchas mujeres con esta condición humillante son vueltas proscritas sociales, abandonadas por sus maridos y familias, tiradas en la pobreza más profunda y promueve a que una proporción elevada de ellas termine en suicidio. Las mismas intervenciones o oportunidades que reducen la mortalidad materna también reducirán estas condiciones desactivando las causas de las complicaciones obstétricas. Es más, una proporción grande de la morbilidad materna es tratable, pero debido a la falta de conocimiento y al estigma social, así como a la falta de servicios, millones de mujeres sufren este peso en silencio (39, 40).

Nosotros recomendamos por consiguiente que el objetivo de reducir la mortalidad materna sea complementado con el objetivo ya implementado en el proceso de Desarrollo Internacional de Metas, trayendo de las declaraciones de la CIPD y de la CIPD+5: el acceso universal a los servicios de salud reproductiva para el año 2015 a través de los sistemas de atención primaria de salud y el proceso completo en promoción de la salud y prevención de la enfermedad o muerte materna (41).

5.6.2. RECOMENDACION DE LA LITERATURA NACIONAL

5.6.2.1 Control prenatal en embarazo de bajo riesgo basado en las evidencias (42).

En la actualidad se reconoce, que en su mayor parte, las principales causas de mortalidad materna, fetal y perinatal son prevenibles, mediante una atención prenatal temprana y de alta calidad que permita la identificación y control de los factores de riesgo obstétrico y perinatal; así como a través de la detección oportuna de las complicaciones del embarazo para su tratamiento adecuado o referencia oportuna a los niveles superiores de atención (43). Asumir qué cuidados prenatales confieren beneficios a la salud, como es previniendo morbilidad y mortalidad materna y perinatal es lógicamente muy complejo (44).

Estudios observacionales y epidemiológicos tienden a mostrar que aquellas mujeres quienes reciben cuidado prenatal tienen más baja morbilidad y mortalidad y mejores productos de la concepción, sobre las que no tienen control o éste es francamente inadecuado en asesoría y consejería prenatal. Estos estudios también tienden a demostrar una asociación entre el número de visitas y/o edad gestacional al inicio del cuidado u la terminación del embarazo después de controlar factores de confusión como la duración del embarazo. Debido a esta sugerencia de efectos, los programas de cuidado antenatal han mostrado la tendencia a aumentar el número de visitas sin considerar el tiempo en el cual las pacientes consultan por primera vez (45).

Recientemente, fuera de las frecuencias de las visitas o el intervalo entre ellas, se ha dirigido la atención a los elementos esenciales que debe contener cada control asegurando que la calidad no debe ser rebajada por la cantidad de visitas, y se sugiere que el cuidado es más efectivo cuando se hacen menos consultas pero muy bien orientadas, basadas especialmente en aquellos elementos del cuidado prenatal que están científicamente comprobados con efectivos y tienen impacto en los resultados finales del embarazo (46).

Está demostrado que no es el mayor o menor de de consultas prenatales, sino la implementación de aquellas actividades las cuales han probado su efectividad en educación prenatal; la frecuencia y el proveedor de la atención se pueden planear de acuerdo al medio y a los recursos (47).

La importancia de mejorar la calidad del contenido de la visita, por un lado, y la precocidad en la captación de las pacientes una vez se embarazan, quedan claramente demostradas, sin que se disminuya la efectividad y la

calidad del producto del embarazo y es independiente de si el control es practicado por el Obstetra o por otros integrantes del grupo de Salud: Médicos generales o personal de Enfermería (48).

Los siguientes serian los parámetros de orientación que se deben tener en cuenta como contenido de los programas de cuidados prenatal, para las gestantes de bajo riesgo (49).

En todos los controles prenatales se deben implementar las acciones educativas como:

- Alentar la continuidad del control prenatal.
- Promoción de la lactancia materna.
- Fomentar la anticoncepción posparto para procurar una buena salud sexual y reproductiva o promover la planificación definitiva quirúrgica en caso de cesárea urgente.
- El desarrollo de hábitos y conductas favorables para la salud materna y perinatal, así como disuadir al consumo de tabaco, alcohol, fármacos psicoactivos y la automedicación.
- Dar atención a la explicación sobre los cambios fisiológicos durante las diferentes etapas del embarazo y puerperio.
- Fomentar los cuidados por parto y del recién nacido.
- Explicación sobre signos y síntomas de alarma, signos y síntomas premonitorios u otros signos y síntomas de alarma de las principales complicaciones que pueden aparecer durante el curso del embarazo y llevar a la paciente a un riesgo mayor.
- Dar asesoría en prevención del cáncer de cérvix y de mama.
- Fomentar el cuidado del carné de control prenatal y de los exámenes de laboratorio y de ecografías para que el control prenatal sea más eficiente.(50)

5.6.2.2 Reflexiones sobre nuestro papel en la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva.

En Latinoamérica y el Caribe de cada 130 mujeres embarazadas una morirá por eventos evitable (51). Es entonces más riesgoso un embarazo en nuestra región que transportarse en motocicleta, actividad que tiene un riesgo de muerte de 1 en 1.000. Se calculan más de 6.000.000 muertes maternas anuales, de las cuales el 99% suceden en nuestros países emergentes y tan solo el 1% en países industrializados: Las metas en salud como por ejemplo la reducción a la mitad de la mortalidad materna que se tenía para el año 2000 no se cumplieron y hoy día en pleno siglo XXI las mujeres embarazadas siguen muriéndose. La gran mayoría de estas muertes podrían ser relativamente fáciles de evitar si todos los actores del sistema tuviéramos la voluntad de aprovechar las oportunidades perdidas en todo contacto que se tuviera con las usuarias (52).

Al suministrar servicios básicos costo-efectivos, podemos salvar las vidas de las mujeres, pero poder lograr los objetivos que nosotros mismos nos hemos fijado en el Cairo y Beijín, debemos hacer mucho más para ayudar las mujeres a conocer sus derechos sexuales u reproductivos. Hoy no definimos salud como la ausencia de enfermedad, así tampoco es suficiente como sólo salvar una vida, sino también hay que mejorar la condición de vida y bienestar de las mujeres. Cada vez que vemos a una mujer por un caso de embarazo, tenemos la oportunidad de marcar una diferencia en su vida (53).

La mortalidad materna es apenas la punta del visible de un gran iceberg que representa una problemática mucho más compleja. Como profesionales de la salud nos ha tomado mucho tiempo comprender la epidemiología de la enfermedad y la muerte así como grabamos las fallas en la presencia de los servicios de salud dentro de un contexto mucho más amplio de derechos humanos y cambio social (54).

Estas acciones son parte del cuidado primario en salud, que es de vital importancia pues son actividades de alta externalidad, así la anticoncepción, la prevención del cáncer de cérvix y de seno por ejemplo, debe brindarse en todos los niveles y no solamente en el primer o segundo nivel de atención hacerlo así es ganar oportunidades perdidas(55)

5.6.2.3 En Colombia, el Ministerio de Salud ha normatizado que el control prenatal se inicie antes del quinto mes (56).

Con el fin de lograr la reducción de la mortalidad materna y perinatal, se hace necesario establecer parámetros mínimos que garanticen una atención con calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante el control prenatal; de acuerdo con la Política nacional de salud sexual y reproductiva (2003-2007) y el Plan de acción aprobado por la Asamblea General de la ONU de 2002 sobre niñez y adolescencia , suscrito por Colombia que buscan reducir la mortalidad materna en 50% en este periodo y 75% para el 2015 ; así como también aumentar la cobertura y calidad del parto institucional en 95% , y fortalecer la vigilancia y prevención de la mortalidad materna y perinatal en el país).

La tasa de mortalidad materna en Colombia para 2000 fue de 104.9 por 100.000 nacidos vivos, cifra que no ha variado de manera importante en la última década, así como su estructura de causa y grupos de edad que afecta. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, se calcula que 95% de estas muertes son evitables, siendo posible reducir esta tasa a menos de 10 muertos por cada 100.000 nacidos vivos con un adecuado y oportuno programa de control prenatal y atención del parto (56-57)

En cuanto a la frecuencia recomendada para las consultas, esta varía de acuerdo a los factores de riesgo, los recursos disponibles en la región y las normas establecidas en las diferentes divisiones territoriales. En Antioquia se inicio la aplicación de las guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública, guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo mayo 2007 (57).

Los objetivos de esta historia clínica prenatal son:

- Promover el inicio del control prenatal ante la sospecha de embarazo.
- Facilitar el acceso de la gestante a los servicios de salud de manera precoz y oportuna.
- Vigilar la evolución del proceso de la gestación de tal forma que sea posible identificar precozmente a la materna con factores de riesgo biopsicosociales, enfermedades asociadas y propias del embarazo para un manejo adecuado y oportuno.

- Establecer un plan de control prenatal y atención del parto conforme con la condición de salud de la gestante.
- Ofrecer educación a la pareja, que permita una interrelación adecuada entre los padres, familia y sus hijos desde la gestación.

Características de la atención

Las siguientes actividades, procedimientos e intervenciones, conforman las guías básicas para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. Las características básicas de esta atención deben ser:

- De calidad: El prestador de salud tendrá la capacidad resolutive y el equipo de salud capacitado para brindar una atención integral, humanizada y de alto nivel, de acuerdo con el Decreto 2309/02 del Ministerio de la Protección Social (58).
- Precoz: La atención debe iniciarse tan pronto se confirme el embarazo.
- Periódica: Garantizar la atención de la gestante a lo largo de su gestación de acuerdo con sus necesidades.
- Con completa cobertura: La atención en salud de la gestante se deberá garantizar de acuerdo con sus necesidades en los diferentes niveles de atención del sistema de salud, de acuerdo con la resolución 5261/94 del Ministerio de Salud “Por el cual se establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del plan obligatorio de salud” y las normas que lo adicionen, modifiquen o complementen (59).
- Oportuna: Deberá brindarse cuando ésta se requiera, de acuerdo con las necesidades de la usuaria.

Identificación e inscripción de las gestantes en el control prenatal.

Para el desarrollo oportuno de este proceso es preciso implementar los mecanismos que garanticen la detección y captación temprana de las gestantes, ante la sospecha de embarazo y antes de la semana doce de embarazo para detectar, educar, intervenir y controlar oportunamente sus factores de riesgo biosicosociales, condiciones propias de este estado.

Este proceso implica:

- Identificar completa y correctamente a la mujer.
- Ordenar una prueba de embarazo si este no es evidente.
- Promover la presencia del compañero o algún familiar en el control prenatal.
- Informar a la mujer, el compañero o familiar, acerca de la importancia del control prenatal, su periodicidad y características. En este momento es preciso brindar educación, orientación, trato amable, prudente y respetuoso, responder a las dudas e informar sobre cada uno de los procedimientos que se realizaran, en un lenguaje sencillo y apropiado que proporcione tranquilidad y seguridad.
- Inscripción de la gestante en el programa de control prenatal.

Consulta médica de primera vez.

La primera consulta prenatal deberá ser realizada por un médico y tiene como objeto evaluar el estado de salud de la gestante, identificar sus factores de riesgo biosicosociales, enfermedades asociadas y propias de la gestación, y establecer un plan de acción para su intervención integral; así como educar a la mujer, compañero o familiar al respecto. Esta primera consulta médica deberá tener una duración mínima de 30 minutos.

- Elaboración de la historia clínica e identificación del perfil de riesgo

La historia clínica prenatal base debe ser un documento estructurado con una lista de chequeo que facilite la identificación de los factores de riesgo biosociales, enfermedades asociadas propias de la gestación y la utilización de esta información por parte del equipo de salud (60)

Elementos básicos de la historia clínica prenatal:

- Identificación de la gestante: nombre completo, documento de identidad, edad, raza, nivel educativo, estado civil, ocupación, régimen de afiliación, procedencia (urbano , rural), dirección y teléfono.
- Anamnesis:
 - Antecedentes personales: patológicos, Quirúrgicos, nutricionales, traumáticos, tóxicos-alérgico .Enfermedades, complicaciones y tratamientos recibidos durante la gestación actual
 - Hábitos: nutricionales, actividad física, sexualidad, patrón de sueño, tabaquismo, alcoholismo, consumo de sustancias psicoactivas, abuso de fármacos en general, exposición a tóxicos e irradiación y otros.
 - Valoración de condiciones sicosociales: tensión emocional, humor, signos y síntomas neurovegetativos, soporte familiar y de la pareja, violencia domestica, embarazo deseado o programado. Se recomienda para el análisis de estas variables utilizar el modelo biosocial de Herrera (61).
 - Antecedentes obstétricos: total de embarazos y evolución de los mismos, complicaciones obstétricas y perinatales previas, fecha de la finalización del último embarazo e intervalos intergenesicos

- Antecedentes laborales.
 - Antecedentes ginecológicos: Edad de la menarquía, ciclos menstruales, fecha de las dos últimas menstruaciones, edad de inicio de las relaciones sexuales, número de compañeros sexuales, métodos anticonceptivos utilizados y hasta cuándo, antecedente o presencia de flujos vaginales, enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, cirugía ginecológica e historia y tratamiento de infertilidad.
 - Antecedentes familiares: trastornos mentales, epilepsia, hipertensión arterial crónica, preeclampsia, eclampsia, cardiopatías, diabetes, metabólicas, autoinmunes, infecciosas (tuberculosis, HIV, ETS) congénitas, neoplasia, gestaciones múltiples y otras.
 - Gestación actual: Edad gestacional probable(fecha de la última regla, altura uterina o ecografía obstétrica), identificar la aparición de síntomas, signos y otros eventos adversos asociados con la gestación, tales como: hipertensión arterial, cefalea, trastornos visuales o auditivos, epigastralgia, edemas progresivos en cara o miembros superiores e inferiores, disminución marcada o ausencia de movimientos fetales, actividad uterina, sangrado genital, amniorrea o leucorrea, sintomatología urinaria, intolerancia a la vía oral, patrón de sueño alterado y otros.
 - Otros hallazgos y motivo de consulta: Inicio y evolución de la sintomatología, exámenes previos, tratamiento recibido y estado actual
- Tomar medidas antropométricas: Peso, talla, altura uterina, y valorar el estado nutricional.
 - Tomar signos vitales: Respiración, temperatura, pulso y tensión arterial.
 - Realizar examen físico completo por sistemas: Debe hacerse céfalo caudal, incluido la cavidad bucal.
 - Valoración ginecológica: Realizar examen de senos y genitales, que incluye la valoración de patología infecciosa cervicovaginal y toma de citología vaginal, si no tiene una reciente de acuerdo con la guía de

detección del cáncer del cuello uterino. Comprobar la existencia del embarazo, descartar gestación extrauterina e investigar patología anexial.

- Valoración obstétrica, según edad gestacional: determinar altura uterina y correlacionar con el feto o numero de fetos , fetocardia y movimientos fetales

SOLICITUD DE EXÁMENES PARACLINICOS

Previa autorización de la mujer gestante, para los exámenes que requieren consejería luego de informársele la naturaleza de los mismos.

Hemoclasificación: a las mujeres Rh negativas se les debe solicitar, adicionalmente, la prueba de coombs indirecto. Si el resultado es negativo, se repetirá la prueba a la semana 28, excepto cuando el padre es Rh negativo. En este momento, si la gestante no está sensibilizada deberá administrársele 300 mg de inmunoglobulina anti-D. En el momento del parto, se deberá repetir lo anterior.

De igual modo, deberán solicitarse los exámenes paraclínicos indicados en la primera visita prenatal:

1. Prueba de glicemia a la hora con una carga de 50 gr de glucosa, previo ayuno de dos horas, en las gestantes con alto riesgo de diabetes gestacional.
2. La ecografía obstétrica será solicitada en la primera visita prenatal para confirmar la edad gestacional, solo si la fecha de última regla no es confiable o si se presenta alguna complicación en el primer trimestre del embarazo que lo requiera.
3. Citología cervical: se deberá tomar si la gestante no tiene una reciente, de acuerdo con la guía de detección temprana de cáncer del cuello uterino.

- Los exámenes paraclínicos deberán ser complementados con aquellos que sean necesarios de acuerdo con los factores de riesgo biosociales, enfermedades asociadas propias de la gestación a lo largo de su embarazo y a los requeridos, según criterio médico

- A la mujer que asiste por primera vez al control prenatal en el segundo o tercer trimestre deberán solicitársele, adicionalmente exámenes previos establecidos para su edad gestacional.
- Es obligación de los prestadores de salud velar por la calidad de sus exámenes de acuerdo con las normas nacionales vigentes, para garantizar la certeza de sus resultados.
- Es deber de la gestante cuidar de los resultados de exámenes y del carné de control prenatal y traerlos consigo a cada cita de control prenatal con el médico general, cita con el obstetra y cita por urgencias.

ADMINISTRACION DE TOXOIDE TETÁNICO

La inmunización antitetánica es el método más eficaz para prevenir el tétano neonatal. Se deberán colocar a la gestante dos dosis con intervalo de un mes entre ellas, en los primeros siete meses de embarazo. Si ya ha sido vacunada dentro de los últimos cinco años, se le administrará una sola dosis de refuerzo. Además, se debe educar a la gestante para que complete su esquema de vacunación en el posparto (62).

FORMULACION DE MICRONUTRIENTES

- Acido fólico: para la prevención de los defectos del tubo neural se recomienda administrar durante la etapa preconcepcional, por lo menos en las cuatro semanas previas a la gestación y en las primeras doce semanas: 4 mg diarios, en mujeres con antecedente de hijo con defecto del tubo neural o en tratamiento con medicamentos que aumenten su incidencia; y 0, 4 mg diarios, en gestantes sin estos antecedentes.
- Calcio: debe suministrarse calcio durante la gestación hasta completar una ingesta materna mínima de 1200- 1500 mg diarios.
- Sulfato ferroso: deberá suministrarse cuando este indicado como parte de su tratamiento en mujeres gestantes con diagnóstico de anemia.

EDUCACION INDIVIDUAL A LA MATERNA, COMPAÑERO Y FAMILIA.

Los siguientes aspectos son relevantes como complemento de las anteriores actividades hace parte de todo el proceso de educación prenatal:

- Fomentar la integración a la consulta del esposo o compañero o familiar (no solo el acompañamiento a la consulta sino del puerperio).
- Incrementar los factores protectores para la salud de la materna, tales como medidas higiénicas, guía nutricional, fomento de la actividad física, sexualidad, prevención de infecciones vaginales, sueño, vestuario, apoyo afectivo, control prenatal, vacunación y la atención institucional del parto.
- Fortalecer los vínculos afectivos, la autoestima y el autocuidado como factores protectores.
- Prevenir la automedicación y el consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas durante la gestación. La gestante fumadora debe ser informada sobre los riesgos del cigarrillo en el embarazo (parto pretérmino, bajo peso al nacer) y la importancia de suspender su consumo o disminuir al mínimo su empleo. De igual forma, el consumo del alcohol y otras sustancias psicoactivas.
- Educación prenatal:
 - Los signos y síntomas de alarma; por los que debe consultar oportunamente, tales como: disminución marcada o ausencia de movimientos fetales, sangrado vaginal o amniorrea o leucorrea, actividad uterina.
 - Signos y síntomas premonitorios como: hipertensión arterial, cefalea, trastornos visuales, trastornos auditivos, epigastralgia, edemas.
 - Otros signos y síntomas urinarios.

- Planificación familiar: Solicitar firma del consentimiento informado de la gestante o carta firmada por la gestante en caso de elegir un método permanente si el parto termina en cesárea urgente o después del parto- consejería en planificación familiar.
 - Lactancia materna: Educar y preparar para la lactancia materna exclusiva hasta los 9- 10 meses y con alimentación complementaria hasta los 2 años (63).
 - Cuidados del recién nacido: cuidados del ombligo, horario alimentación.
 - La importancia de llevar consigo el carné de control prenatal junto con las fotocopias de los exámenes de laboratorio y todas ecografías a cada cita de control prenatal con la enfermera, médico general o especialista o para facilitar su atención en caso de urgencia en otra institución de salud.
- Brindar espacio para resolver inquietudes e interrogantes de la gestante
 - Recomendar sitio para su atención durante las 24 horas del día o de solicitud de información en situaciones de urgencia.

Se debe entregar material impreso con información básica a la gestante y su familia sobre los conceptos arriba señalados.

REMISION A CONSULTA ODONTOLÓGICA GENERAL

La infección periodontal ha sido asociada con un incremento en el riesgo de parto pretérmino, y preeclampsia-eclampsia, por lo que debe realizarse una consulta odontológica en la fase temprana del embarazo con el fin de valorar el estado del aparato estomatológico, controlar los factores de riesgo para la enfermedad periodontal y caries, así como para fortalecer prácticas de higiene oral adecuada. Esta remisión debe hacerse de rutina, independiente de los hallazgos del examen médico o tratamientos odontológicos en curso.

DILIGENCIAMIENTO Y ENTREGA DEL CARNÉ MATERNO, EXAMENES PARACLINICOS Y ECOGRAFIAS, EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE SU USO

El carné materno es de obligatorio diligenciamiento por parte del profesional de la salud y en él se debe registrar los hallazgos clínicos, la fecha probable del parto, las curvas de peso materno y la altura uterina, frecuencia fetal y presión arterial, las fechas de las citas de control. Así mismo, se deben anexar fotocopias de los exámenes paraclínicos y ecografías, se debe instruir a la gestante traer estas fotocopias en cada cita de control prenatal o al servicio de urgencias ginecobstetricas.

Se debe educar a la gestante acerca de la importancia del carné de control prenatal, su diligenciamiento por parte del profesional de la salud y la necesidad de llevarlo consigo en todo momento junto con las fotocopias de los exámenes de laboratorio y ecografías efectuadas.

VALORACION DEL PERFIL DE RIESGO MATERNO

De acuerdo con la información obtenida de la anamnesis, el examen físico y los exámenes paraclínicos se identificarán los factores de riesgo biosicosociales, las enfermedades asociadas y propias de la gestación que contribuyan a un resultado adverso materno o perinatal, lo que permitirá establecer el perfil de riesgo de la gestante y clasificarla para su oportuno y adecuado manejo en :

- Gestante sin factores de riesgo: Son aquellas que no presentan factores de riesgo biosicosociales, enfermedades asociadas y propias de la gestación que aumentan su riesgo de morbilidad materna y perinatal con respecto a la población general.
- Gestantes con factores de riesgo: Son aquellas gestantes que de acuerdo con la evaluación que se realice de sus factores de riesgo biosicosociales, enfermedades asociadas y propias de la gestación tiene mayor riesgo de morbilidad materna y perinatal con respecto a la población general. Estas maternas deberán ser remitidas al especialista en obstetricia para valoración, quien les definirá un plan de atención integral de acuerdo con su condición de salud. Es deber de los prestadores de salud garantizarle a estas gestantes una atención adecuada, oportuna e integral.

CONSULTAS DE SEGUIMIENTO Y CONTROL

Es el conjunto de actividades realizadas por el médico o el profesional de enfermería en el control prenatal a la materna sin factores de riesgo, que permite el seguimiento al normal desarrollo de la gestación. Se debe garantizar la prestación de este servicio por un grupo calificado de profesionales. La duración de estas consultas deberá ser mínimo de 20 minutos (7).

La periodicidad de las consultas de seguimiento y control debe ser mensual hasta la semana 36, y luego cada 15 días hasta la semana 40, la materna deberá llevar consigo en cada cita el carné de control prenatal y anexado fotocopia de todos los paraclínicos y ecografías realizadas.

Los controles prenatales durante el último mes de gestación (semanas 36, 38 y 40) deben ser realizados por un médico. Asimismo, el profesional de enfermería deberá remitir a valoración médica inmediata a la usuaria en la cual identifique factores de riesgo biosicosocial, enfermedades asociadas y propias de la gestación durante la anamnesis, el examen físico o la revisión de todos los paraclínicos y ecografías que trae consigo la materna para su adecuado y oportuno manejo.

Las consultas de seguimiento y control prenatal deben incluir:

- Anamnesis: Debe estar orientada a la identificación e intervención de los riesgos biosicosociales, enfermedades asociadas y propias de la gestación.
 - Identificar la aparición de nuevos síntomas, signos y otros eventos asociados con la gestación, tales como: hipertensión arterial, cefalea, trastornos visuales o auditivos, epigastralgia, edemas, disminución marcada o ausencia de movimientos fetales, actividad uterina, sangrado genital, amniorrea o leucorrea, sintomatología urinaria, intolerancia a la vía oral y patrón de sueño alterado.

- Indagar sobre el cumplimiento de las recomendaciones, realización y reclamación de los exámenes de laboratorio y ecografías, educar a la materna a que lleve consigo el carné de control prenatal y fotocopias de todos los exámenes de laboratorio y ecografías realizadas.
 - Cambios en el patrón de los movimientos fetales
- Examen físico: Debe ser completo por sistemas, de manera céfalo caudal.

Debe hacerse especial énfasis en la evaluación de:

- La tensión arterial: Debe realizarse la Prueba de Gant o Roll over test entre la semanas 28 a 32, a todas las Gestantes con factores de riesgo biosicosocial presentes.
 - La curva de ganancia de peso y crecimiento uterino.
 - El registro de frecuencia cardiaca fetal.
 - La valoración de la presentación fetal a partir de la 36 semana, por ser en este momento una estimación más segura y confortable para la materna. La identificación de una situación o presentación anormal deberá confirmarse mediante una ecografía obstétrica.
- Solicitud de exámenes paraclínicos (previa autorización de la usuaria para aquellos que así lo requieran), luego de informársele la naturaleza de los mismos:
 - a. Urocultivo: Es la prueba de elección para el diagnostico de la bacteriuria sintomática.
 - b. Prueba de glicemia a la hora con una carga de 50 gr. de glucosa, previo ayuno de 2 horas. Valores entre 140 y 199 mg/dl requieren de la realización de la prueba de tolerancia oral a la glucosa para descartar el diagnostico de diabetes mellitus gestacional; valores mayores o iguales a 200 mg/dl confirman el diagnostico y no requieren de pruebas adicionales.

- c. Ecografía obstétrica: Es útil para confirmar edad gestacional, número de fetos, localización de la placenta, líquido amniótico y descartar anomalías anatómicas mayores, antes de las 24 semanas de gestación.
- d. Frotis de flujo vaginal: Descarta la vaginitis de la vaginosis.

- Fomentar la integración a la consulta del padre o familia, no solo a la consulta sino también en el puerperio.

- Incrementar los factores protectores para la salud de la gestante: tales como medidas higiénicas, guía nutricional, fomento de la actividad física, sexualidad, prevención de infecciones vaginales, sueño, vestuario, apoyo afectivo, control prenatal, vacunación y atención institucional del parto.

- Informar, educar y registrar en la historia clínica sobre la importancia de la atención del parto institucional, signos y síntomas de alarma como disminución o ausencia de los movimientos fetales, sangrado o pérdida vaginal de líquido amniótico, signos y síntomas premonitorios como cefalea asociado a trastornos visuales, trastornos auditivos, epigastralgia, otros signos y síntomas como la sintomatología urinaria o pulmonar.

- Remitir a curso de preparación para el parto.

- Educar y preparar para la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y con alimentación complementaria hasta los dos años.

- Informar, educar y brindar consejería en planificación familiar. Solicitar carta de autorización de ligadura Pomeroy en caso de cesárea urgente o firma del consentimiento informado de la materna en caso de elegir un método permanente para después del parto.

- Diligenciar y entregar el carné con fotocopias de los exámenes de laboratorio y ecografías y dar indicaciones que deberá traerlos consigo en los siguientes controles según condiciones y criterio médico.

- Brindar un espacio para resolver inquietudes e interrogantes de la gestante y familiar adulto.

- Informar acerca de los sitios para su atención durante las 24 horas del día o de solicitud de información en situaciones de urgencia.

- Se debe entregar material impreso con información básica a la materna y su familiar adulto sobre los conceptos arriba señalados (57).

6. METODOLOGIA

6.1 IDENTIFICACIÓN Y DEFINICIÓN DE CONCEPTOS Y VARIABLES.

Vease el **Anexo 2**.

6.2 TIPO DE ESTUDIO.

Se realizó una un estudio observacional descriptivo evaluativo sobre la calidad del programa del control prenatal y la calidad del proceso de ecuación prenatal en el Centro de salud de Pueblo Nuevo de la E S E Hospital Antonio Roldan Betancur.

Para dar respuesta a los objetivos del estudio se procedió mediante un trabajo campo en el que se evaluó la calidad de atención considerándose los elementos de estructura, procesos y resultados.

6.3 TRABAJO DE CAMPO.

El estudio se llevó en a cabo en tres fases:

Primera fase:

Se hizo la observación y anotación de los requisitos estructurales en donde se brindó la atención del control prenatal, mediante una guía de observación para determinar condiciones de limpieza, iluminación, baños, infraestructura, distribución de mobiliario en la sala de espera; en el consultorio se evaluó la privacidad y distribución de mobiliarios, equipos para realizar el examen físico y utilización de técnicas perinatales, con lo cual se estaría midiendo el aspecto de estructura, además de otros elementos dirigidos al personal paramédico y otras observaciones requeridas como protocolos etc.

Segunda fase:

La apreciación de la satisfacción de la atención prenatal y del proceso de educación en el control prenatal se realizó de forma directa mediante encuestas a las usuarias externas e internos para describir los elementos de estructura, procesos y resultados.

Tercera fase:

Se realizó la revisión de las historias clínicas de las gestantes encuestadas para evaluar el proceso del llenado de historias clínicas y del proceso de educación prenatal registrado en estas.

6.4 ÁREA DE ESTUDIO.

El estudio se realizó en el programa de control prenatal del centro de salud de Pueblo Nuevo del municipio de Apartadó. Estuvo constituido por el programa de control prenatal del Hospital Antonio Roldan Betancur Nivel I con todos los elementos constitutivos: estructura, procesos y resultados.

6.5 UNIVERSO

El universo fue de 1446 gestantes que asistieron al programa de control prenatal en el periodo 2007, 10 usuarios internos: 5 médicos y 5 enfermeras que brindaron la atención en el programa de control prenatal.

6.6 POBLACION Y MUESTRA

Muestra para las gestantes

La muestra para las usuarias externas se calculó mediante la siguiente fórmula:

$$n = N \times Z^2 \times P \times Q$$

$$\frac{\quad}{D^2 \times (N - 1) + z^2 \times p \times q} = n . = 126$$

N : Universo

P : Prevalencia del 80%

Q : (1 - p)

D : 20%

Z² : 80

Muestra para usuarios internos

10 usuarios internos equivalentes al universo de los recursos que brindan la atención directa del control prenatal.

Muestra para los expedientes clínicos

Se analizaron la totalidad de las 126 historias clínicas de las gestantes que asistieron a la consulta diaria de control prenatal durante el periodo de estudio.

Muestra para la estructura

Se aplico el formulario de estructura al centro de salud de Pueblo Nuevo, ya que capta el mayor número de controles prenatales de bajo riesgo.

6.7 INSTRUMENTO

Para la recolección de la información se emplearon 4 instrumentos.

1. El cuestionario para las gestantes del programa, para cuya elaboración se conservó la estructura del instrumento empleado con fines similares en la evaluación del servicio de habilitación, con las modificaciones pertinentes para ser utilizado en el contexto de un programa de control prenatal (63). El instrumento final contiene variables que exploran características sociodemográficas de las pacientes; características del proceso de prestación del servicio, percepción de calidad – satisfacción de los servicios recibidos y del proceso de educación prenatal obtenido durante la atención en el programa de control prenatal.

2. El cuestionario para profesionales del programa, que guardó las partes incluidas en el instrumento del estudio evaluativo de servicios de habilitación ya mencionado (64), con las modificaciones pertinentes para evaluar proceso y resultado en el control prenatal. El instrumento final caracteriza a los profesionales con base en su profesión, experiencia en programas prenatales, vinculación con el centro de salud, estudio de postgrado en el área del control prenatal, apreciación del servicio que se presta, evaluación del proceso de educación prenatal que ofrecen a las maternas.

3. El instrumento para caracterización del proceso de prestación del servicio prenatal, a partir de la información registrada en la historias clínicas, en el cual se incluyeron algunos de los indicadores de calidad en obstetricia elaborados por la Secretaria Distrital de Salud para su estudio(65). Se le adicionó la evaluación del registro de la captación precoz, número de controles prenatales valoración de factores de riesgo personales ginecobstétricos, patológicos, quirúrgicos, el examen obstétrico, diagnóstico, plan, realización del proceso de educación prenatal y la legibilidad de la historia clínica.

4. El instrumento para verificación de condiciones de estructura, elaborado por la Organización Mundial de la Salud y la Secretaria Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá, para evaluar programas ambulatorios de obstetricia y ginecología en el primer nivel de atención (66), con modificaciones en la redacción de algunos ítems para adaptarlo al contexto de la evaluación de estructura en el centro de salud objeto de estudio. El instrumento consta de siete secciones, que evalúan las áreas de planta física, recursos materiales, recursos humanos, suministros y servicios de apoyo, plantación de actividades en el proceso de educación prenatal, normas y procedimientos, gerencia y administración. Cada área consta de una serie de ítems que se deben cumplir

6.8 OBTENCION DE LA INFORMACION.

Se obtiene mediante la aplicación de una guía de observación para determinar las condiciones en que se brinda el programa de control prenatal y el proceso de educación prenatal.

Entrevistas a usuarias y proveedores de servicios para medir el grado de satisfacción.

Instrumentos de evaluación el proceso de llenado de la historia clínica obstétrica y el proceso de educación prenatal.

6.8.1 Criterios de Inclusión

Usuaris externas:

- Usuaris que pertenecen al área geográfica del municipio de Apartadó.
- Usuaris que acudieron el día de la realización de la encuesta y que estuvieron dispuestas a cooperar.
- Usuaris que acudieron al programa de control prenatal.
- Usuaris que pasaron por los procesos de ingreso al centro de salud de Pueblo Nuevo, consulta médica, proceso de educación prenatal y posteriormente se les aplicó la encuesta.

Usuarios internos:

- Prestadores del servicio de salud que estuvieron dispuestos a cooperar con la investigación.

- Prestadores de servicio que al momento de realizar la encuesta se encontraban laborando en el lugar de atención.
- Prestadores de servicio que tuvieron contacto con la usuaria en la consulta.

Historia clínicas:

- De gestantes que asistieron al programa de control prenatal.

6.8.2 Control de Sesgos

- o De la observada: a las gestantes y al personal de salud se les aseguró confidencialidad de la información diligenciada en los instrumentos de recolección y se les recalco previamente en la importancia de la sinceridad de sus respuestas veraces para los fines del estudio. El empleo de un muestreo por conveniencia para la encuesta de aceptación puede introducir sesgos que debían corregirse durante el análisis y la interpretación de resultado.
- o Del observador: los evaluadores debieron estandarizar el procedimiento de aplicación de las encuestas y cuestionarios para recolección de la información.
- o Del instrumento: para la evaluación de estructura, se emplearon instrumentos diseñados de acuerdo con el consenso de expertos en la materia, de manera que recogieran las variables pertinentes para lograr las mediciones esperadas.

6.9 RECOLECCION, PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACIÓN.

6.9.1 PLAN DE RECOLECCIÓN.

- Organización del trabajo de campo: los encuestadores fueron estudiantes de enfermería del SENA Apartadó a quienes se les instruyó sobre la técnica de la entrevista, la forma de registro de la información, la confiabilidad y consistencia de la misma. Para lo cual se efectuaron reuniones de grupo, en las que se evaluaron la técnica de la entrevista y el llenado de las encuestas; para esto se elegía un encuestador que realizaba el interrogatorio y el resto del equipo registraba al igual que ella, las respuestas obtenidas; posteriormente se verificaba la reproducibilidad de la información y los errores presentados en el interrogatorio. En una segunda etapa se probaron los cuestionarios con mujeres asistentes a la consulta del programa de control prenatal. Se llevó a cabo un programa de estandarización y control de calidad. Los encuestadores y evaluadores se desplazaron al centro de salud de pueblo nuevo, según cronograma, con el fin de realizar una evaluación integral de cada uno de ellos, los aspectos de estructura, proceso y resultado.

- Instrumentos –Para evaluar los conocimientos y actitudes de las usuarias, en relación con el programa de control prenatal se empleó una versión modificada de la encuesta para maternas sobre factores que determinan el impacto de los servicios de habilitación, probada en varias instituciones de Bogotá en 1998 (67)(Ver anexo 1). Para utilizar el cuestionario sobre la percepción del programa a maternas, se tomaron las gestantes sucesivas que llegaban a cumplir con su actividad asistencial de control prenatal hasta completar el número requerido. A cada una o en grupos, se les impartieron las instrucciones generales para el diligenciamiento correcto del instrumento, el cual se archivó sin tener en cuenta el orden. Para usar el cuestionario sobre los conocimientos de los funcionarios del programa se les abordó individual o grupalmente en sus respectivos sitios de trabajo, se les dieron las instrucciones necesarias para el correcto diligenciamiento del instrumento y se les aseguró confidencialidad en lo concerniente a sus respuestas. Para evaluar la estructura, se empleó una versión modificada del instrumento para verificación de condiciones de eficiencia en programas ambulatorios de obstetricia y ginecología, diseñado por la Secretaría Distrital de Salud, el cual fue probado en hospitales de primer nivel de Santa Fe de Bogotá (67).

6.9.2 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.

Se empleó Windows, Excel y Word 2000, software –EPI – INFO6.04

6.9.3 PLAN DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

Se emplearon medidas de estadística descriptiva, tales como proporciones y promedio según las características de las variables. Los gráficos de selección de acuerdo con el nivel de medición de las variables fueron el histograma de frecuencias para las variables cualitativas, o gráficos de sectores y barras simples o agrupadas en el caso de variables de tipo cualitativo.

6.9.4 VARIABLES CON RELACIÓN A LOS OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

- Características sociodemográficas de las usuarias externas

- Edad
- Escolaridad
- Ocupación
- Estado civil

- Características de los usuarios internos

- Profesión

- Características de la estructura.

- Variables de estructura dirigida a la usuaria externa:

Información escrita, folletos del embarazo y sus cuidados.

Comodidad en la sala de espera.

Talleres – charlas del embarazo y sus cuidados.

Puntualidad de la atención.

Suficientes citas.

Tiempo suficiente de la consulta de control prenatal.

- Variable de estructura dirigida a usuarios internos:

- Disponibilidad.
- Infraestructura.
- Equipamiento.
- Recursos.
- Suministros.
- Tiempo disponible para cada gestante.

o Características de procesos

- Para usuarias externas:

Asistencia al control prenatal, número de controles.

Tiempo de espera para la consulta.

Tiempo de duración de la consulta.

Reconocimiento de los temas de educación prenatal en la consulta.

Reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos.

- Para usuarios internos

Calidad técnica.

Tiempo de laborar en la institución.

Tiempo de laborar en el programa de control prenatal.

Actualización.

Conocimiento del enfoque de riesgo.

Uso de tecnología prenatal.

Proceso de educación prenatal: lactancia materna, Planificación familiar con métodos temporales, métodos quirúrgicos, signos y síntomas de alarma, traer consigo a cada cita de control prenatal la carpeta con exámenes laboratorio, ecografías y el carne, prevención de cáncer de cérvix, cuidados posparto y del-a recién nacido-a, análisis del perfil de riesgo.

Calidad humana: calidez, trato

o Características de resultado

Usuarías externas

Satisfacción de las usuarias.

Reconocimiento de los riesgos, cambios fisiológicos durante el embarazo, derechos sexuales y reproductivos.

Cuidados de las fotocopias de exámenes de laboratorio, ecografías y carné de control prenatal.

Usuarios internos

Satisfacción de los prestadores del servicio.

Eficacia: consejería a las gestantes en el cuidados de los exámenes de laboratorio, ecografías y del carné de control prenatal.

Proceso de control prenatal completo.

7 CRONOGRAMA

Ver Anexo 3

8 ASPECTOS ÉTICOS.

Se le solicito autorización al Gerente Dr. José Agustín Mosquera Díaz gerente del Hospital Antonio Roldan Betancur para la evaluación del programa de control prenatal en Centro de Salud de Pueblo Nuevo Nivel I, a la Dra. Martha Liliana Pinto Tobón Subdirectora de servicios de Salud, Licenciada Blanca Nelly Brand Ossa Jefe de área de internación y cirugía de la E.S.E H.A.R.B y a la Sra. Irina Reyes Coordinadora del programa de prevención y promoción del Centro de Salud de Pueblo Nuevo, una vez aprobada la solicitud se inicio la investigación por parte del grupo de estudio.

A todas las gestantes se les explicó su participación en el estudio y se les solicito su consentimiento. La privacidad de la información suministrada se garantizó mediante la aplicación de instrumentos anónimos, creados sin ningún tipo de identificación o código. Los formularios se guardaron bajo llave y fueron custodiados por los investigadores. Las bases de datos no podían ser consultadas para otros fines distintos a los del estudio y no se facilitó a personas distintas al grupo investigador y a su asesor directo.

9 RESULTADOS.

9.1 ESTRUCTURA.

9.1.1 A Partir del Instrumento para Verificación de Ambiente de Estructura.

Se evaluó el centro de salud de Pueblo Nuevo, primer nivel aplicando el formato de verificación de estructura en el programa de ginecología de primer nivel, se analizó el porcentaje de cumplimiento y rango de ubicación para cada uno de los componentes evaluados en la estructura- física, materiales, suministros, recursos humanos, educación, normas y procedimientos, gerencia y administración.

En cuanto a la estructura física, encontró un puntaje promedio de cumplimiento es de 58.8%. Se evaluó asimismo los materiales, se obtuvo un puntaje promedio de cumplimiento de 92.6%. El recurso humano disponible para el control prenatal obtuvo un promedio de cumplimiento de 46.5%. El puntaje de cumplimiento obtenido en el análisis del ítem suministros fue de 66.6%. En el ítem proceso de educación prenatal el porcentaje de cumplimiento fue de 76.47%. El ítem de gerencia y administración el porcentaje de cumplimiento fue de 63.33%. El puntaje total conseguido a lo largo de la evaluación global del instrumento de estructura del centro estuvo ubicado en el promedio 70.90%

9.1.2 A Partir del Cuestionario para los Profesionales de Salud.

Los profesionales participantes opinaron en 20% que, a su juicio no contaban con un área física de trabajo adecuada, para realizar el programa de control prenatal. El 100% opinó tener disponible la papelería necesaria para el programa. El 100% manifestó que contaba de manera permanente y oportuna con los equipos mínimos necesarios para la prestación del servicio. Un 50% de los profesionales que participaron declararon, que a su juicio existía una deficiente planeación y organización a nivel de programación del número de citas.

Los profesionales consideraron en un 80% que la duración de la consulta en el programa de control prenatal es insuficiente para ofrecer una atención con calidad

9.2 PROCESO.

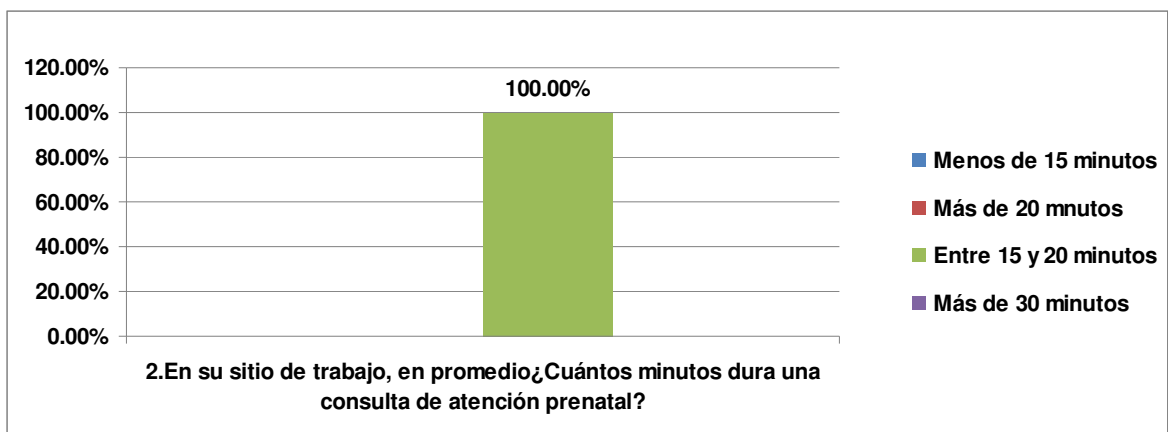
9.2.1 A Partir del Instrumento para Verificación de Condiciones de Estructura.

En cuanto a la realización de actividades educativas dirigidas a las usuarias del control prenatal, se observó que se cumple en 76.47%.

9.2.2 A Partir del Cuestionario para los Profesionales de la Salud.

Los profesionales opinaron que, en promedio, sus consultas de control prenatal duran 15 - 20 minutos. El 100% opinó que el estándar de duración establecido en el centro de salud para la atención de la actividad resulta insuficiente e inadecuado.

Fig 1 Tiempo de duración de consulta

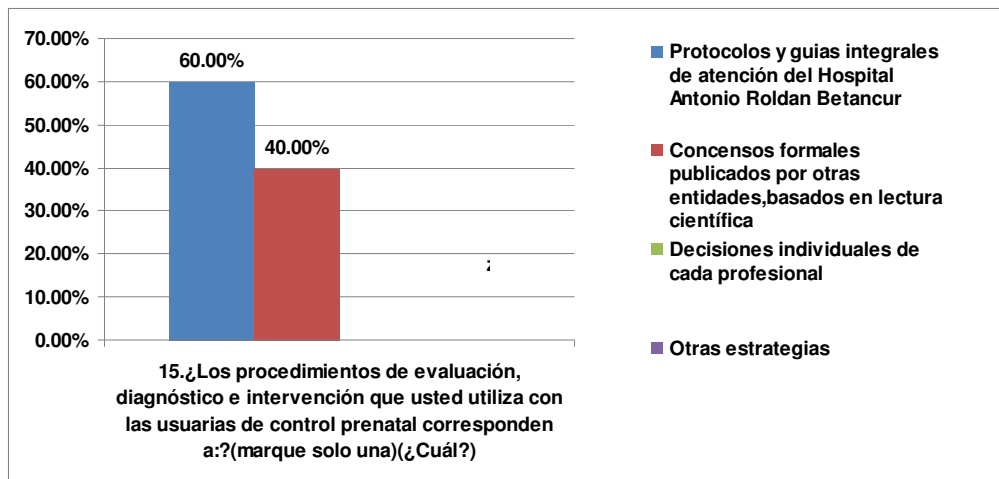


El 50% reveló que en su sitio de trabajo se realizan algunas actividades educativas a las gestantes durante todos los contactos con la institución.

El 90% sostuvo que en su centro de salud no siempre se cuenta con un curso psicoprofiláctico estructurado para las maternas atendidas.

En cuanto al tipo de procedimiento empleado como base para la toma de decisiones clínicas con las maternas de control prenatal, la mayoría de los profesionales 60% indicó que utiliza las guías de la ESE Hospital Antonio Roldan Betancur, ajustadas a la resolución 0412.de 2000.

Fig. 2 Utilización de guías por parte del personal de salud.



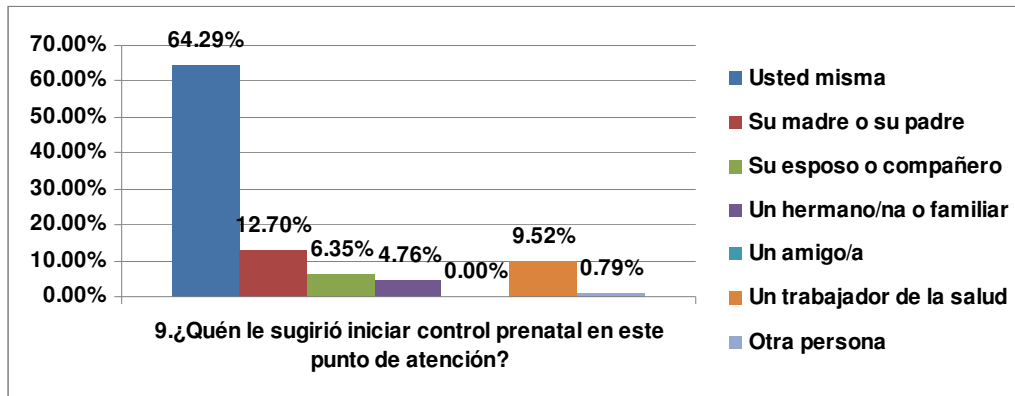
Solamente el 10% afirmó no que realiza una evaluación cuidadosa y sistemática de los factores psicosociales a todas las usuarias del programa de control prenatal atendidas.

9.2.3 A PARTIR DEL CUESTIONARIO A LA GESTANTE

- Asistencia al control prenatal

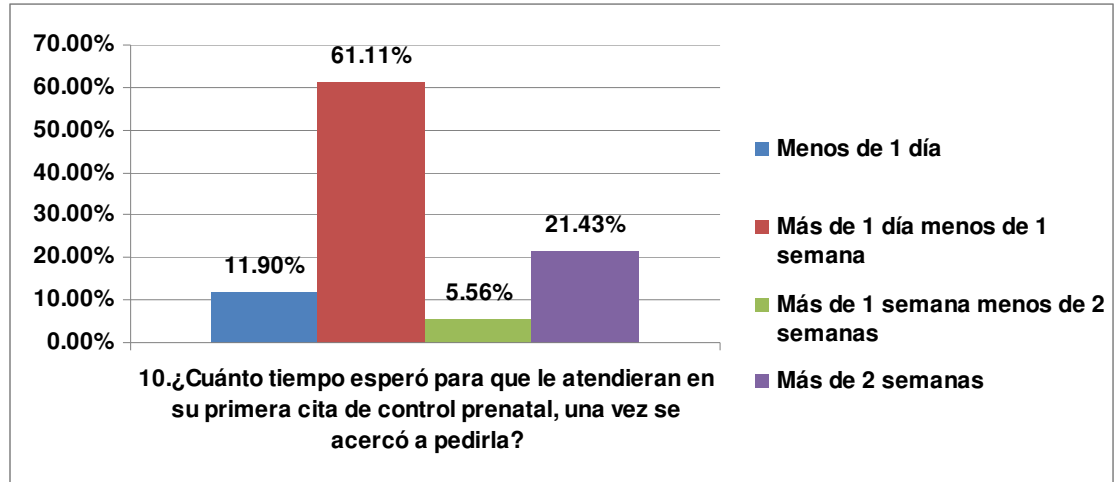
En la mayoría de los casos, el inicio del control prenatal se debió a la iniciativa de su compañero o esposo 6.35%, de la propia gestante 64.2%. Y por recomendación directa del personal de salud solo el 9.52%.

Fig. 3 Asistencia al control prenatal.



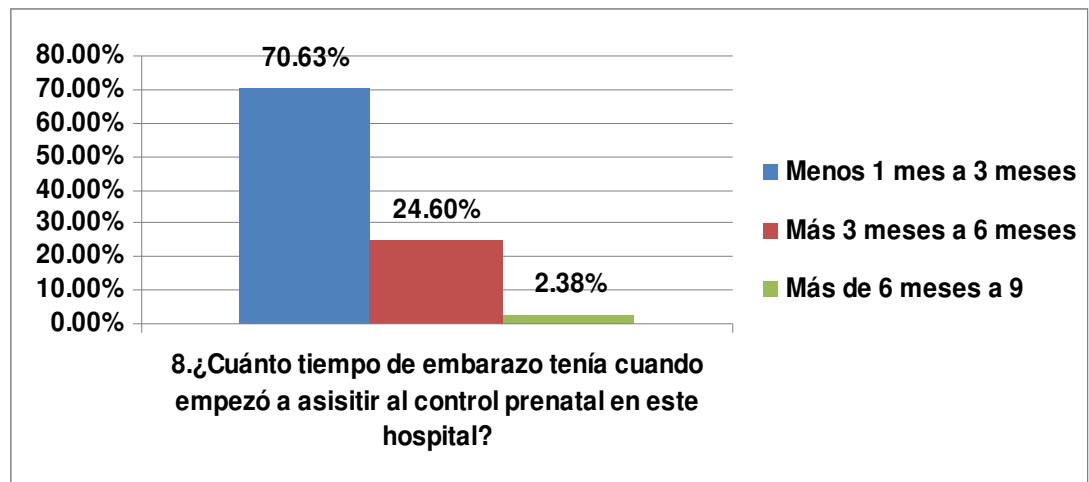
El tiempo de espera entre la solicitud de la cita y la atención fue menor de 1 día en 11.9% de los casos. En el 61.11% entre un día y una semana y en 26.99% mayor de una semana.

Fig. 4 Tiempo de espera entre la solicitud de cita y atención.



En cuanto al tiempo de embarazo al iniciar el control prenatal, en su mayoría manifestaron haber tenido su primer contacto con el programa de control prenatal entre el primer mes y los tres meses 70.63%, en los primeros 3 a 6 meses 24,60%, y más de 6 meses 2.38%.

Fig. 5 Tiempo de embarazo al inicio del control prenatal.

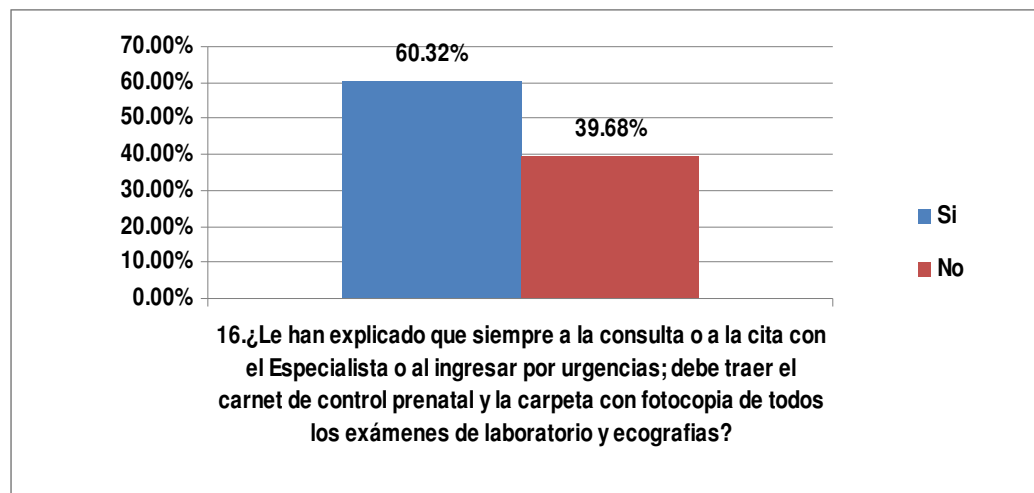


El 89.68% de las gestantes manifestó no haber faltado nunca a las actividades programadas dentro de su control prenatal.

- Proceso de educación prenatal.

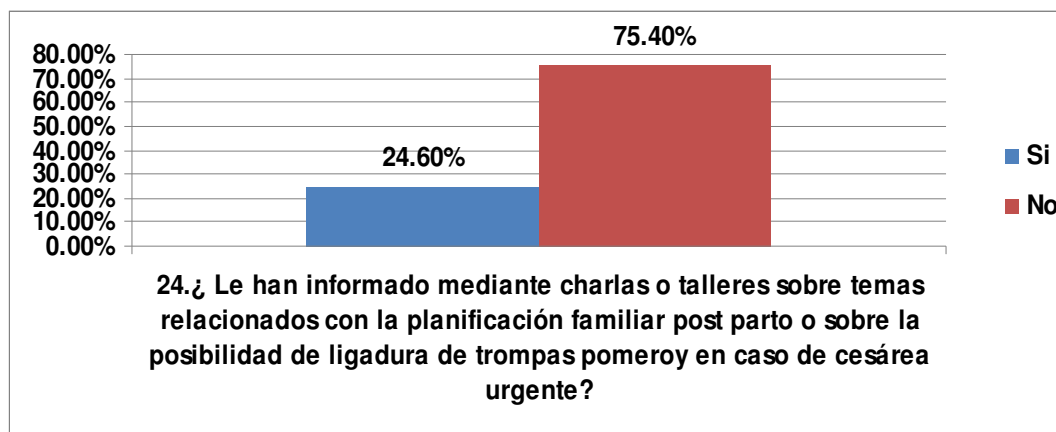
En cuanto a la importancia de traer la carpeta con los exámenes de laboratorio y ecografías a cada consulta de control prenatal, a la consulta de obstetricia o por urgencias el 39, 68% declaró no haber recibido explicación.

Fig. 6 Consejería sobre carpeta con exámenes de laboratorio – ecografías y carnet.



El 75.40% de las maternas manifestó no haber recibido charlas, orientación o talleres sobre temas relacionados con la planificación familiar pos parto o ligadura de trompas Pomeroy en caso de cesárea urgente.

Fig. 7 Información sobre temas de planificación familiar.



Únicamente el 34.92% de las gestantes manifestó haber recibido charlas o talleres sobre temas relacionados con el embarazo y sus cuidados o cuidados posparto. En cuanto a la lactancia materna el 38.89% manifestó haber recibido charlas o asesoría.

- Proceso de atención a las gestantes.

El 95.2% manifestó que recibió su atención con puntualidad y 34.92% consideró que la frecuencia de las citas fue adecuada para llevar un buen control prenatal.

9.2.4 A PARTIR DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Conforme a la programación inicial se evaluaron 126 historias clínicas en el centro de salud de Pueblo Nuevo.

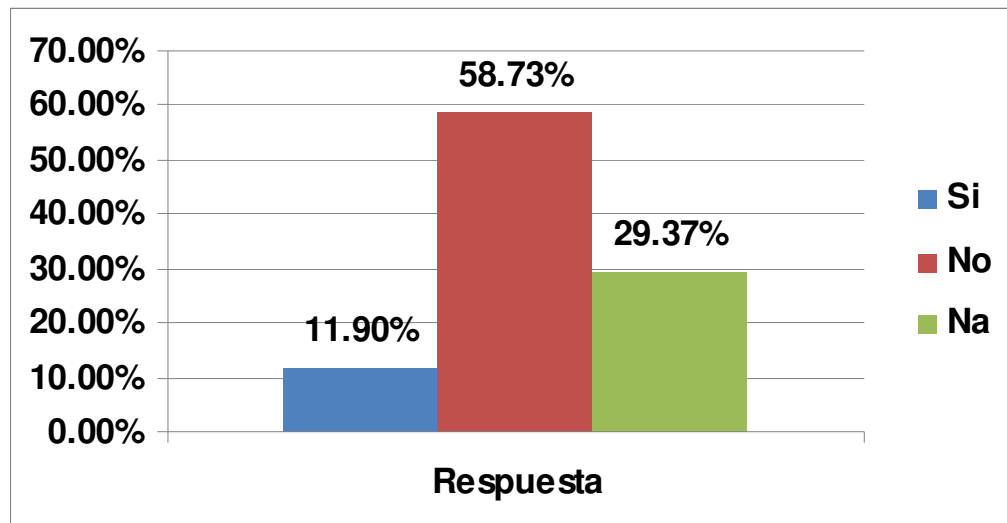
La edad de la gestante estuvo registrada en 100% de las historias, los antecedentes se registraron completos en 100%. El 98% tenía dato de altura uterina. De igual forma el 99.21% tenía registro de fetocardia en el tercer trimestre.

En un 97.62% de las historias clínicas esta registrado el resultado de exámenes de laboratorio y de ecografías solicitadas.

Proceso de educación prenatal.

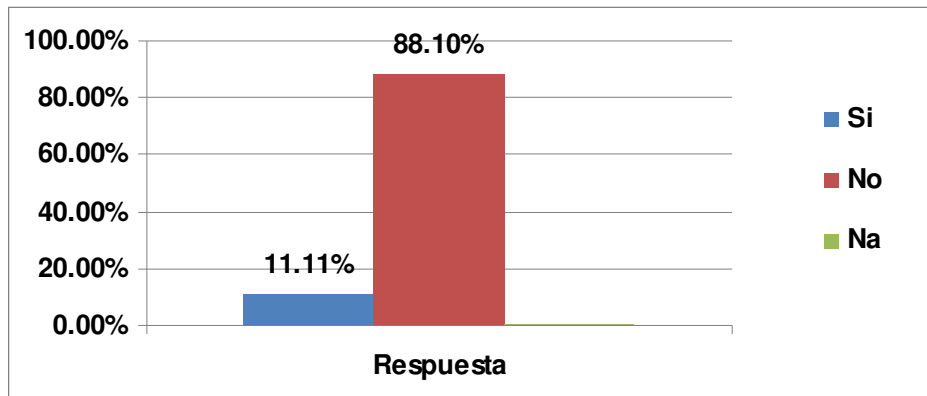
En 97.62% está registrada las actividades educativas realizadas. La educación de signos y síntomas de alarma están registradas en un 96.83%. Las instrucciones de portar consigo la carpeta con exámenes de laboratorio y ecografías a cada consulta está registrada en la historia clónica 23.81% .La educación en planificación familiar con métodos temporales está registrada en 11.11%. Las instrucciones de realizar una carta firmada para autorizar la ligadura Pomeroy en caso de cesárea urgente está registrada 11.90%.

Fig. 8 Registro de instrucciones de realizar carta firmada por la paciente para autorizar la ligadura de trompas en caso de cesárea urgente.



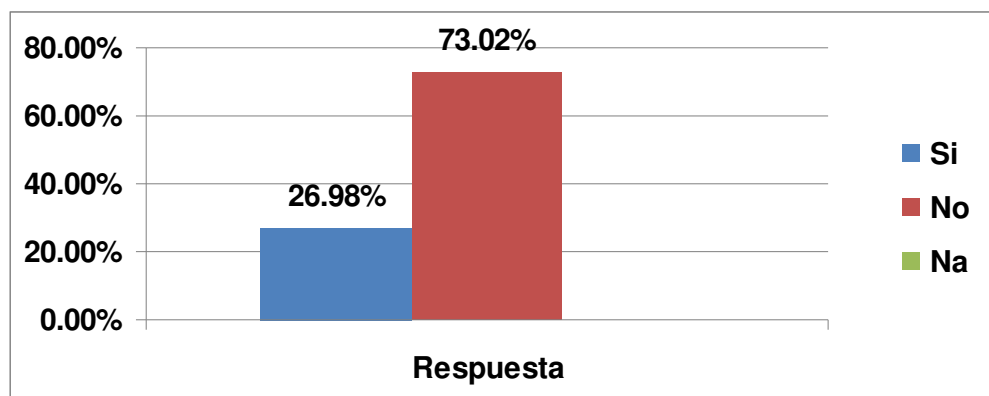
La educación en planificación familiar con métodos temporales está registrada en 11.11%.

Fig. 9 Conserjería en planificación familiar con métodos temporales.



La educación de lactancia materna, está registrada en un 26.98%. Cuidados posparto está registrada 20.63%. Cuidados del recién nacido esta registrado 9.52%. El 99.26% de las historias clínicas estaban diligenciadas con letra legible.

Fig. 10 Educación en Lactancia Materna.



9.3 RESULTADO.

9.3.1 A partir del instrumento para verificación de condiciones de estructura.

A partir del instrumento para verificación de condiciones de estructura se cumplen los requerimientos en un 70.90%.

9.3.2 A partir del cuestionario de para los profesionales de la salud.

En total se encuestaron 5 médicos y 5 enfermeras

Experiencia en el programa

En su experiencia refirieron que era inferior a 2 años 100%.

Proceso de educación prenatal

El 100% declaró que le explica a la paciente sobre los signos y síntomas de alarma y el 60% manifestó que lo registra en las historias clínicas.

El 100% manifestó que no le explica a las pacientes sobre alternativas de planificación familiar o de planificaron familiar por medio de ligadura Pomeroy en caso de terminar el embarazo en cesárea urgente y sobre la carta de autorización para esta.

Fig. 11 Registro en historia clínica conserjería de planificación familiar método definitivo.



El 100% declaró que no le explica a la materna la importancia de traer siempre consigo la carpeta con fotocopias de los exámenes de laboratorio, ecografía y el carne de control prenatal a cada cita del programa de control prenatal, a la cita con médico general, con el obstetra o por urgencia.

Fig. 12 Consejería en importancia de la carpeta con exámenes de control prenatal.



El 100% expreso que no realiza charlas sobre prevención del cáncer de cérvix o de mama durante el programa de control prenatal. El 100% aclaro que no registra en la historia clínica la última citología cérvico vaginal efectuada por la gestante.

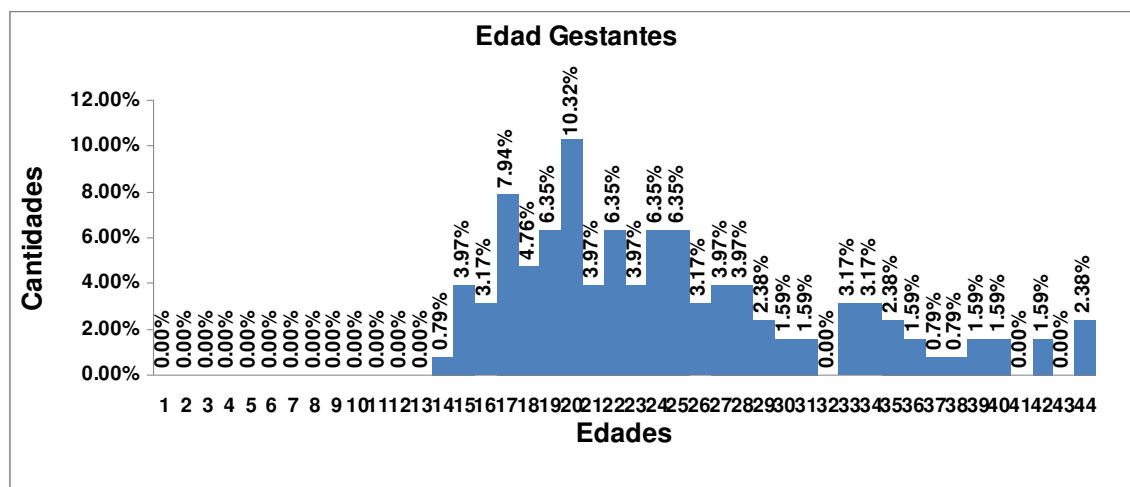
En cuanto a las charlas sobre lactancia materna, el 30% manifiestas que las realiza y el 10% registra en la historia clínica la charla ofrecida.

9.3.3 A partir del cuestionario a la gestante.

Características socio – demográficas de la población en estudio

En cuanto al grupo etáreo predominantemente fue 19 a 20 años. La edad de la gestante él 15.87% eran adolescentes y el 84.13% adultas.

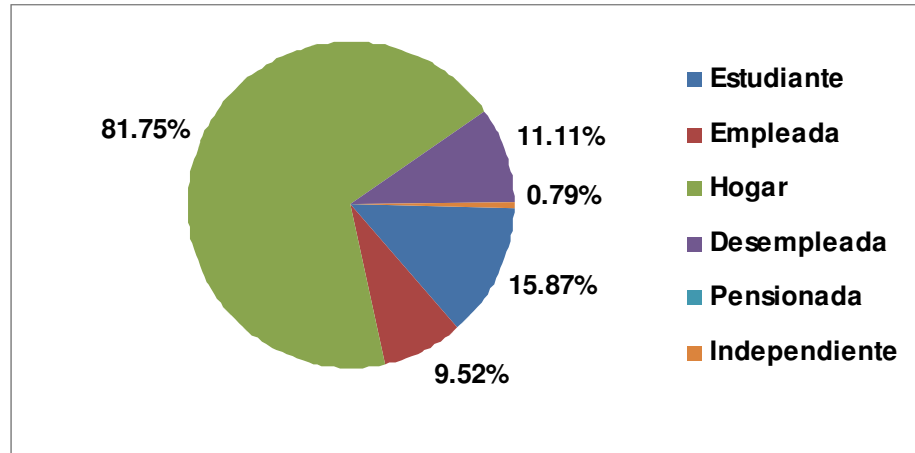
Fig. 13 Edades de las gestantes.



Con respecto a la escolaridad 77.78% tenía secundaria, 19.05% primaria y sin ningún tipo de escolaridad él 0.79%.

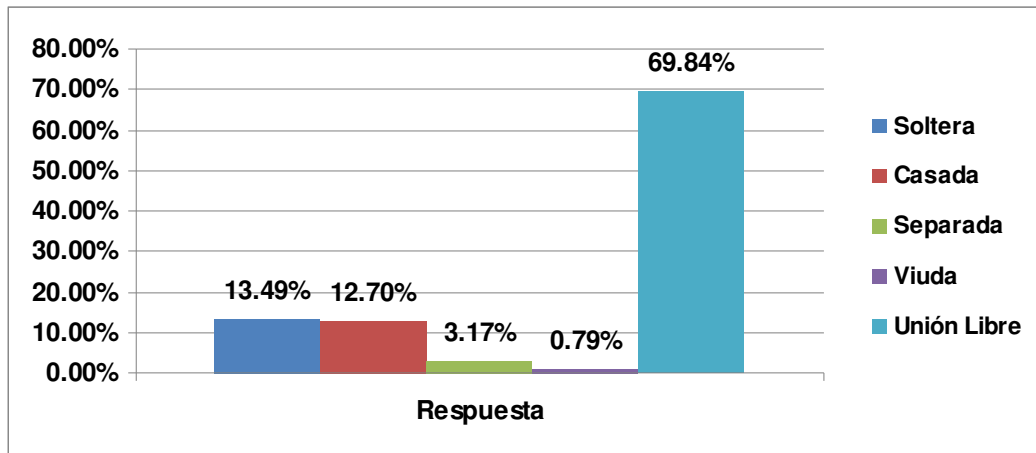
En cuanto a la ocupación la mayoría de las gestantes se ocupan de las labores del hogar 81.71%, seguida de estudiantes él 15.87% y desempleadas 11.11%.

Fig. 14 Ocupación de las Gestantes.



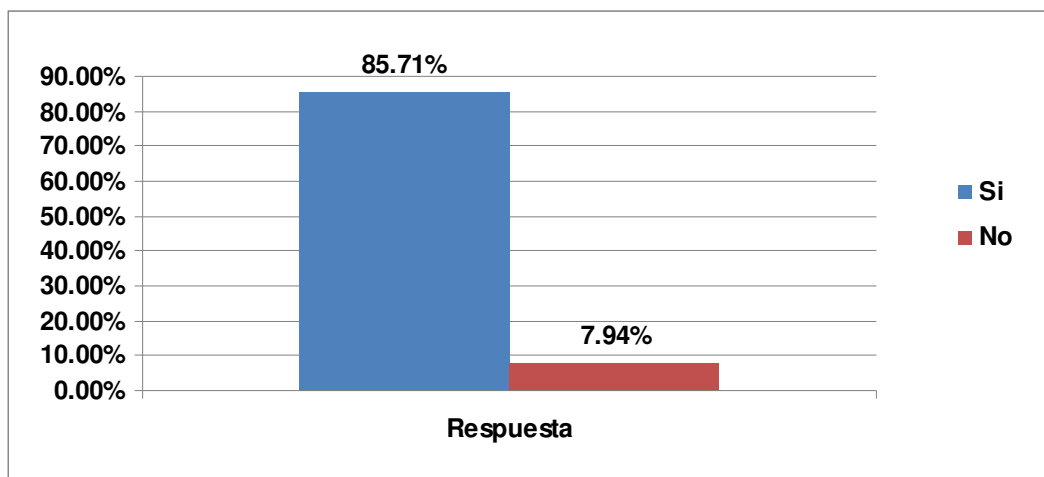
Respectivamente el 69.84% de las gestantes se encontraban en unión libre, seguidas de maternas solteras 13.49% y casadas 12.70 %.

Fig. 15 Estado civil de las gestantes.



El 85.71% de las gestantes manifestó haber estado satisfechas con la atención recibida por parte de los médicos y enfermeras.

Fig. 16 Satisfacción de las gestantes con la atención recibida.



El 96.81% dijo que en una gestación posterior volvería a solicitar los servicios del programa de control prenatal.

Calidad humana y el trato recibido

En cuanto a la relación con las enfermeras y los médicos del programa de control prenatal él 91.37% expreso que fue buena, el 87.71% quedo satisfecha con la atención y un 94.44% recomendaría ingresar al programa de control prenatal del centro de salud de Pueblo Nuevo.

9.3.4 A partir de la historia clínica.

Datos de identificación de la gestantes él 100% estaban registrados completos en cada historia clínica.

10. DISCUSIÓN.

Se sabe que el empleo de los servicios de salud está relativamente asociado con las necesidades de salud percibidas por las pacientes y con las características de la institución de salud (68). En el caso concreto de este estudio, la gestante identificó el valor de utilizar el control prenatal para el cuidado de su salud teniendo en cuenta que la prevención, promoción, detección y tratamiento oportuno son fundamentales para reducir sustancialmente la morbilidad y mortalidad materna y perinatal (69).

La utilización de varios instrumentos de información, constituida a partir de cada uno de los elementos integrantes en el programa de control prenatal evaluado, permitió obtener una visión completa sobre el mismo, siendo esta una de las primordiales fortalezas del estudio. En varias ocasiones, cuando se evaluó de esta forma un mismo proceso del programa, se encontró relación entre resultado, reforzando la impresión de su validez, en otras ocasiones la diferencia entre fuentes o instrumentos permitió detectar áreas de dificultad susceptibles de ser corregidas.

En el transcurso de las informaciones de campo y de las encuestas se evidencia como fortalezas para la prestación del programa de control prenatal en el puesto de salud de Pueblo Nuevo, especialmente en factores de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad y competencia técnica por parte del personal a cargo. Es evidente que la adecuación de instalaciones y la red de unidades de atención primaria han tenido una mejoría en el acceso a servicios y en el conocimiento del personal administrativo del cumplimiento de las disposiciones establecidas principalmente en la norma técnicas del Ministerio de Protección Social. Estos resultados coinciden con estudios realizados en países en vías de desarrollo, en los cuales en la década de los 90, se efectuaron estudios de evaluación de la calidad en control prenatal y salud sexual y reproductiva (70), en donde se observó, por ejemplo, que la calificación de las gestantes en cuanto a infraestructura es satisfactoria, las maternas son más sensibles a el tiempo de espera prolongado que al tiempo restringido en consulta (71).

Podemos deducir que la edad de la mayoría de las gestantes se encuentra en la edad adecuada para un embarazo, sin embargo la cantidad de mujeres en riesgo es aún enorme (72). La destacada magnitud de maternas adolescentes entre las beneficiarias del programa nos obliga a replantear estrategias específicas para ellas, puesto que el embarazo en una adolescente debe ser considerado siempre de alto **riesgo-A R O, no sólo por la falta de desarrollo de su sistema reproductor sino por las características de su conducta y los**

cambios vitales característicos de la edad que atraviesan el riesgo es mucho mayor cuando la niña futura madre no se encuentra legalmente casada, tiene más de dos hijos, vive en zona rural, tiene poca educación formal y es de bajos ingresos. Aunque no se ha observado que las gestantes adolescentes difieran de las adultas en cuanto a sus modelos de búsqueda oportuna y continua en los controles prenatales, su situación específica de alto riesgo debe hacerlas una prioridad para las acciones de seguimiento continuo, que deben ser reforzadas dentro de nuestro programa (72).

La falta de un proceso de educación en el control prenatal y otras causas relacionadas con la escala de valores, de este grupo social, en estratos sociales bajos, lo culturalmente aceptado es que la adolescente se embarace y sea una madre para lograr un estatus social destacado. Ellas conciben la tenencia de un hijo, como el objetivo principal en la vida, la mayoría no estudia, no trabajan y provienen de familias desintegradas, son solteras o abandonadas por sus compañeros. El embarazo en este grupo atareado se presenta como un evento no programado lo que determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición lo que lleva a un control prenatal tardío o insuficiente (73).

La gran mayoría de las gestantes poseen un grado de escolaridad suficiente para recibir un proceso de educación prenatal completo respecto a su embarazo. Observamos que el hecho de recibir educación y consejería es un factor determinante del conocimiento de los signos y síntomas, derechos de planificación familiar y que los que no recibieron adecuación tiene casi 3 veces más probabilidades de no conocer los síntomas, signos de riesgo y los diferentes métodos de planificación familiar (74).

Las gestantes amas de casa prevalecieron en el tipo de ocupación lo que refleja la situación económica por el desempleo imperante y el bajo nivel cultural por cuanto en la zona de Urabá la mujer sigue relegada al papel de crianza y cuidado de los hijos.

Las gestantes encuestadas manifestaron haber iniciado su control prenatal en el primer trimestre de gestación. Esta información fue confirmada por los resultados de la observación de las historias clínicas, en las cuales se encontró que% correspondía a gestantes que habían iniciado sus controles en el primer trimestre de gestación. Si tomamos como referencia la literatura internacional, se tiene que durante la década de 1980, el 75% de las maternas en los en Norteamérica recibieron consulta prenatal durante el primer trimestre(75). Lo anterior refuerza el concepto de que la salud materna, en general, y la utilización de servicios de salud, expresan la integración de múltiples aspectos sociales, culturales, del desarrollo y de género, que requieren de

intervenciones amplias si se quieren afectar positivamente. La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito de la gestante como de lo social. La salud sexual y reproductiva (SSR) se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y reproducción (DSR). Un buen estado de SSR implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos, el derecho a obtener información y educación que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso a servicios y programas de educación prenatal con calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción independiente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital (76).

En cuanto a la satisfacción de las gestantes se parte de la apreciación que tengan de los servicios; los parámetros más relevantes fueron el trato recibido por el personal de salud, la información recibida, elogiándole el resultado como efectiva, las maternas se sintieron bien tratadas y satisfechas. En el concepto de calidad, según Donabedian, los proveedores de los servicios de salud tienden a destacar la dimensión técnica, en tanto que las maternas privilegian la dimensión interpersonal (77).

A diferencia de las típicas definiciones de la calidad que se ofrecen en el ámbito de la producción de bienes, en donde la calidad está definida casi exclusivamente a partir de la satisfacción del cliente con el producto, en el caso de la atención a la salud, los servicios se otorgan a la persona y el objetivo central es actuar sobre los atributos individuales; la sola satisfacción del usuario no resulta suficiente para definir el concepto (78).

Un porcentaje de profesionales en la salud% consideraron que existen obstáculos en la disponibilidad de suministros, y recurso humano para una atención prenatal con calidad lo que se puede explicar por la pobre gestión, planificación de los cuadros administrativos, el análisis de disponibilidad debe tener en cuenta todo tipo de recursos necesarios para poder prestar un servicio completo; el componente tangible de la calidad (79).

El papel clave a la hora de proporcionar un servicio esencial individual y de salud pública pertenece a los profesionales de atención primaria. Ellos ofrecen una amplia variedad de “servicios de atención Primaria” que

incluyen a) promoción de la salud y prevención de la enfermedad b) Evaluación de los síntomas y signos más comunes, c) atención a las enfermedades agudas y crónicas. Como norma los médicos generales bien formados pueden diagnosticar y tratar bien más del 90% de los problemas planteados por la población gestante. (80). El programa de control prenatal no debe de manejar más de 2 pacientes hora por hora- médico así como el programa de atención integral del paciente VIH/SIDA (81).

En los ítems que evaluaron el proceso de educación prenatal, se encontraron discordancias que merecen atención especial en cuanto a la planeación que hacen los coordinadores, la realización de los profesionales y la percepción final de las mismas por parte de las maternas. A lo largo de esta sucesión los porcentajes de respuestas afirmativas fueron descendiendo gradualmente, sugiriendo que, por motivos que deben ser objeto de exploraciones futuras, que se planeó aparentemente no se consiguió ejecutar de una manera que impacte de manera positiva a las gestantes, quienes incluso pueden llegar a no identificar que están siendo objeto de acciones educativas cuando estas se ejecutan. Algunos trabajos se han ocupado de este tema (82-83).

La ausencia de programas de educación prenatal, incluyendo captación precoz de la misma se ve reflejada en el desconocimiento de la importancia del control prenatal (57, 66%) y la falta de motivación (38, 93%) (84). Las gestantes durante el programa de control prenatal tienen derecho a tener educación e información necesaria para ejercer el derecho en materia de salud sexual, derecho a tener acceso a información para conocer los diferentes métodos de planificación y disfrutar de manera segura la sexualidad (85). Una atención con calidad el profesional de salud requiere media hora o más para atender a una gestante si realmente se busca la atención integral. Conocer la enfermedad indagar sobre el perfil de riesgo y efectuar un completo proceso de educación prenatal, se requiere más de 15 minutos (86).

La sexualidad y la reproducción están profundamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social. La salud sexual y reproductiva se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción , se refiere también al derecho de el numero y espaciamiento de los hijos, el derecho a obtener información y educación que posibilite la toma de decisiones libres e informadas , el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles, la eliminación de la violencia domestica y sexual , así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso a servicios y programas de calidad para la

promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción(87).

Eficiencia en el programa de control prenatal.

En la atención prenatal se observa una reducida orientación en el cuidados de la carpeta con los exámenes de laboratorio y ecografías el cual la gestante debe traer a cada consulta del programa de control prenatal, cita con medico general, ginecobstetra o por urgencias obstétricas. Los exámenes de rutina no existen en los servicios de urgencias no se justifica que se realicen o repitan exámenes ya efectuados con anterioridad en el control prenatal (88). Tanto la OMS en su decimoctavo informe sobre la situación sanitaria mundial de 1993, como el Banco Mundial, en su informe sobre el Desarrollo del mundo: invertir en salud de 1993 alcanzaron conclusiones similares: que la mala distribución de los recursos y la deficiencia en el sistema de suministros de servicios impiden a los países desarrollados y subdesarrollados mejorar en salud y productividad, en muchos países en vías de desarrollo el dinero público, a menudo, se gasta en servicios hospitalarios de alto costo que atienden de forma desproporcionada al sector urbano más demandante. Como resultado, la clase baja tiene poco o nulo acceso a servicios clínicos esenciales o básicos (89).

Registro de actividades del proceso de educación prenatal: este subitem se refiere al registro correcto y completo de datos básicos y signos vitales en las historias clínicas de usuarias del control prenatal, se observo que en la mayoría de las historias clínicas no se registró la asesoría suministrada a las gestantes durante el proceso de educación prenatal. Cada hospital o centro de salud tiene formatos de historia clínica que en ocasiones no advierten los datos completos para la valoración clínica pertinente, en programas específicos como el control prenatal. Los formatos establecidos generan rutinas que hacen que los prestadores obvien el interrogatorio completo y el proceso de educación prenatal aprendido en su formación profesional en aras de adaptarse a los requerimientos de información y tiempo establecidos en cada institución (90). Los especialistas, medico y auxiliares que intervienen directamente en la atención a las maternas tienen la obligación de registrar sus observaciones, resultados, conceptos, decisiones y todas la acciones en salud efectuadas en educación prenatal (91).

CONCLUSIONES

De acuerdo con los objetivos de la investigación, podemos concluir que:

- De acuerdo al registro de estructura del programa de control prenatal evaluado se ubico en un rango de medio – aceptable. Sin embargo , al desglosar los elementos de ese puntaje global , se observan obstáculos en calidad en cuanto a estructura física ; consultorios sin baños y otros, según los usuarios internos la disponibilidad de suministro de insumos médicos fue una de las principales dificultades para brindar atención prenatal con calidad, se presentó calidad media en cuanto materiales, papelería; falta de folletos en lactancia materna, planificación familiar, signos y síntomas de alarma, carpetas para exámenes de laboratorio y ecografías, en gerencia administración y organización programar las citas de control prenatal menos de los 20 minutos para cada gestante, la guía de control prenatal del Hospital Antonio Roldan Betancur no contiene los diferentes temas del programa de educación prenatal
- El proceso de prestación del programa de control prenatal, evaluado a partir del registro de historias clínicas, las encuestas a las usuarias y a los profesionales en salud, se ubicó en un rango aceptable de calidad. Sin embargo, se detectaron carencias trascendentales en cuanto al registro habitual, continuo y uniforme de información relacionada con la evaluación de factores de riesgo, falta de un registro completo de los diferentes ítems en educación o información prenatal.
- De acuerdo a la encuestas a las gestantes y de los prestadores de salud así como el análisis del registro de las historia clínica se observa una falta de eficiencia en el programa de control prenatal por falta de educar a la gestante al cuidado de la carpeta con exámenes de laboratorio y ecografías incrementando los gastos en salud pública por la repetición de estos exámenes.
- El resultado del programa, en términos de satisfacción y percepción de calidad por las maternas fue aceptable.

RECOMENDACIONES

Hay diferentes actores institucionales y sociales que tienen competencia y responsabilidad en cuanto al programa de control prenatal y es desde ellas donde se debe actuar. Es en estos actores donde deben desarrollar agendas para mejorar los indicadores en este importante campo de la salud.

Sector Salud.

- Superintendencia Nacional de Salud.

- Debe de reorganizar la vigilancia y control de la prestación de los servicios de salud y la utilización de los recursos destinados en programa de control prenatal, de acuerdo con los parámetros de eficiencia y calidad.

- Ministerio de protección social.

- Impulsar cambios inmediatos y a mediano plazo en la cultura organizacional del servicio de control prenatal en las direcciones territoriales de salud, realizar el seguimiento y vigilancia de los programas de control prenatal que tienen lugar en I PS, EPS, ARS y promover la retroalimentación con los resultados encontrado.

- Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud SGSSS.

- Debe realizar los cambios normativos necesarios para que se cumplan las metas en los programas de control prenatal y salud sexual reproductiva en el POS para mejorar las metas en salud pública, de costo efectividad y distribución de las fuentes de financiamiento disponibles.

- Direcciones Locales de Salud.

- Debe vigilar los programas de control prenatal en la población municipal a través del Plan de Atención Básica PAB, vigilar las actividades del control prenatal de la población vinculada y del régimen subsidiado.

- Entidades Promotoras de Salud EPS y Administradores de Régimen Subsidiado EPS y ARS.

- Organizar y garantizar de manera directa o indirecta por medio de auditoria el programa de control prenatal prevista en el Plan Obligatorio de Salud a las gestantes afiliadas del régimen contributivo y subsidiado.

- Instituciones Prestadoras de Servicio I.P.S.

Debe organizar procesos de auditoria y plan de mejoría en el programa de control prenatal de acuerdo con su nivel de complejidad para que sea prestado de manera integral, eficiencia y con calidad a las maternas, participar de acciones conjuntas que se requieran con los diferentes entes de control del orden local, departamental o nacional para el cumplimiento de las metas en maternidad segura y salud sexual reproductiva.

- Actualizar la protocolo de atención prenatal de las guías clínicas para el manejo de patologías materno neonatal adicionando el proceso de educación prenatal y sus diferentes ítem(92)

- Centro de salud de Pueblo Nuevo.

- Profundizar la evaluación de estructura física disponible para emprender correctivos.

- Aplicar la guía actualizada de control prenatal del Hospital Antonio Roldan Betancur.
- Reorganizar el flujograma de atención para que la consulta de control prenatal dure mínimo 30 minutos.
- Implementar los procesos de auditoría para que el programa de control prenatal se realice con calidad y eficiencia.
- Elaborar material escrito sobre signos y síntoma de alarma, planificación familiar temporal o método quirúrgico definitivo, lactancia materna, cuidados posparto y del recién nacido, prevención del cáncer de cérvix y de mama.
- Elaborar carpetas de control prenatal para que la materna cuide los exámenes de laboratorio y cecografías y los traiga consigo a cada cita del programa de control prenatal, a la cita con medico general, con el obstetra y en la urgencia obstétrica.
- Rediseñar e implementar una historia clínica al iniciar el control prenatal y hoja de evolución obstétrica anexa al CLAP, para estandarizar la recolección de información pertinente sobre las maternas y facilitar el análisis y auditoría de las mismas.
- Implementar estrategias para mejorar el registro de información e educación brindadas a las gestantes.
- Implementar un programa de educación continuada en control prenatal para los profesionales de salud implicados en el mismo.
- Crear e implementar un sistema periódico de auditoría para evaluar los resultados del programa, con la participación de todos los estamentos del centro de salud de Pueblo Nuevo y del Hospital Antonio Roldan Betancur.
- Estandarizar la realización del curso psicoprofilactico uniforme a todas las gestantes inscritas en el programa.

- Promover la evaluación sistemática de factores de riesgo psicosociales y de violencia doméstica y sexual.

Otros sectores.

Universidades formadoras de recurso humano en salud

Universidad de Antioquia.

Universidad San Martín.

Universidad C E S.

- Deben de incorporar en los currículos del pregrado y postgrado, así como en los programas de formación continuada, el desarrollo de competencias que favorezcan la implementación del programa de control prenatal con el proceso de educación prenatal completa así como la política en salud sexual y reproductiva.
- Promover la investigación biomédica y social en salud pública.
- Incorporar en los currículos de pregrado y postgrado principios de auditoría y módulos de responsabilidad profesional.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Departamento de Antioquia .Dirección Seccional de Salud de Antioquia. La salud de las madres en Antioquia: un reto, un derecho, un compromiso: Medellín: Departamento de Antioquia; 2007.264p 36-75
- 2) World Health Organization (2002) maternal mortality 2000: Estimates Developer by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneve, WHO
- 3) Arias Iván y cols. Mejoramiento continuo de la atención prenatal y su impacto en la mortalidad perinatal en dos instituciones de salud Popayán, Colombia 1997-1998.
- 4). Tinoco Gilmat y Cols. Calidad de Servicio de Salud Reproductiva con énfasis en zona y grupo desprotegido. Comisión interdisciplinaria de Estudios de Genero CIEG. Universidad Centroamericana UCA. Primera Edición. Managua. Septiembre 1997.
- 5) Donabedian A. La calidad en la atención médica: definición y métodos de evaluación. México: Prensa Médica Mexicana, 1984.
- 6) Violeta HA. Control prenatal. Dr. Roberto A S, coordinador, Temas de medicina General Integral 2ª ed. Ciudad de la Habana; Ciencias Médicas; 2004. p. 147-151.
- 7) República de Argentina. Ministerio de Salud de la Nación .Schwarcz. R et al. El cuidado prenatal. Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal. Buenos Aires, 2001.

- 8) Ricardo BB, Duración consulta médica general. Médico-Legal 2007; 2:34.
- 9) Abaunza y col. "Calidad del subprograma del control prenatal en el Jirical y Malpaisillo". 1985. Tesis. (Doctor en Medicina y Cirugía) UNAN-Managua.
- 10) Malagón Londoño Gustavo. Garantía de la calidad de atención en salud. México DF: Editorial McGreahill 2000.
- 11) Villegas, C;Luna, J. La salud materna: un gran reto para Colombia. Revista de Salud Pública.1 (1):99.Págs.68-80.
- 12) República de Colombia: Ministerio de protección social. Claudia L.B.Ch, Miriam C:B. Plan de choque para la reducción de mortalidad materna .Bogotá DC 2004.
- 13) World Health Organization (2002) maternal mortality 2000: Estimates Developer by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva. WHO.
- 14) Revista Informativo de la E.S.E H.A.R.B. 40 años saludables 2008 marzo 19.
- 15) Enciclopedia Encarta 2007 acceso 29 02 08 es. Encarta .msm.com.
- 16) Botero, J et al Obstetricia y Ginecología.Texto integrado .Ed. Botero Judith Henco.5 ed. 1997.
- 17) UNICEF. Situación de la infancia .Buen comienzo en la vida.2005.www.unicef.org.co/05-mort.htm.

- 18) Programa de salud materno infantil de la CCAA Andalucía Aragón Asturias Baleares Cantabria Cataluña Murcia País Vasco y Valencia Junio 1992.
- 19) Guía para la elaboración del programa de la mujer en atención primaria de salud –ministerio de sanidad .España 1990.
- 20) Ministerio de sanidad y consumo dirección general de salud publica. Promoción y educación para la salud España1992.
- 21) Villar J, Bergsjø P. Scientific basis for the content of routine antenatal care. I. Philosophy, recent studies and power to eliminate or alleviate adverse maternal outcomes. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 1997.
- 22) Carroli G, Rooney C, Villar J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? *Pediatric and Perinatal Epidemiology*, 2001, 15 (Suppl.1):1–42.
- 23) Piaggio G et al. The practice of antenatal care: comparing four study sites in different parts of the world participating in the WHO Antenatal Care Randomised Controlled Trial. *Pediatric and Perinatal Epidemiology*, 1998, 12 (Suppl. 2):116–14.
- 24) The Cochrane Library, Issue No.2. Oxford, Update Software, 2002.
- 25) Lynn Freedma, Meg Wirth, Ronald Waldman, Mushtaque Chowdhuny y Alland Rosenfield. Millenium Project. Background paper of the Task Force in Child Health and Maternal Healt, april 18, 2003.
- 26) O D E C D; Organización de los estados para el Desarrollo Cooperativo. 1996 Paris.

- 27) Development Assistance Committee, Shaping the 21st century: the contribution of development co-operation. 1996, OECD: Paris.
- 28). Devarajan, S., M.J. Miller, and E.V. Swanson, Goals for development: history, prospects and costs. 2002, Washington, DC: World Bank.
- 29) Secretary-General of the United Nations, Twenty-first special session of the General Assembly for an overall review and appraisal of the implementation of the Program of Action of the International Conference on Population and Development: Report of the Secretary-General, A/54/442. 1999, United Nations: New York.
- 30) Fifth Asia and Pacific Population Conference. 2003, [http:// www.unescap.org/pop/5appc/](http://www.unescap.org/pop/5appc/).
- 31) Interpreting reproductive health - ICPD+5 Forum, Ref. WHO/CHS/RHR/ 99.7. 1999, WHO: The Hague.
- 32) Promoting reproductive health as a poverty reduction strategy. 2002 [Forthcoming], UNFPA: New York.
- 33) Committee on Economic Social and Cultural Rights, General Comment 14 on the Right to Health, E/C.12/2000/4. 2000.
- 34) McGinn, T., Reproductive health of war-affected populations: what do We know? International Family Planning Perspectives, 2000. 26(4): p. 174 - 180.
- 35) Purdin, S., Bibliography of material, dated after June 2000, on reproductive health issues concerning populations affected by armed conflict. 2002, <http://www.rhrc.org>.

- 36) Berer, M., Images, reproductive health and the collateral damage to women of fundamentalism and war. *Reproductive Health Matters*, 2001. 9(18): p. 6-11.
- 37) Girard, F., Reproductive health under attack at the United Nations (letter). *Reproductive Health Matters*, 2001. 9(18): p. 68.
- 38) Safe Motherhood Initiative. 2003, <http://www.safemotherhood.org/>.
- 39) Fortney, J. and J. Smith, The base of the iceberg: prevalence and perceptions of maternal morbidity in four developing countries. 1996, Research Triangle Park, NC: Family Health International.
- 40) Reed, H., M. Kolinsky, and W. Mosley, eds. The consequences of maternal mortality and maternal morbidity: report of a workshop.
- 41) Secretary-General of the United Nations, Road Map toward the implementation of the UN Millennium Declaration, A/56/326. 2001, United Nations:New York.
- 42) Cesar PA. Control prenatal en el embarazo de bajo riesgo. Coordinador Dr. Rodrigo CB Ginecología y obstetricia basada en las evidencias Bogotá DC Libreriamedica.2002 p: 49-54
- 43) Roser J Patterns of Antenatal care. *Practical Medwife* (England) April 98.
- 44) Petrou S Kupek E, et al. Clinical provider and sociodemographic determinants of the number of antenatal visits in England and Wales. *Society Science Medicine(Wales)* April 2201.

- 45) Law Y. Lam K randomized controlled trial comparing midwife-managed care and obstetricians-managed care for women assessed to be a low –risk pregnancy. Journal Obstetrical and Gynecological Res.(Japan) April 1999.
- 46) Arnott M, Huy J. Risk factors overlooked in routine antenatal care. Journal Royal Society of Medicine (England) Mar.2000.
- 47) Hueston W, Applegate J, Mansfield C. Practice variations between family physicians and obstetricians in the management of low- risk pregnancies Journal Family Practice (USA) April 1996.
- 48) Ratcliffe J, Ryan M Tucker J. The costs of alternative types of routine antenatal care for low- risk women. Journal Health Service Policy (Scotland) July. 1998.
- 49) Sanders J. Somers m. Jewell D et.al. To see or no to see? Midwife perceptions of reduced antenatal attendance for low-risk women. Midwifery (Scotland) Dec 1999.
- 50) Moninex W Birnie E. Maternal Health who should provide routine antenatal care for low-risk women. A systematic review of randomized controlled trials. Pediatrics Perinatal Epidemiology (England) Oct 1998.
- 51) Gomez PI. Reflexiones sobre nuestro papel en la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva Salud Holus 19 medicina atención materno perinatal www.Saludcoop.co.com ultimo acceso en abril 09 2008.
- 52) UNICEF, The invisible adjustment: poor women and the economic crisis. 1989, Santiago: UNICEF: Americas and the Caribbean Regional Office, Regional Programme, Women in Development.

- 53) WHO, UNICEF, and UNFPA, Maternal mortality in 1995: estimates co developed by WHO, UNICEF, UNFPA. 2001, World Health Organization: Geneva.
- 54) Loudon, I., The transformation of maternal mortality. British Medical Journal, 1992. 305: p. 1557-60.
- 55) Department of Reproductive Health and Research, Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors, WHO/RHR/00.7. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth. 2000, Geneva: World Health Organization.
- 56) UNICEF, We the children: progress since the World Summit for Children.2000, New York:UNICEF.
- 57) República de Colombia .Ministerio de Protección Social. Resolución 412 de 2000. Carlos A et al .Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo Bogotá DC 2007 Mayo.
- 58) República de Colombia. Ministerio de Salud. Decreto 2309/02 “por el cual se define el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud del sistema general de seguridad social en salud”.
- 59) República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 5261/94.” Por el cual se establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del plan obligatorio de salud”
- 60) OMS, Nuevo modelo del control prenatal de la OMS, 2003.Ginebra, Suiza. Organización Mundial de la Salud; 2003: 6.

- 61) Herrera JA. Aplicación de un modelo biosicosocial para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal en Colombia 2ª ed. Bogotá. Ministerio de Salud Universidad del Valle, 2001
- 62) Hurley P. Vaccination in pregnancy. *Current Obstetrics and Gynaecology* 1998;8:169-75.
- 63) UNICEF. Por una niñez bien nutrida: Comunicación para la acción. Colombia, 2004 PaldaVA, Guise JM, Wathen CN. Interventions to promote breast-feeding: applying the evidence in clinical practice. *Cmaj* 2004;170:976-
- 64) Secretaría Distrital de Salud-Universidad Nacional de Colombia. Factores que determinan el impacto de los servicios de rehabilitación en Santa Fe de Bogotá, D.C.1998.
- 65) Secretaría Distrital de salud. Evaluación de la transformación de los hospitales públicos en empresas sociales del estado. Santa Fe de Bogotá 1994-1997
- 66) Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud – Secretaría Distrital de Salud de Santa fe de Bogotá D.C, Metodología para la evaluación de condiciones de eficiencia en los servicio de ginecología y obstetricia Primer nivel de atención 1997.
- 67) Secretaría Distrital de Salud. Lineamientos generales en salud sexual y reproductiva para Santa Fe de Bogotá. 1998 Páginas 22-25.
- 68) Foets M, Frans B, Janssen L. Primary health care project in Belgium : Survey on the utilization of the health services.*Soc Sci Med* 1985;20:181-90.

- 69) Habid OS, Vaughan JP. The determinants of health services utilizations in southern Iraq: A household interview survey. *Int J Epidemiology* 1986; 15:395-403.
- 70) Baltusen, R., Haddad, S.& Sauerborn, R 2002"Perceiv quality of care of primary health care services in Burkina Faso" *Health Policy and planning*.17(1):42-48.
- 71) Aldana, J ; Piechulek, H & Al –Sabir, A.2001"Client satisfaction and quality of health care in rural Bangladesh" .*Research Bulletin of the World Health Organization*.79(6):512-517.
- 72) Ruiz, J.Romero.G.Moreno, H factores de riesgo de salud materno infantil en madres adolescentes de Colombia. *Rev. Panam. Salud Publica./Pan Am J Public Health* 4(2), 1998.Pág 80-86.
- 73) OPS "la salud del adolescente y el joven de las Americas".Publicación N° 489Twenty Third street. New York. Washington D.D 1985.
- 74) López canales. J R, Cárcomo Mejía, J.A."Investigación Operacional Riesgo Productivo: su aplicación en la Salud Materno-Infantil ". *Rev.Med Hondureño*, 60:111, 992.
- 75) Willims *Obstetricia*. 20thª edición. Ed. Litoral Médica Panamericana.1997.
- 76) Cuarta conferencia sobre la mujer (CCMM), Plataforma 94, 95 96; Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD).
- 77) Donabedian, A 1988 "A quality of health care how can it be assessed? *Jama*.260.1743-8

- 78) Ruelas, E 1986. La investigación sobre la calidad de la atención médica. Salud Pública; México.
- 79) Ruelas, E 1993 Hacia una estrategia de garantía de la calidad de los conceptos a las acciones. Salud Pública. México.
- 80) World "Bank Investing in public health and essential clinical services" pp. 8-10, 72-106.1993.
- 81) Ministerio de la Protección Social República de Colombia. Guía para le manejo de VIH/SIDA basada en la evidencia Colombia Bogotá 2005 pág. 51.
- 82) Navarrete.S, Castellanos R, Guzmán A, Sucheni J, Diaz A, .Estudio socioeconómico de la consulta prenatal en la Maternidad Concepción Palacios. Reví Obstet Ginecol Venez 1974;34:3-16.
- 83) Uscátegui O, Hernández de Acosta C.Evaluacion de la consulta prenatal. Rev. Obstet Ginecol Venéz 1978;38:17-18.
- 84) Pascuzzo C, Gavidia de P R, Sánchez L, Garcia M, Hernandez A, et al. Determinantes del control prenatal en embarazadas de la región centro occidental de Venezuela la.Rev Obstet Ginecol Venez 1999, 59;221-228.
- 85) Cuaderno de divulgación sobre derechos y salud sexual y reproductiva Montevideo 28 de mayo 2007 1:2-5.
- 86) Periódico el pulso N. 119 Evento adverso. La seguridad de la simpleza Colombia Medellín Agosto 2008 pág. 7

87) República de Colombia Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Salud Pública .Martha Yaneth G .Política nacional de salud sexual y reproductiva Bogotá DC febrero 2003.

88) Periódico el Pulso N° 116 Contención de costos IV No pertinencia medica: una vena rota. Colombia Medellin Mayo 2008 pag.4.14.

89) World Bank.1993 World Development Report: Investing in Health. New York, NY Oxford University Press, 1993.

90) Mexico, C.N.D.P 2000.Sistema de seguimiento de la calidad de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar. Consejo Nacional de Población de México. México.

91) República de Colombia Ministerio de Salud. Resolución 1995.Normas para el manejo de la historia clínica Bogotá DC julio 8 1995.

92) Guías clínicas para el manejo de patologías materno neonatales Hospital Antonio Roldan Betancur Apartadó Pág. 4-5 2007.

ANEXOS

Anexo 1.

**CUESTIONARIO PARA LAS GESTANTES DEL PROGRAMA DE CONTROL
PRENATAL.
HOSPITAL ANTONIO ROLDAN BETANCUR NIVEL I.
PUESTO DE SALUD DE PUEBLO NUEVO.**

Fecha:

Numero de encuesta _____

El propósito de este cuestionario es identificar algunos factores que determinan el impacto del programa de control prenatal. Como Usted es usuaria de éste programa en nuestro hospital, su opinión es esencial.

El cuestionario es anónimo y la información se utilizará para ayudar al mejoramiento del programa.

Muchas gracias por su tiempo y colaboración.

Marque con una "X" la opción de respuesta que Usted elija para cada pregunta.

1. Su edad en años cumplidos es: _____

2. El último año de estudios que realizó fue:

- | | |
|----------------|-------------------|
| a) Ninguno. | d) Universitaria. |
| b) Primaria. | e) Técnica. |
| c) Secundaria. | f) Otro. |

3. Indique su ocupación actual (puede señalar más de una opción).

- | | |
|----------------|-------------------|
| a) Estudiante. | d) Desempleada. |
| b) Empleada. | e) Pensionada. |
| c) Hogar. | f) Independiente. |

4. Indique el número de embarazos anteriores:

- a) Embarazos #
- b) Partos #
- c) Abortos #
- d) Cesáreas #

5. Su estado civil es:

- | | |
|--------------|-----------------|
| a) Soltera. | d) Viuda. |
| b) Casada. | e) Unión libre. |
| c) Separada. | |

6. Antes de quedar en embarazo Usted planificaba?

a) Si

b) No

7. Usted decidió que quería quedar embarazada?

a) Si

b) No

8. Cuánto tiempo de embarazo tenía cuando empezó a asistir a control prenatal en este hospital?

a) Menos de 1.

b) de 3 meses a 6 meses.

c) Más de 6 meses.

9. Quién le sugirió iniciar control prenatal en este punto de atención?

a) Usted misma.

b) Su madre o padre.

c) Su esposo o compañero.

d) Un hermano/a o familiar.

e) Un amigo/a.

f) Un trabajador de la salud.

g) Otra persona.

10. Cuánto tiempo esperó para que la atendieran en su primera cita de control prenatal, una vez se acercó a pedirla?

a) Menos de 1 día.

b) Más de 1 día y menos de 1 semana.

c) Más de 1 semana y menos de 2 semanas.

d) Más de 2 semanas.

11. Con qué frecuencia ha faltado a las consultas y actividades programadas para su control prenatal?

- a) Nunca he faltado.
- b) Menos de 3 veces.
- c) Entre 3 y 5 veces.
- d) Más de 5 veces.

12. Por qué ha faltado a las consultas y actividades programadas para su control prenatal? (Puede marcar más de 1 opción).

- a) Falta de tiempo.
- b) Falta de dinero.
- c) Se siente incapacitada para desplazarse hasta el hospital.
- d) Necesita compañía y no tiene quien la acompañe.
- e) No le parecen importantes todas las actividades y selecciona a cuales ir.

13. Cuando empezó su control prenatal ¿una enfermera o médico le explicó en qué iba a consistir éste y por qué era importante para Ud. y su hijo?

- a) Sí.
- b) No.

14. En cada consulta, ¿el médico o enfermera le explican la importancia y Significado de los exámenes de laboratorio y de la ecografías y que deberá hacer en las próximos controles prenatales?

- a) Sí.
- b) No.

15. Le han entregado información por escrito sobre temas relacionados con el embarazo y sus cuidados?

- a) Sí.
- b) No.

16. Le han explicado que siempre a la consulta o a la cita con el Especialista o al ingresar por urgencias; debe de traer el carnet de control prenatal y la carpeta con fotocopia de todos los exámenes de laboratorio y ecografías?

a) Si

b) No

17. Le han informado mediante charlas o talleres sobre temas relacionados con el embarazo y sus cuidados?

a) Sí.

b) No.

18. En general, la han atendido puntualmente?

a) Sí.

b) No.

19. Le han informado mediante charlas o talleres sobre temas relacionados con el embarazo y la lactancia materna?

a) Si

b) No

20. Considera que la frecuencia con que le programan sus citas con el médico o enfermeras es suficiente?

a) Sí.

b) No

21. Le han informado mediante charlas o talleres sobre temas relacionados con el cuidado durante el parto y el post parto?

a) Si

b) No

22. Cree Usted que el programa de control prenatal que le han ofrecido en el hospital mejoró la calidad de su embarazo actual?

a) Sí.

b) No

23. Le han informado mediante charlas o talleres sobre temas relacionados con la planificación familiar post parto o sobre la posibilidad de ligadura de trompas Pomeroy en caso de cesárea urgente?

a) Si

b) No

24. En un embarazo posterior, acudiría Ud. a control prenatal nuevamente en ésta Institución?

a) Sí.

b) No.

25. Si en un futuro una persona cercana a Ud. necesitara los servicios de un programa de control prenatal, le recomendaría venir a este centro de salud?

a) Sí.

b) No

26. La relación con los médicos y enfermeras que lo atendieron fue:

a) Buena.

b) Regular.

c) Mala.

27. En general ¿Está satisfecha con la atención recibida en control prenatal?

a) Sí.

b) No

28. Cuánto tiempo lleva asistiendo al programa de control prenatal en esta Institución?

a) Entre 1 mes a 3 meses.

b) Entre 3 y 6 meses.

c) Entre 6 y 9 meses.

FORMULARIO PARA EVALUACIÓN DEL PROCESO DE CONTROL PRENATAL A
 PARTIR DE HISTORIAS CLÍNICAS
 HOSPITAL ANTONIO ROLDAN BETANCUR NIVEL I
 PUESTO DE SALUD DE PUEBLO NUEVO
 NOVIEMBRE 2007.

No. de historia clínica: _____

Fecha: _____

	Sí	No	No aplica
1. Se encuentra registrada la edad de la paciente?	_____	_____	_____
2. Se encuentra registrada la Fecha de última Menstruación?	_____	_____	_____
3. Está consignada la edad gestacional en cada control?	_____	_____	_____
4. Están anotadas las ecografías gestacionales realizadas?	_____	_____	_____
5. Se encuentran registrados los antecedentes personales, familiares, Ginecobstetricos, quirúrgicos, alérgicos, patológicos y psicosociales?	_____	_____	_____
6. Están consignados los signos vitales en cada control?	_____	_____	_____
7. Está registrado el peso de la paciente en cada control?	_____	_____	_____
8. Está el registro de altura uterina en cada control?	_____	_____	_____
9. Se registró la posición fetal en la paciente del tercer trimestre?	_____	_____	_____
10. Se registró fetocardia en cada control del tercer trimestre?	_____	_____	_____

	Sí	No	No aplica
11. Se registraron en la historia clínica las actividades educativas realizadas?	_____	_____	_____
12. Se registro la última citología Cérvico vaginal realizada por la gestante?	_____	_____	_____
13. Se puede obtener la información sobre los exámenes prenatales recomendados?	_____	_____	_____
14. Se registro las ecografías realizadas según edad gestacional?	_____	_____	_____
15. Está registrado el diagnóstico obstétrico?	_____	_____	_____
16. Está definido por escrito el plan con la Paciente?	_____	_____	_____
17. Esta registrado las instrucciones del cuidado del carnet de control prenatal y la carpeta con fotocopias de los exámenes de laboratorio y ecografías?	_____	_____	_____
18. Esta registrada la educación de signos y síntomas de alarma?	_____	_____	_____
19 Esta registrada la educación de otros signos y síntomas de alarma?		_____	_____
20 Esta registrada la educación de planificación familiar?	_____	_____	_____
21. Esta registrada las instrucciones de realizar una carta firmada por la paciente para autorizar la ligadura de trompas en caso de cesárea urgente?	_____	_____	_____
22 Esta registrada la educación de cuidados durante el embarazo y postparto?	_____	_____	_____

	Sí	No	No aplica
23. Esta registrada la educación de la lactancia materna ?	_____	_____	_____
24. Esta registrada la educación del cuidado del recién nacido?	_____	_____	_____
25. Se inicio el control prenatal en el primer trimestre?	_____	_____	_____
26. Se efectuaron mínimo 4 controles prenatales?	_____	_____	_____
27. Es la historia clínica legible en su totalidad?	_____	_____	_____

CUESTIONARIO PARA EL PERSONAL DE LA SALUD
DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL NIVEL I
HOSPITAL ANTONIO ROLDAN BETANCUR
Noviembre 2007

Encuesta No: _____

El propósito de este cuestionario es identificar algunos factores que determinan el impacto del programa de control prenatal, relacionados con los conocimientos y percepciones que usted posee sobre el proceso mismo de la atención brindada a las usuarias. Como usted es uno de los profesionales a cargo de éste programa en nuestro hospital, su opinión es esencial.

Por favor, diligencie el cuestionario que aparece a continuación completamente y con veracidad. El Cuestionario es anónimo y la información se utilizará para ayudar al mejoramiento de este programa.

Muchas gracias por su tiempo y colaboración.

PUNTO DE ATENCIÓN: _____

Marque con una "X" la letra correspondiente a la respuesta que usted. Elija para cada pregunta.

1. Indique el número de años que lleva vinculado al hospital:

a) Menos de 2 años.

c) Más de 5 hasta 10 años.

b) Más de 2 hasta 5 años.

d) Más de 10 años.

2. En su sitio de trabajo, en promedio ¿cuántos minutos dura una consulta de atención prenatal?

- a) Menos de 15 minutos
- b) Entre 15 y 20 minutos
- b) Mas de 20 minutos
- c) Mas de 30 minutos

3. Su profesión es:

- a) Médico.
- b) Enfermera

4. Ha realizado estudios de postgrado en áreas relacionadas con el control prenatal?
(puede marcar más de una)

- a) Ninguno
- c) Cursos, talleres, seminarios, congresos.
- b) Diplomado.
- d) Especialización, maestría o doctorado.

5. Los equipos mínimos necesarios para brindar la atención de control prenatal se encuentran siempre disponibles y calibrados en su sitio de trabajo?

- a) Sí.
- b) No.

6. Considera que el área donde usted habitualmente desarrolla las actividades de control prenatal es adecuada en cuanto a privacidad, características físicas, orden y aseo?

- a) Sí.
- b) No.

7. La papelería mínima necesaria para brindar la atención de control prenatal se encuentra siempre disponible en cantidad adecuada?

- a) Sí.
- b) No.

8. En su sitio de trabajo se realizan actividades educativas específicamente dirigidas a gestantes?

a) Sí.

b) No.

9. En la consulta de control prenatal usted le explica a la paciente sobre los signos y síntomas de alarma?

a) Si

b) No

10. Registra usted en la historia clínica la charla sobre signos y síntomas de alarma que ofrece usted a las maternas?

a) Si

b) No

11. Considera usted que la planeación y organización del programa de control prenatal en su sitio de trabajo dificulta la prestación de un adecuado servicio a las usuarias?

a) Sí.

b) No.

12. En la consulta de control prenatal Usted le ofrece a la gestante charlas sobre lactancia materna y sus cuidados?

a) Si

b) No

13. Registra usted en la historia clínica la charla sobre lactancia materna que usted ofrece a las maternas?

a) Si

b) No

14. Conoce usted sobre algún punto de atención en nuestro hospital donde una deficiente planeación y organización del programa de control prenatal dificulte la prestación de un adecuado servicio a las usuarias?

a) Sí.

b) No.

15. Los procedimientos de evaluación, diagnóstico e intervención que Usted utiliza con las usuarias del programa de control prenatal corresponden a: (marque solo una)

- a) Protocolos y guías integrales de atención del Hospital Antonio Roldan Betancur.
- b) Consensos formales publicados por otras entidades, basados en la Literatura científica.
- c) Decisiones individuales de cada profesional.

16. En la consulta de control prenatal usted le explica a la gestante sobre la posibilidad de planificación familiar por medio de ligadura Pomeroy en caso de terminar el embarazo en cesárea urgente y sobre la carta de autorización para esta?

- a) Si
- b) No

17. Registra usted en la historia clínica la charla sobre planificación familiar por medio de ligadura Pomeroy en caso de terminar el embarazo en cesárea urgente y la carta de autorización para esta?

- a) Si
- b) No

18. Considera que el estándar de consultas/hora vigente en su sitio de trabajo es suficiente para la prestación de una atención prenatal con calidad?

- a) Sí.
- b) No.

19. En su sitio de trabajo se encuentra estructurado un Curso Psicoprofilactico para las Usuarias de control prenatal?

- a) Sí.
- b) No.

20. Realiza usted una exploración e intervención sistemática y completa de factores de riesgo psicosociales a las usuarias del programa de control prenatal donde Usted se desempeña?

- a) Sí.
- b) No.

21. En la consulta de control prenatal usted le explica a la materna la importancia de traer siempre consigo la carpeta con fotocopias de los exámenes de laboratorio, ecografías y el carné de control prenatal?

a) Sí

b) No

22. En la consulta de control prenatal realiza usted charlas sobre prevención del cáncer de cérvix?

a) Sí.

b) No.

23. Registra usted en la historia clínica la última citología realizada por la materna?

a) Sí.

b) No.

**FORMULARIO PARA EVALUACION DE ESTRUCTURA
PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL
HOSPITAL ANTONIO ROLDAN BETANCUR NIVEL I
CENTRO DE SALUD PUEBLO NUEVO
PLANTA FISICA.**

Nº	ITEM	SI	NO	NA
1	Los consultorios para control prenatal están en el primer piso			
2	Todos los consultorios son para atención individual			
3	Los consultorios son generales y separados por cubículos			
4	Cada consultorio tiene como mínimo una superficie de 9 mts 2			
5	La sala de espera cuenta con asientos y espacio para la consulta promedio esperada			
6	Existe un ambiente disponible con ropa para vestuario de la consultante			
7	Existe local o salas para las reuniones de educación en salud y otras actividades grupales			
8	Existe vestuario y sala de descanso para el personal de salud			
9	Se cuenta con servicios sanitarios por cada 20 miembros del personal			
10	La circulación del personal es independiente de la del público			
11	La iluminación es suficiente para las actividades diurnas corrientes y existe disponibilidad de luz eléctrica			
12	Los pisos y paredes de los consultorios son lavables			
13	Existe baño en cada consultorio (lavamanos y sanitario)			
14	Existe un baño público contigo a la sala de espera			
15	Existe un sistema adecuado de aireación ambiental			
16	Tiene camas o camillas asignadas para observación de pacientes de alto riesgo mientras son trasladadas			
17	Existe espacio específico para curso de preparación para la maternidad			

Rango de cumplimiento

% % %

II. RECURSOS MATERIALES.

Nº	ITEM	SI	NO	NA
18	Camilla ginecológica con escalerilla, lámpara y mesa de curaciones			
19	Un escritorio con dos sillas			
20	Balanza de pie			
21	Tensiómetro y fonendoscopio			
22	Estetoscopio de Pinnard y cinta métrica u obstétrica, gestograma			
23	Equipo de órganos de los sentidos. Pilas			
24	Espéculos de diferentes tamaños y pinzas de curación			
25	Recipientes con gasa, algodón, apósito, aceite			
26	Guantes esterilizados para uso individual			
27	Soluciones antisépticas y yodadas			
28	Recipiente para desechos con tapa			
29	Material didáctico para los usos específicos de la consulta			
30	Material esterilizado para uso en la consulta			
31	Doppler-Ecotonne			

Rango de cumplimiento

% % %

III. RECURSOS HUMANOS.

Nº	ITEM	SI	NO	NA
32	Existe un coordinador general del programa de control prenatal en la unidad			
33	Dedica 8 horas diarias a la coordinación			
34	Dedica menos de 8 horas diarias a la coordinación			
35	Los médicos y enfermeras que atienden la consulta prenatal tienen capacitación específica en el área			
36	Existe 1 enfermera jefe para la consulta de control prenatal			
37	La auxiliar de enfermería realiza las consultas a gestantes y púerperas de bajo riesgo			
38	Existe una auxiliar de enfermería por cada 8 horas de funcionamiento por consultorio para control prenatal			
39	Existe una auxiliar de enfermería por cada 8 horas de funcionamiento por cada 2 consultorios			
40	Existe un trabajador social			
41	Existe un promotor de saneamiento por cada 10.000 habitantes			
42	Se cuenta con el apoyo de otras instituciones para la educación en salud			
43	Hay un promotor de salud en la unidad y apoya el programa de control prenatal			
44	Existe un programa de odontología para atención preventiva y curativa			

Rango de cumplimiento

% % %

IV. SUMINISTROS Y SERVICIOS DE APOYO.

Nº	ITEM	SI	NO	NA
45	Dispone de medicamentos esenciales para la atención de la salud de la mujer gestante de acuerdo con el perfil epidemiológico de la localidad	x		
46	Dispone de toxoide tetánico conservado de acuerdo con las normas	x		
47	Dispone de diferentes tipos de anticonceptivos para sugerir en la consulta de puerperio	x		
48	Dispone de material de curación: jeringa, gasa, algodón, esparadrapo, guantes, solución desinfectante		x	
49	Tiene regularmente ropa limpia o material desechable: sábanas, batas de pacientes		x	
50	Dispone constantemente de material de limpieza e higiene	x		
51	Cuenta con adecuado material logístico y de papelería (cosedora, etc)	x		
52	Dispone regularmente la papelería necesaria para el funcionamiento del programa (registros, carné materno, formatos historias, etc)	x		
53	Dispone de material educativo audiovisual o impreso, colchonetas, grabadora			

Rango de cumplimiento

%

%

%

V. SUMINISTROS Y SERVICIOS DE APOYO.

Nº	ITEM	SI	NO	NA
45	Dispone de medicamentos esenciales para la atención de la salud de la mujer gestante de acuerdo con el perfil epidemiológico de la localidad			
46	Dispone de toxoide tetánico conservado de acuerdo con las normas			
47	Dispone de diferentes tipos de anticonceptivos para sugerir en la consulta de puerperio			
48	Dispone de material de curación: jeringa, gasa, algodón, esparadrapo, guantes, solución desinfectante			
49	Tiene regularmente ropa limpia o material desechable: sabanas, batas de pacientes			
50	Dispone constantemente de material de limpieza e higiene			
51	Cuenta con adecuado material logístico y de papelería (cosedora, etc.)			
52	Dispone regularmente la papelería necesaria para el funcionamiento del programa (registros, carné materno, formatos historias, etc.)			
53	Dispone de material educativo audiovisual o impreso, colchonetas, grabadora			

Rango de cumplimiento

%

%

%

VI. PROCESO DE EDUCACIÓN PRENATAL.

Se realiza a toda mujer que asiste a control prenatal:

Nº	ITEM	SI	NO	NA
54	Educación programada con temas específicos en la sala de espera			
55	Actividades de educación en salud en cada consulta prenatal por todo el personal, incluido el médico			
56	Educación para el uso de diversos anticonceptivos y riesgo reproductivo			
57	Educación para la prevención de enfermedades de transmisión sexual			
58	Educación sobre importancia de detección de ca ginecológico			
59	Educación sobre la importancia de la lactancia materna			
60	Educación sobre cuidados con las mamas y preparación de pezones			
61	Educación sobre importancia del control prenatal			
62	Educación sobre importancia del control pos-parto, signos y síntomas pos-parto			
63	Educación sobre el método anticonceptivo quirúrgico, ligadura Pomeroy en Caso de cesárea urgente			
64	Educación sobre importancia del control de crecimiento y desarrollo del niño			
65	Educación sobre signos y síntomas de alarma y otros signos y síntomas			
66	Educación sobre el cuidado del recién nacido			
67	Educación sobre importancia del registro civil del recién nacido			
68	Educación sobre importancia de la aplicación del toxoide tetánico			
69	Educación sobre la importancia de la aplicación de vacunas del PAI al niño			
70	Educación sobre la importancia del carnet de control prenatal y de la carpeta con fotocopias de los exámenes de control prenatal en cada consulta			

Rango de cumplimiento

% % %

VII. NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Se dispone de normas escritas de atención materna y éstas incluyen:

Nº	ITEM	SI	NO	NA
71	Inscripción y apertura de historia clínica y carné materno			
72	Examen clínico general			
73	Examen obstétrico			
74	Exámenes básicos de laboratorio			
75	Valoración del riesgo materno - fetal			
76	Toma de frotis vaginal			
77	Educación en salud			
78	Examen de mamas			
79	Aplicación del toxoide tetánico			
80	Citas de acuerdo con factores de riesgo materno - fetal			
81	Normas para el diagnóstico y tratamiento de las patologías gineco-obstétricos Las normas estipulan que en cada consulta a la gestante se determine y se registre en la historia clínica y en el carné materno:			
82	Peso			
83	Altura uterina			
84	Tensión Arterial			
85	Posición fetal			
86	Frecuencia cardíaca fetal			
87	Educación en salud			
88	Identificación precoz de complicaciones			
89	Edad gestacional			
90	Se realiza seguimiento domiciliario a las gestantes con factores de riesgo por la auxiliar de enfermería, promotor de salud o partera tradicional			

Se dispone de normas escritas para el control de las gestantes y éstas incluyen:

Nº	ITEM	SI	NO	NA
91	Examen clínico general			
92	Valoración de riesgo reproductivo			
93	Prescripción de métodos de planificación familiar de acuerdo con el riesgo reproductivo, cuando sean solicitados			
94	Citas para control y venta de anticonceptivos			
95	Normas para identificación de complicaciones			
	Los servicios que intervienen en el programa de control prenatal cuentan con:			
96	Normas para exámenes y tratamientos odontológicos a la gestante			
97	Horario diario para vacunación de gestantes, o al menos cuando hay programada consulta prenatal			
98	Registro de cumplimiento e inasistencia a las citas programadas para gestantes y purperas			
99	Coordinación entre , promotores de salud y voluntarios de salud para realizar seguimiento domiciliario tendiente a optimizar el cumplimiento de las citas programadas			
100	Normas escritas para que el primero y el último control de la gestante de bajo riesgo se realicen por médico			
101	Normas y procedimientos que permitan que toda puérpera, especialmente de parto domiciliario, asista a control en consulta ambulatoria			
102	Normas para actividades de educación individual y en grupos en la consulta externa			
103	Normas para actividades de atención ginecológica integradas al programa materno infantil			
104	Normas para actividades de detección precoz del Cáncer de cérvix integradas al programa materno infantil			

Rango de cumplimiento

% % %

VIII. GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN.

Nº	ITEM	SI	NO	NA
105	El rendimiento de las horas médicas coincide con la norma (3 consultas/hora)			
106	Está sistematizado el seguimiento de la consulta ambulatoria de las egresadas de maternidad, en especial las de alto riesgo			
107	Las directivas de la unidad cuentan con una programación de actividades para gestantes y púerperas por escrito, con metas cuantificables			
108	La programación se ha basado en anteriores estudios epidemiológicos			
109	Las directivas de la unidad disponen de datos sobre población de gestantes y/o posibles usuarias del programa de control prenatal del área de influencia			
110	Las directivas de la unidad disponen de los índices de mortalidad materna, perinatal, bajo peso, abortos y partos domiciliarios en su área de influencia			
111	El personal de la unidad ha participado en la programación de las actividades del programa			
112	Se realizan evaluaciones periódicas del programa			
113	Los informes estadísticos mensuales sobre el programa son analizados por el director y el personal de las unidades			
114	El personal del programa participa en el estudio de casos y/o comité de mortalidad materna			
115	El personal del programa en la unidad recibe informe escrito de las visitas técnicas realizadas por el nivel local o distrital			
116	Se realizan reuniones de coordinación con el nivel directivo del programa en el hospital, al menos mensualmente			
117	En el último año se ha observado un aumento de la demanda por gestantes y púerperas en la unidad			
118	La atención se ofrece mediante citas programadas			
119	Las directivas de la unidad planean las vacaciones del personal del programa			
120	Se suplen las ausencias del personal por vacaciones o enfermedad			

Nº	ITEM	SI	NO	NA
121	Las directivas de la unidad o del hospital tienen establecidos estímulos para el personal del programa, por ejemplo, capacitación			
122	Hay interés de las directivas de la unidad y el hospital en el registro cuidadoso			
123	Se está llevando un sistema de referencia a otros niveles de complejidad			
124	Se está llevando un sistema de contrarreferencia			
125	Las directivas del personal del hospital conocen las políticas y objetivos del programa de control prenatal y materno-infantil			
126	Existen mecanismos de liquidación por cada servicio o actividad prestada			
127	La unidad cuenta con un portafolio de servicios del programa			
128	Prestan servicios de PAB			
129	Prestan servicios de POS			
130	Prestan servicios de POS-S			
131	Prestan servicios de planes complementarios			
132	Cuentan con un sistema electrónico para manejo de la información del programa			
133	Está organizado y funciona el comité de mortalidad materna e infantil			
134	Se realiza periódicamente auditoria médica			

Rango de cumplimiento	%	%	%
<u>Total rango de cumplimiento</u>	%	%	%

Anexo 2

DEFINICION DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO	NIVEL DE MEDICION	CATEGORIA
Vinculación	Cuantitativa	Ordinal	1. < 2 años 2. mas de 2 a 5 años 3. mas de 5 a 10 años 4. mas de 10 años
Duración consulta	Cuantitativa	Ordinal	a. menos de 15 minutos b. entre 15 y 20 minutos c. mas de 20 minutos d. mas de 30 minutos
Profesión	Cualitativa	Nominal	1. Medico 2. Enfermera
Estudios	Cualitativa	Nominal	1. Ninguno 2. Diplomado 3. Cursos, talleres Seminario, congresos. 4. Especialización, maestría, doctorado.
Equipos	Cualitativa	Nominal	1. Si 2.No
Área	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No

VARIABLE	TIPO	NIVEL DE MEDICION	CATEGORIA
Papelería	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
Actividades educativas	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
Explicación de signos y síntomas de alarma	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
Registró en la historia clínica la charla de signos y síntomas de alarma	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
Planeación	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
Charlas de lactancia materna	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
Registro en la historia clínica la charla de Lactancia materna	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
Deficiente Planeación	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
Procedimientos	Cualitativa	Nominal	1. Protocolo y guías integrales de atención. 2. Consensos publicados. 3. Decisiones individuales. 4. Otras

VARIABLE	TIPO	NIVEL DE MEDICION	CATEGORIA
Charlas de planificación por ligadura Pomeroy	Cualitativa	Nominal	1. Si 2.No
Registro en la historia clínica charla de ligadura Pomeroy	Cualitativa	Nominal	1. Si 2.No
Estándar	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
Curso psicoprofilactico.	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
Evaluación Psicosocial	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
Charla de la importancia de traer consigo la carpeta de control prenatal	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
VARIABLE	TIPO	NIVEL DE MEDICION	CATEGORIA
Registro de la charla de la carpeta con exámenes de laboratorio y ecografías del control prenatal	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
Charla de prevención del cáncer de cérvix	Cualitativa	Nominal	1. Si 2.No

VARIABLE	TIPO	NIVEL DE MEDICION	CATEGORIA
Registro de la ultima citología que realizo	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
Registro edad	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
Registro fecha de ultima menstruación	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
Registro de edad gestacional	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
Registro de ecografías	Cualitativa	Nominal	1. Si 2.No
Registro antecedentes	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
Registro signos vitales	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
Registro peso	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
Registro altura uterina	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No

VARIABLE	TIPO	NIVEL DE MEDICION	CATEGORIA
Registro posición fetal	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
Registro fetocardia	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
Registro actividad educativa	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
Registro ultima citología cérvico vaginal	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
Registro exámenes laboratorio	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
Registro ecografías	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
Registro diagnostico obstétrico	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
Registro plan	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
Registro instrucciones carnet de control prenatal- carpeta con fotocopias de exámenes	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No

VARIABLE	TIPO	NIVEL DE MEDICION	CATEGORIA
Registro educación de signos y síntomas de alarma	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
Registro educación de otros signos y síntomas de alarma	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
Registro educación de planificación familiar	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
Registro educación de carta de autorización de Pomeroy en caso de cesárea urgente	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
Registro educación cuidados durante el parto y posparto	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
VARIABLE	TIPO	NIVEL DE MEDICION	CATEGORIA
Registro educación lactancia materna.	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
Registro educación cuidado del recién nacido	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
Registro educación cuidados durante el parto y posparto	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
Registro educación lactancia materna.	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No

VARIABLE	TIPO	NIVEL DE MEDICION	CATEGORIA
Registro educación cuidado del recién nacido	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
Historia legible	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
Edad usuaria	Cuantitativa	Ordinal	Según número de años
Escolaridad usuaria	Cualitativa	Nominal	1.Ninguno 2.Primaria 3.Secundaria 4.Universitaria 5.Técnica 6.Otro
Ocupación actual usuaria	Cualitativa	Nominal	1.Estudiante 2.Empleada 3.Hogar 4.Desempleada 5.Pensionada 6.Independiente
Número de gestaciones	Cuantitativa	Ordinal	1.Embarazo # 2.Partos # 3.Abortos # 4.Cesáreas #

VARIABLE	TIPO	NIVEL DE MEDICION	CATEGORIA
Estado Civil	Cualitativa	Nominal	1.Soltera 2.Casada 3.Separada 4.Viuda 5.Unión libre 6.Divorciada
Planificación	Cualitativa	Razón	1.Si 2.No
Deseo de embarazo	Cualitativa	Razón	1.Si 2.No
VARIABLE	TIPO	NIVEL DE MEDICION	CATEGORIA
Mes de inicio control	Cualitativa	ordinal	1.menos de 3 meses 2.de 3 meses a 6 meses 3.mas de 6 meses
Sugirió control prenatal	Cualitativa	Nominal	1.Usted misma 2.Su madre o padre 3.Su esposo o compañero 4.Hermano o familiar 5.Un amigo-a 6.Un Trabajador de salud 7. Otra persona.

VARIABLE	TIPO	NIVEL DE MEDICION	CATEGORIA
Tiempo de espera	Cuantitativa	Ordinal	1.Menos de 1 día 2.Mas de 1 día menos de 1 semana 3.Mas de 1 semana menos 2 semanas 4.Mas de 2 semanas
Frecuencia de incumplimiento	Cualitativa	Ordinal	1.Nunca 2.Menos de 3 veces 3.Entre 3 y 5 veces 4. Más de 5 veces
Causa de incumplimiento	Cualitativa	Nominal	1. falta tiempo 2.Falta de dinero 3.Incapacitada 4.Falta de acompañamiento 5.No importantes 6. Otra
Explicación de exámenes laboratorio y ecografías	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
Información por escrito de embarazo y cuidados	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
Explicación de carnet de control prenatal y carpeta con exámenes en cada cita de control prenatal	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No

VARIABLE	TIPO	NIVEL DE MEDICION	CATEGORIA
Charlas Talleres del embarazo y sus cuidados	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
Programado curso psicoprofilactico	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
Puntualidad atención	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
Charla, talleres de lactancia materna	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
Suficiente citas	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
Charla ,taller de cuidados durante el parto y pos parto	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
Percepción calidad	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
Información planificación familiar, ligadura Pomeroy en cesárea urgente.	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
Retorno	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
Recomendación	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No

VARIABLE	TIPO	NIVEL DE MEDICION	CATEGORIA
Relación personal asistencial	Cualitativa	Nominal	a) Buena b) Regular c) Mala
Satisfacción	Cualitativa	Nominal	1.Si 2.No
Tiempo de asistencia	cuantitativa	Ordinal	1.Menos 1 a 3 meses 2. De 3 a 6 meses 3. Más de 6 a.
Puntaje planta física	Cualitativa	Proporción	Según porcentaje de ítems evaluados cumplidos.
Rango de Planta	Cualitativa	Nominal	1.Alto 2.Medio 3.Bajo
Puntaje recursos materiales	Cuantitativa	Proporción	Según porcentaje de ítems evaluados cumplidos
Rango recursos materiales	Cualitativa	Nominal	1.Alto 2.Medio 3.Bajo
Puntaje recursos humanos	Cuantitativa	Proporción	Según porcentaje de ítems Evaluados cumplidos
Rango recursos humano	Cualitativa	Proporción	1.Alto 2.Medio 3.Bajo

VARIABLE	TIPO	NIVEL DE MEDICION	CATEGORIA
Puntaje suministros y servicio apoyo	Cuantitativa	Proporción	Según porcentaje de ítems evaluados cumplidos.
Rango suministros y servicios apoyo	Cualitativa	Nominal	1.Alto 2.Medio 3.Bajo
Puntaje educación para la salud	Cuantitativa	Proporción	Según porcentaje de ítems evaluados cumplidos.
Rango educación para la salud	Cualitativa	Nominal	1.Alto 2.Medio 3.Bajo
Puntaje normas y procedimientos	Cuantitativa	Proporción	Según porcentaje de ítems evaluados cumplidos
Rango normas y procedimientos	Cualitativa	Nominal	1.Alto 2.Medio 3.Bajo
Puntaje gerencia y administración	Cuantitativa	Proporción	Según porcentaje de ítems evaluados cumplidos.
Rango gerencia y administración	Cualitativa	Proporción	1.Alto 2.Medio 3. Bajo.

Anexo 3

GRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES												
ACTIVIDADES		MESES										
		2007					2008					
		JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE Y DICIEMBRE	ENERO, FEBRERO, MARZO	ABRIL Y MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
1	Revisión bibliográfica	XXX										
2	Elaboración de proyecto		XXX									
3	Presentación al grupo de investigación			XXX								
4	Ajustes a correcciones				XXX							
5	Aplicación de instrumentos					XXX						
6	Tabulación de datos						XXX					
7	Obtención de resultados							XXX				
8	Análisis de información								XXX			
9	Redacción informe final									XXX	XXX	
10	Presentación informe final											XXX