

**ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES
DEL EMBARAZO EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL
FRANCISCO LUÍS JIMÉNEZ MARTÍNEZ DE CAREPA EN EL AÑO 2010**

**LUZ MILA GUERRA BERRÍO
YORLEDIS MORÓN MORÓN
EUFEMIA LUZ PALMEZANO GÓMEZ**

**ASESOR
LUÍS FERNANDO TORO PALACIO, MD. MG EPIDEMIOLOGÍA**

**UNIVERSIDAD CES
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA SALUD PÚBLICA
APARTADÓ
2011**

**ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES
DEL EMBARAZO EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL
FRANCISCO LUÍS JIMÉNEZ MARTÍNEZ DE CAREPA EN EL AÑO 2010**

**LUZ MILA GUERRA BERRÍO
YORLEDIS MORÓN MORÓN
EUFEMIA PALMEZANO GÓMEZ**

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

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN OBSERVATORIO DE LA SALUD PÚBLICA
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN SITUACIÓN DE SALUD**

**UNIVERSIDAD CES
ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE LA SALUD PÚBLICA
APARTADÓ
2011**

Nota de aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Medellín ____ de _____ de 2011

El presente trabajo de investigación es el resultado de una constante labor, que con mucho sacrificio y esmero hemos realizado. Es de gran significado, ya que refleja una etapa de superación. El estudio realizado es dedicado sobre todas las cosas a Dios, el ser Supremo que nos da la vida, por ser guía en nuestro caminar y por permitirnos ser instrumento de bien y practicar nuestros conocimientos; a nuestros asesores, por su aporte y dedicación para realizar esta especialización y a nuestros familiares, por su apoyo y comprensión.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos, a:

Hernán García Cardona. Médico. Magíster en Salud Pública. Jefe Salud Pública y coordinador de los posgrados de Salud Pública, Universidad CES.

Juan Francisco Silva Díaz. Subdirector científico de la Empresa Social del Estado Hospital Francisco Luís Jiménez Martínez, del municipio de Carepa, por sus enseñanzas, dedicación y apoyo permanente.

A la Universidad CES. “Un compromiso con la excelencia”, por permitirnos el logro de este posgrado.

A la Empresa Social del Estado Hospital Francisco Luís Jiménez Martínez. “Unidos por la calidad”, por permitirnos acceder a los registros de las historias clínicas que están bajo su custodia.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	
1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	16
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
1.2 JUSTIFICACIÓN	16
2 OBJETIVOS	19
2.1 OBJETIVO GENERAL	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3 MARCO TEÓRICO	20
3.1 RESEÑA HISTORICA DE LA E.S.E. HOSPITAL FRANCISCO LUÍS JIMÉNEZ MARTÍNEZ, DE CAREPA	20
3.2 PLATAFORMA ESTRATÉGICA DE LA E.S.E. HOSPITAL FRANCISCO LUÍS JIMÉNEZ MARTÍNEZ, DE CAREPA.....	20
3.2.1 Misión.	20
3.2.2 Visión.	21
3.2.3 Política de calidad.....	21
3.2.4 Objetivos.....	21
3.2.5 Principios corporativos.....	21
3.3 ESTRUCTURA FUNCIONAL	22
4 GUÍA PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO	24
4.1 INTRODUCCIÓN	25
4.2 METODOLOGÍA.....	25
4.3 JUSTIFICACIÓN	26
4.4 EPIDEMIOLOGÍA	27
4.5 OBJETIVOS	27
4.6 DEFINICIÓN	27
4.7 POBLACIÓN OBJETO.....	27
4.8 CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN	28
4.8.1 Identificación e inscripción de las gestantes en el control prenatal.....	28
4.8.2 Consulta médica de primera vez.	29
4.8.3 Consultas de seguimiento y control.	35
4.9 ACTIVIDADES EN SALUD PÚBLICA.....	38
4.10 FLUJOGRAMA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES DEL EMBARAZO	40

ANEXOS DE LA GUÍA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES DEL EMBARAZO	41
Anexo 1. Factores de riesgo de la gestación.....	41
Anexo 2. Actividades básicas del control prenatal a la gestante sin factores de riesgo.	42
5 METODOLOGÍA.....	44
5.1 IDENTIFICACION Y DEFINICIÓN DE CONCEPTOS Y VARIABLES	44
5.1.1 Tipo de estudio.	44
5.1.2 Área de estudio.....	44
5.1.3 Universo y muestra.....	44
5.1.4 Obtención de la información.....	44
5.1.5 Consideraciones éticas.....	45
5.2 VARIABLES	45
6 RESULTADOS	49
7 CONCLUSIONES	55
8 RECOMENDACIONES.....	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Clasificación de niveles y grados de evidencia.	26
Tabla 2. Exámenes obligatorios en las consultas de seguimiento del control prenatal.	31
Tabla 3. Exámenes obligatorios en las consultas de seguimiento del control prenatal.	36
Tabla 4. Factores de riesgo en la gestación.	41
Tabla 5. Actividades básicas del control prenatal a la gestante sin factores de riesgo.	42
Tabla 6. Exámenes paraclínicos básicos del control prenatal a la gestante sin factores de riesgo.	43
Tabla 7. Tabla operacional de variables.	49

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Grafico 1. Estructura funcional de la E.S.E. Hospital Francisco Luís Jiménez Martínez, aprobada mediante acuerdo de junta directiva número 12 de Junio16 de 2008.	22
Grafico 2. Estructura jerárquica de la E.S.E. Hospital Francisco Luís Jiménez Martínez, aprobada mediante acuerdo de junta directiva número 12 de Junio16 de 2008.	23

GLOSARIO

ADHERENCIA: ajustarse o ceñirse a un protocolo o guía.

AELO: antiestreptolisina O

AGREE: instrumento de auditoría para la evaluación de la calidad de las guías de práctica clínica.

AMNIORREA: salida de líquido amniótico que generalmente se realiza a través del canal vaginal.

ANAMNESIS: interrogatorio que se realiza al paciente con el fin de investigar sobre los antecedentes y características relacionadas con su enfermedad.

BIOSICOSOCIAL: factor que incluye lo biológico, lo psicológico y lo social.

CERVICOVAGINAL: segmento anatómico que se localiza en el sitio de unión entre el útero y la vagina.

CK: enzima creatin cinasa.

CK MB: fracción de la enzima creatin cinasa que se eleva producto de las lesiones cardíacas.

CONTROL PRENATAL: control en salud que se realiza a la gestante, programa de salud para la gestante con el fin de minimizar los riesgos durante el parto.

CRITERIOS: estándares establecidos.

DETECCIÓN TEMPRANA: actividad previa a la aparición de una enfermedad con el fin de prevenir posibles complicaciones.

ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL: ayuda diagnóstica de ultrasonido que se realiza a través de la vagina.

EPIGASTRALGIA: dolor a nivel de la unión entre el esófago y el estómago, dolor de un segmento del estómago.

E.S.E.: empresa social del estado.

EPS-CS: empresa promotora de salud del régimen contributivo y subsidiado.

ETS: enfermedad de transmisión sexual.

FETOCARDIA: latidos del Corazón del feto.

GESTACIONAL: que ocurre durante la gestación.

GOT: enzima transaminasa glutámica oxalacética.

GPT: enzima transaminasa glutámica pirúvica.

GUÍA DE ATENCIÓN EN SALUD: conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática, con el objetivo de guiar a los profesionales y a los enfermos en el proceso de toma de decisiones sobre qué intervenciones sanitarias son más adecuadas en el abordaje de una condición clínica de una patología o problema de salud específico.

HCG: hormona gonadotropina coriónica.

INHALOTERAPIA: terapia medicamentosa que se administra en forma de puff inhalados.

INTERGENÉSICOS: período promedio de tiempo que transcurre entre uno y otro nacimiento o entre uno y otro parto en una misma persona.

LEUCORREA: salida de líquido purulento a través de la vagina.

LINFOCITOS: células de la sangre perteneciente a la serie blanca y cuya función es de defensa. Son producidos en la médula ósea.

MORBIMORTALIDAD: hecho de enfermarse o morir.

MULTIPARIDAD: que ha tenido más de dos hijos.

NULIPARIDAD: que no ha tenido hijos.

ONU: Organización de las Naciones Unidas.

OPORTUNIDAD: posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgos su vida o su salud.

OXIGENOTERAPIA: terapia con oxígeno mediante un dispositivo adecuado para ello.

PAI: programa ampliado de inmunizaciones.

PARTO PRETÉRMINO: el que ocurre entre la semana 22 y la semana 34 de la gestación.

PCR: exámen de laboratorio consistente de la determinación de la proteína c reactiva y de acuerdo a su cuantificación determinar o no la presencia o contacto con el estreptococo del grupo b..

PERINATAL: que ocurre alrededor del nacimiento, específicamente entre la semana 22 de la gestación y hasta los siete días después del nacimiento.

PIE: prueba inmunológica del embarazo.

POSPARTO: después del parto.

PRECONCEPCIONAL: antes de la concepción.

PRENATAL: que ocurre antes del nacimiento.

PROTOCOLO: conjunto de normas y actividades a realizar dentro de un servicio o programa, frente a una situación específica dentro de la institución y su ejecución debe ser de carácter obligatorio.

SGSSS: sistema general de seguridad social en salud.

TPT: exámen de laboratorio consistente en la determinación del tiempo parcial de tromboplastina.

TSH NEONATAL: exámen de laboratorio del neonato que se realiza con el fin de detectar los niveles de la hormona estimulante de la tiroides para detectar precozmente un hipotiroidismo congénito.

VAGINOSIS: infección de la vagina que generalmente es causada por bacterias y hongos.

VIH/SIDA: virus de la inmunodeficiencia humana / síndrome de la inmunodeficiencia humana.

RESUMEN

En nuestro país, las complicaciones del parto y del puerperio son las principales causas de mortalidad materna, la meta es evitarlas mediante un conjunto de normas y recomendaciones. Para cumplir éste propósito, Colombia suscribe en el año 2002 con la ONU, la política nacional de salud sexual y reproductiva, cuyo propósito se basa en reducir la mortalidad materna para 2015; además pretende aumentar la cobertura y calidad del parto institucional y fortalecer la vigilancia y prevención de la mortalidad materna y perinatal en el país.

El Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud crea en 1998 el acuerdo 117, “Por la cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública”, (1) definiendo dentro de ellas la detección temprana de alteraciones del embarazo. En el año 2000, el Ministerio de Salud, ahora Ministerio de la Protección Social, estableció la resolución 412, “Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública”, (2) donde establece específicamente las actividades a desarrollar para la detección temprana de alteraciones del embarazo.

Se pretende con esta investigación describir el programa de detección temprana de alteraciones del embarazo de la E.S.E. Hospital Francisco Luís Jiménez Martínez, durante el año 2010, con el propósito de verificar el porcentaje de cumplimiento de la guía y construir un referente del programa de detección temprana de alteraciones del embarazo.

Se realizó un estudio de tipo observacional descriptivo en cuanto al cumplimiento de adherencia a las guías del Ministerio de la Protección Social, teniendo en cuenta las pacientes que presentaron parto entre el 01 de enero y el 31 de diciembre de 2010 y que asistieron después de ingresadas al programa de control prenatal durante el año 2010.

Palabras clave: Detección temprana de alteraciones del embarazo. Adherencia a las guías.

ABSTRACT

In our country, complications of childbirth and the puerperium are the main causes of maternal mortality, the goal is to avoid using a set of rules and recommendations. To fulfill this purpose, Colombia signed in 2002 with the UN, national policy and reproductive health, whose purpose is based on reducing maternal mortality by 2015, also intends to increase the coverage and quality of institutional delivery and strengthening the monitoring and prevention of maternal and perinatal mortality in the country.

The National Council of Health and Social Security in 1998, the agreement creates 117, "By which sets the mandatory activities, procedures and interventions induced demand and care of diseases of public health", () defined in of these early detection of abnormal pregnancy. In 2000, the Ministry of Health, now the Ministry of Social Welfare, established the Resolution 412, "By which sets out the activities, procedures and interventions induced demand and adopt mandatory and technical standards and care guidelines to develop specific actions to protect and early detection and care of diseases of public health ", () which specifically states the activities to be developed for early detection of abnormal pregnancy.

This research is intended to describe the program of early detection of abnormal pregnancy ESE Luis Francisco Martínez Jiménez Hospital, during 2010, with the purpose of verifying the compliance rate of the reference guide and build a program for early detection of abnormal pregnancy.

A study of observational descriptive as to compliance adherence to guidelines of the Ministry of Social Protection, taking into account the patients who had birth between January 1 and December 31 and attended by 210 after entering prenatal care program during 2010.

Keywords: Early detection of abnormal pregnancy. Adherence to the guidelines.

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna y perinatal representa para los países en desarrollo una causa importante de muerte en las mujeres en edad fértil y en la población infantil. Estas muertes son consideradas indicadores universales de la calidad en la atención en los servicios de salud y de las condiciones de vida, dado que en un alto porcentaje son evitables.

Una muerte materna es el producto final de una serie compleja de factores que actúan sobre el continuo de la vida de la mujer, desde su nacimiento hasta su etapa productiva.

Los factores determinantes de una muerte materna pueden estar relacionados con el contexto social, entre los cuales se destacan; el estado de inferioridad económica, educativa, legal o familiar de la mujer y los relativos a su estado de salud, su conducta reproductiva y **el acceso y calidad de los servicios de atención materna** y planificación familiar.

Son condicionantes también, el nivel de nutrición, la existencia de enfermedades previas como la hipertensión, la diabetes y las cardiopatías y en especial la historia obstétrica anterior. En su gran mayoría, las muertes maternas son evitables, ya que las principales causas y factores que las determinan son conocidas y, a la vez, el sector cuenta desde hace mucho tiempo con el saber científico y tecnológico para impedir las.

En general, mejorando las condiciones de educación y de salud de la mujer se puede influir positivamente sobre el resultado de sus embarazos.

Pero lo que está fuera de toda discusión es que posibilitando el acceso económico y geográfico a los servicios de salud de buena calidad, en los que se realice la detección temprana del riesgo, se puede reducir sustancialmente el número de muertes maternas, a través de la atención prenatal, la disponibilidad de elementos esenciales para el cuidado obstétrico y el suministro de información apropiada para la prevención de los embarazos.

Para el buen desarrollo de la atención, lo primero que se busca es garantizar la detección y captación temprana de las gestantes, ante la sospecha de embarazo y antes de la semana doce de gestación, para detectar, educar, intervenir y controlar oportunamente los aspectos que puedan generar riesgos. Por ello es de vital importancia para las usuarias y su familia.

Ésta investigación describe el programa de detección temprana de alteraciones del embarazo en la E.S.E. Hospital Francisco Luís Jiménez Martínez, durante el año 2010, a su vez establece variables que verifican el grado de cumplimiento de la guía recomendada por el Ministerio de la Protección Social

1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La vigilancia permanente y adecuada de la gestante, a través del programa de detección temprana de alteraciones del embarazo, es una estrategia necesaria para garantizar la disminución de los riesgos, y es una oportunidad para brindar el acompañamiento y la atención humanizada que la mujer gestante requiere. Además, el registro objetivo y sistematizado de todo su embarazo es una fuente invaluable de información para el análisis y la toma de decisiones, así como un instrumento para la evaluación de la calidad de la atención brindada por los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad obstétrica.

La Empresa Social del Estado Hospital Francisco Luís Jiménez Martínez, del municipio de Carepa, Antioquia, no es ajena a ésta estrategia, por lo que ha adoptado guías de detección temprana de las alteraciones del embarazo, según las normas técnicas de la resolución 412 de 2000. (3)

A pesar que se han realizados auditorías internas y externas en la institución, no existe evidencia de una auditoría específicas para el programa.

El objetivo principal de ésta investigación es describir el programa de detección temprana de alteraciones del embarazo de la Empresa Social del Estado Hospital Francisco Luís Jiménez Martínez, durante el año 2010, mediante la descripción de las variables del programa, el análisis de los datos consignados en las historias clínicas de las pacientes que ingresaron al control prenatal y que se les atendió el parto en la institución durante el año 2010, el establecimiento del porcentaje de adherencia a la guía de detección temprana de alteraciones del embarazo por los profesionales y, finalmente, recomendar los criterios de éxito del programa de detección temprana de alteraciones del embarazo de la Empresa Social del Estado Hospital Francisco Luís Jiménez Martínez del municipio de Carepa, Antioquia.

1.2 JUSTIFICACIÓN

En el mundo se estima que todos los años nacen muertos casi 3,3 millones de niños, 2 millones no llegan a las primeras 24 horas y más de 4 millones fallecen en los primeros 28 días de vida; en total, las muertes perinatales se

estiman en 6,9 millones anualmente. La tasa de mortalidad perinatal es el indicador de más peso en la mortalidad infantil. La mortalidad perinatal tiene múltiples factores relacionados con las enfermedades que pueden sufrir madres e hijos, como también con el desarrollo social y tecnológico de la sociedad en términos de prestación de los servicios de salud y con los conocimientos, hábitos y actitudes que tiene los profesionales de la salud y los mismos padres.

En el año 2000, Colombia tiene una tasa de mortalidad materna de 104.9 por 100.000 nacidos vivos, (4) .la OPS (Organización Panamericana de la Salud), calcula que el 95% de las muertes son evitables, y que es posible reducir esta tasa a menos de 10 muertes por cada 100.000 nacidos vivos mediante un adecuado y oportuno programa de control prenatal y atención del parto. (5).

Actualmente, la reducción de la mortalidad materna es uno de los “Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)” de la ONU, y se espera que para el 2015 el país reduzca la tasa de mortalidad materna a 45 muertes por cien mil nacidos vivos. La tas de mortalidad materna es considerada un indicador trazador, ya que refleja las condiciones de vida de una comunidad y la calidad en la atención de los servicios de salud en ese territorio.

La vigilancia en salud pública de la mortalidad materna y perinatal es el proceso a través del cual se identifican las fallas en la atención por parte del sector salud para la gestante y los demás determinantes que inciden en su aparición. A partir de su análisis pueden tomarse decisiones y monitorizar las acciones que las reduzcan en el nivel institucional y comunitario local, para luego ampliarlas a nivel departamental, regional y nacional de tal manera que se prevenga y evite la mortalidad materna para beneficio de la salud en todo el país.

En Antioquia, durante los años 2004-2006, el 80% de las muertes maternas ocurrieron en el posparto, la mitad en las primeras 24 horas y el 48% de las muertes perinatales ocurrieron durante o después del parto. Por esto, es necesario insistir en la importancia de brindar una atención con calidad durante el trabajo de parto y el parto, la cual incluye la asistencia intrahospitalaria y la supervisión permanente del binomio madre/hijo realizada por personal competente.

Las actividades, procedimientos e intervenciones que conforman la atención para la detección temprana de las alteraciones del embarazo deben ser de

calidad, de inicio rápido (precoces), periódicas, de completa cobertura y oportunas.

La investigación busca establecer el porcentaje de adherencia a la guía de Ministerio de la Protección Social, mediante la verificación de variables.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar el programa de Detección temprana de alteraciones del embarazo de la Empresa Social del Estado Hospital Francisco Luís Jiménez Martínez, durante el año 2010.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar las variables del programa de Detección temprana de alteraciones del embarazo de la E.S.E. Hospital Francisco Luís Jiménez Martínez, durante el año 2010.
2. Analizar los datos consignados en las historias clínicas de las pacientes que ingresaron al control prenatal y presentaron parto en la institución durante el año 2010.
3. Establecer el porcentaje de adherencia a la guía de Detección temprana de alteraciones del embarazo por los profesionales de la Empresa Social del Estado Hospital Francisco Luís Jiménez Martínez, durante el año 2010.
4. Recomendar los criterios de éxito del programa de Detección temprana de alteraciones del embarazo de la Empresa Social del Estado Hospital Francisco Luís Jiménez Martínez del municipio de Carepa, Antioquia.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 RESEÑA HISTORICA DE LA E.S.E. HOSPITAL FRANCISCO LUÍS JIMÉNEZ MARTÍNEZ, DE CAREPA

La E.S.E Hospital Carepa tiene su origen como centro de salud del Hospital María Auxiliadora del Municipio de Chigorodó; en septiembre 13 de 1987 se crea como Hospital Municipal, mediante acuerdo 049 del Honorable Concejo Municipal.

En 1993, en terrenos donados por los señores Francisco Luís Jiménez y Guillermo Restrepo, mediante escritura pública 4338 y 4339, se inició la construcción de un área de 2078 metros cuadrados, que en agosto 4 de 1994, finalizada ésta, se dio al servicio de la comunidad, y en septiembre 15 del mismo año adquirió la categoría de Empresa Social del Estado de Primer Nivel de Atención.

Según acuerdo 016 del 5 de septiembre de 2002 emitido por el Honorable Consejo Municipal, se modificó el nombre de Hospital Carepa a Empresa Social del Estado Francisco Luís Jiménez Martínez de Carepa.

En esta nueva etapa, el Hospital de Carepa, tiene como uno de sus mayores retos, la búsqueda de la excelencia en el servicio al cliente, ofreciendo servicios con alto nivel científico y ético en eficiencia, calidad y respeto por la dignidad humana. (6)

3.2 PLATAFORMA ESTRATÉGICA DE LA E.S.E. HOSPITAL FRANCISCO LUÍS JIMÉNEZ MARTÍNEZ, DE CAREPA

3.2.1 Misión.

Somos la Empresa Social del Estado del Municipio de Carepa, dedicada a prestar servicios de salud en el primer nivel de complejidad, con énfasis en actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, propiciando el mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad, soportado en un personal idóneo, altamente calificado y comprometido; donde la participación comunitaria y la preservación del medio ambiente, son fundamentales para nuestro desarrollo. (7)

3.2.2 Visión.

En el año 2019 seremos reconocidos en el ámbito regional, departamental, nacional e internacional como modelo de institución pública en salud, competitiva, socialmente rentable, financieramente estable y en armonía con el medio ambiente, ofreciendo servicios de mayor complejidad, con alta cobertura en el cumplimiento de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, acreditada por su calidad ante los organismos competentes, gracias al compromiso de su talento humano y de la participación de la comunidad. (8)

3.2.3 Política de calidad.

La E.S.E. Hospital Francisco Luís Jiménez Martínez de Carepa, a través de la implementación y cumplimiento de su política de Calidad, se compromete a satisfacer las necesidades y expectativas de nuestros clientes, brindando servicios de salud con eficacia, amabilidad, respeto y calidez en el trato a los usuarios y acompañantes, fundamentada en criterios éticos de pertinencia, oportunidad, efectividad, eficiencia en el manejo de los recursos, seguridad en la atención y en el mejoramiento continuo de la organización. (9)

3.2.4 Objetivos.

- Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas establecidas.
- Brindar los servicios de salud que la población requiera y que la E.S.E.
- Ofrecer servicios y paquetes de servicios a las EPS-CS y demás personas naturales o jurídicas que lo demanden, a tarifas competitivas en el mercado.
- Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente los servicios y el funcionamiento de éstos.
- Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la ley y los reglamentos.
- Propiciar mediante el manejo gerencial adecuado la rentabilidad social y financiera de la empresa. (10)

4.2.5 Principios corporativos.

- Respeto: se inspira en el respeto por valores, creencias y derechos al igual que en el cumplimiento y exigencias de las responsabilidades mutuas.

- Calidad: la calidad en la E.S.E. es una manera de vivir, una norma de conducta, un comportamiento, un reto diario personal y laboral.
- Mejoramiento: inspirado en el talento humano como patrimonio invaluable, razón de ser de la empresa, por ello se compromete en su desarrollo, bienestar, justicia, retribución y en ofrecer un ambiente laboral seguro y estable.
- Productividad: como la condición fundamental y reto constante, para la permanencia de la empresa en el medio.
- Responsabilidad social: como instrumento de la sociedad, la E.S.E. participa y promueve en el mejoramiento de las condiciones de vida de la población. (11)

4.3 ESTRUCTURA FUNCIONAL

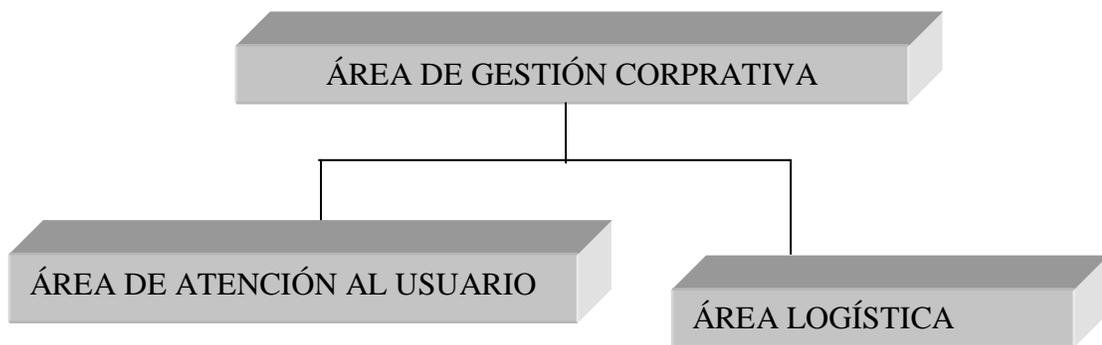
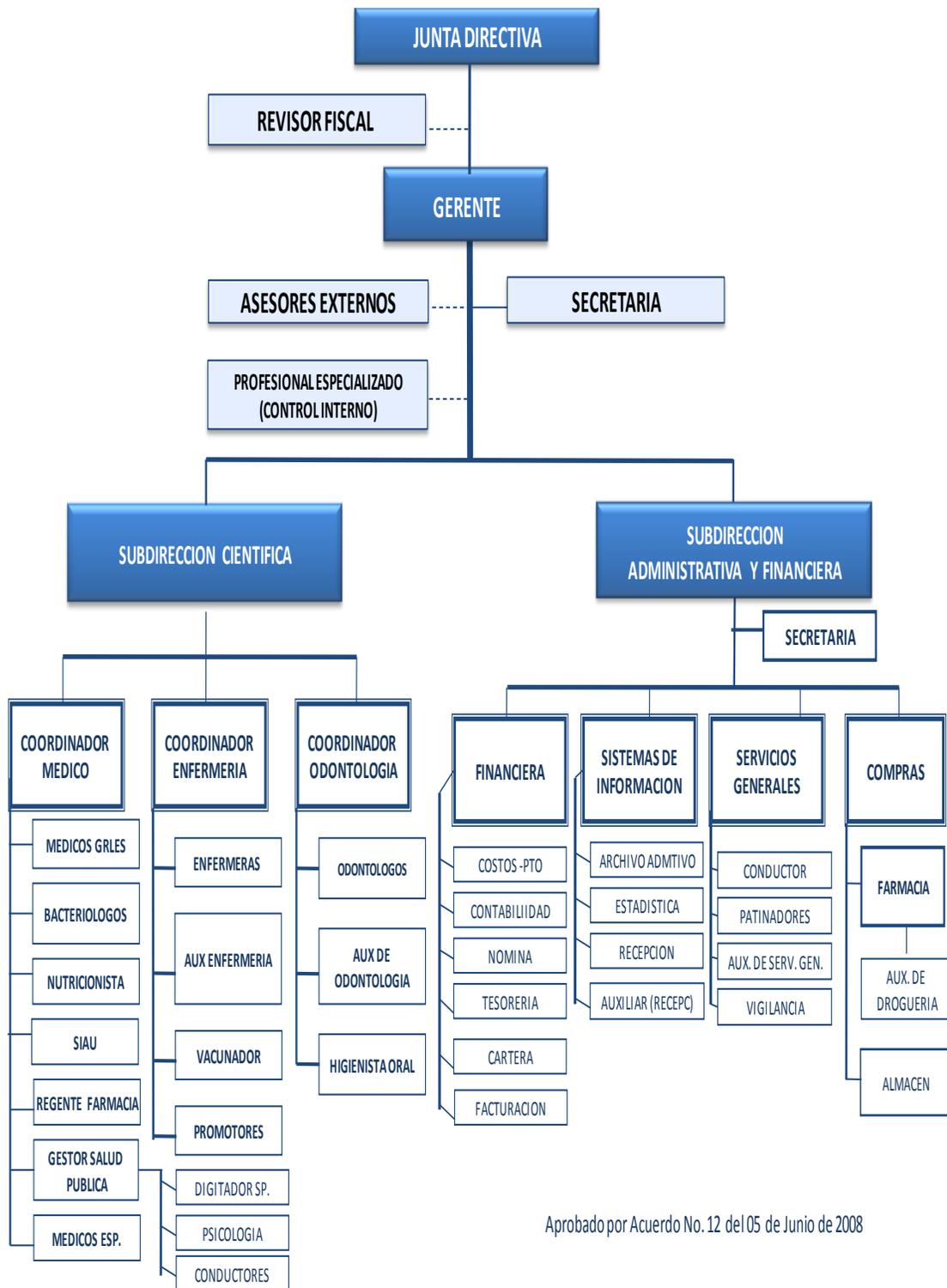


Grafico 1. Estructura funcional de la E.S.E. Hospital Francisco Luís Jiménez Martínez, aprobada mediante acuerdo de junta directiva número 12 de Junio16 de 2008.



Aprobado por Acuerdo No. 12 del 05 de Junio de 2008

Grafico 2. Organigrama de la E.S.E. Hospital Francisco Luís Jiménez Martínez, aprobada mediante acuerdo de junta directiva número 12 de Junio 16 de 2008.

4 GUÍA PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO

Contenido

Pág.

1. INTRODUCCIÓN

2. METODOLOGÍA

3. JUSTIFICACIÓN

4. EPIDEMIOLOGÍA

5. OBJETIVOS

6. DEFINICIÓN

7. POBLACIÓN OBJETO

8. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN

8.1 Identificación e inscripción de las gestantes en el control prenatal.

8.2 Consulta médica de primera vez.

8.3 Consultas de seguimiento y control.

9. ACTIVIDADES EN SALUD PÚBLICA

10. FLUJOGRAMA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES DEL EMBARAZO

ANEXOS

4.1 INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna constituye un problema de salud pública y la meta es disminuirla en el país y este conjunto de estándares y recomendaciones asistenciales intentan proporcionar a los clínicos, pacientes, familiares, investigadores, compañías de seguros y demás personas interesadas, información acerca de los aspectos de la detección temprana de alteraciones del embarazo. Cada paciente debe ser evaluado en particular y el clínico definirá si requiere de evaluación y tratamiento por parte de otros especialistas.

Los revisores declaran no tener conflicto de intereses frente a las recomendaciones generadas. Estas recomendaciones son acciones tendientes a controlar la mortalidad materna. Se sugiere revisar esta guía periódicamente como quiera que los avances en terapéutica puedan modificar las recomendaciones presentes y, entonces, tener una vigencia de tres a cinco años.

4.2 METODOLOGÍA

El grupo de expertos desarrolló una estrategia participativa que comprende la elaboración de las revisiones sistemáticas, focalizadas en identificar evidencia de guías clínicas seleccionadas de acuerdo con los criterios de la AGREE Collaboration (Appraisal of Guideline Research & Evaluation) (2001). Las recomendaciones se han analizado en su validación externa (generalización de resultados) mediante el trabajo de colaboración de un grupo de expertos provenientes de establecimientos de la red pública, sociedades científicas, comisiones nacionales, del mundo académico y del sector privado. Este desarrollo metodológico corresponde al sugerido por el Internacional Clinical Epidemiology Network (INCLIN). En breve, se identificaron preguntas clínicas relevantes basadas en la fase de evaluación de la Guía durante la Fase I del proyecto. Se consultaron las siguientes fuentes electrónicas de información biomédica: MEDLINE® (desde su aparición hasta junio de 2005), LILACS® (desde su aparición hasta junio de 2005), COCHRANE Controlled Trials Register (CCTR, Número 1, 2000). Así mismo, se complementó con una búsqueda manual en artículos de revisión recuperados en anteriores revisiones sistemáticas, narrativas y los consensos de la Organización Mundial de la Salud, sociedades americanas y europeas de ginecología y obstetricia. Para minimizar los sesgos de publicación, se adelantaron averiguaciones con autoridades académicas en busca de información no publicada. Se realizó un análisis cualitativo de la información ponderado por la calidad metodológica, tanto de las fuentes primarias como del soporte bibliográfico de revisiones y consensos, para

elaborar las conclusiones, en grados de evidencia y niveles de recomendación que soportan la presente actualización.

Tabla 1. Clasificación de niveles y grados de evidencia.

GRADO DE RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	TIPO DE ESTUDIO
A	1A	Revisión sistemática de ensayos clínicos controlados (homogéneos entre sí)
	1B	Ensayos clínicos controlados (con intervalo de confianza estrechos)
B	2A	Revisión sistemática de estudios de cohorte (homogéneos entre sí)
	2B	Estudio individual de cohorte /ECA individual de baja calidad
	3A	Revisión individual de casos y controles
	3B	Estudios individual de casos y controles
C	4	Series de casos, estudios de cohorte/casos y controles de baja calidad
D	5	Opiniones de expertos basados en revisión no sistemática de resultados fisiopatológicos

Fuente: Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence (May 2001).

A lo largo del documento se citará la evidencia, enunciado primero el grado de recomendación y luego el nivel de evidencia, por ejemplo, Grado de recomendación A, Nivel de evidencia 1: (A1).

4.3 JUSTIFICACIÓN

Con el fin de lograr la reducción de la mortalidad materna y perinatal, se hace necesario establecer parámetros mínimos que garanticen una atención de 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, firmado por Colombia, que busca reducir la mortalidad materna en un 50 % en este período y en un 75 % para 2015; como también el aumento de la cobertura y calidad del parto institucional en un 95 %, y el fortalecimiento de la vigilancia y prevención de la mortalidad materna y perinatal en el país.

4.4 EPIDEMIOLOGÍA

La tasa de mortalidad materna en Colombia para 2000 fue de 104.9 por 100.000 nacidos vivos (12), ¿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 muertes por cada 100.000 nacidos vivos con un adecuado y oportuno programa de control prenatal y atención del parto (13).

4.5 OBJETIVOS

- 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 gestante con factores de riesgo, enfermedades asociadas y propias del embarazo para un manejo adecuado y oportuno
- Establecer un plan integral de control prenatal y atención del parto conforme con la condición de salud de la gestante, que garantice su manejo de acuerdo con su complejidad en los diferentes niveles de atención del sistema de salud
- Ofrecer educación a la pareja, que permita una interrelación adecuada entre los padres, la familia y su hijo desde la gestación.

4.6 DEFINICIÓN

Identificar e intervenir tempranamente por el equipo de salud, a la mujer y a su familia, los riesgos relacionados con el embarazo y planificar el control de los mismos, con el fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas para la madre y su hijo.

La gestante es definida en la presente Guía como el binomio de la mujer embarazada y su fruto de la concepción.

4.7 POBLACIÓN OBJETO

Esta Guía busca beneficiar a la población afiliada a los regímenes contributivo y subsidiado, y podrá servir de marco de referencia para aquellos proveedores de atención a la población pobre y no asegurada, en favor de la disminución de la morbi mortalidad materna, perinatal e infantil en el país.

4.8 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 1011/06 del Ministerio de la Protección Social.
- 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" (14) y las normas que lo adicionen, modifiquen o complementen
- Oportuna: deberá brindarse cuando ésta se requiera, de acuerdo con las necesidades de la gestante. Al respecto se anota [D5]:

Los prestadores de salud deben hacer que todas las mujeres embarazadas se sientan bienvenidas a sus instituciones. Los horarios de apertura de las dependencias que proveen el programa de control prenatal deben ser tan convenientes como sea posible para favorecer la concurrencia de las mujeres. Se ha demostrado que cuanto mayor es el número de horas que las clínicas dedican para la atención de las pacientes, más elevado será el número de mujeres que solicita control prenatal en las mismas. Los prestadores de salud deben dedicar todos los esfuerzos posibles para cumplir con el horario de los turnos y, de esta forma, reducir el tiempo de espera de las pacientes. Sin embargo, las mujeres que vienen sin turno no deberían ser rechazadas aun cuando no existiera ninguna urgencia. Mientras sea posible, cualquier intervención o prueba requerida debería realizarse de acuerdo con la comodidad de las mujeres, en lo posible el mismo día que la mujer tiene la consulta (OMS, 2003) (15).

5.8.1 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 gestación, para detectar, educar, intervenir y controlar oportunamente sus factores de riesgos bio-sicosociales, condiciones propias de este estado.

Este proceso implica:

- Identificar completa y correctamente a la mujer
- Ordenar una prueba de embarazo, si éste no es evidente
- Promover la presencia del compañero o algún familiar en el control prenatal
- Informar a la mujer, el compañero o familia, 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 realizarán, en un lenguaje sencillo y apropiado que proporcione tranquilidad y seguridad [C4]. (16)
- Inscripción de la gestante en el programa de control prenatal.

5.8.2 Consulta médica de primera vez.

La primera consulta prenatal deberá ser realizada por un médico y tiene por objeto evaluar el estado de salud de la gestante, identificar sus factores de riesgos bio-sicosociales, 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 familia al respecto. Esta consulta médica de primera vez 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 riesgos bio-sicosociales, enfermedades asociadas propias de la gestación y la utilización de esta información por parte del equipo de salud [1b] (17).

Elementos básicos de la historia clínica prenatal:

- Identificación de la gestante: nombre, documento de identidad, edad, raza, nivel socioeconómico, nivel educativo, estado civil, ocupación, régimen de afiliación, procedencia (urbana, rural), dirección y teléfono.
- Anamnesis:
 - Antecedentes personales: patológicos, quirúrgicos, nutricionales, traumáticos, tóxico-alérgicos. 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 doméstica, embarazo deseado o programado. Se recomienda para el análisis de estas variables utilizar el modelo biosicosocial de Herrera J (18).
- Antecedentes obstétricos: total de embarazos y evolución de los mismos, complicaciones obstétricas y perinatales previas, fecha de la finalización del último embarazo e intervalos intergenésicos
- Antecedentes laborales.
- Antecedentes ginecológicos: edad de la menarquia, patrón de 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 tratamientos de infertilidad
- Antecedentes familiares: trastornos mentales, epilepsia, hipertensión arterial crónica, preeclampsia, eclampsia, cardiopatías, diabetes, metabólicas, autoinmunes, infecciosas (tuberculosis, HIV, ETS) congénitas, neoplasias, 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 motivos de consulta: inicio y evolución de la sintomatología, exámenes previos, tratamiento recibido y estado actual.

En la realización de la anamnesis debe tenerse en cuenta cada uno de los apartes de la Tabla 2. Factores de riesgo en la gestación (Anexos).

Examen físico:

- Tomar medidas antropométricas: peso, talla, altura uterina, y valorar el estado nutricional [B3b] (19). Se recomienda para el análisis de estas variables utilizar las siguientes tablas:
 - Tabla de incremento de porcentaje de peso - talla en la gestación, de Rosso PR, Mardones FS (20).
 - Tabla de incremento de la altura uterina en la gestación de Fescina Rh et al (21).
- Tomar signos vitales: pulso, respiración, temperatura y tensión arterial [A,1a] (22) (Guía de complicaciones hipertensivas asociadas con el embarazo)

- Realizar examen físico completo por sistemas: debe hacerse céfalo caudal.
- 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 la tablas correspondiente [D, 5] (23); número de fetos, fetocardia [D,3] (24) y movimientos fetales.

Solicitud de exámenes paraclínicos.

(Previa autorización de la mujer gestante, para los exámenes que requieren consejería) luego de informársele la naturaleza de los mismos [C,4] (25).

Tabla 2. Exámenes obligatorios en las consultas de seguimiento del control prenatal.

EXÁMEN	NIVEL DE EVIDENCIA	VALOR NORMAL
Hemoglobina y Hematocrito (26)	B (Nivel de evidencia 2A, 3)	= ó > 11 g / dl
Hemoclasificación (27) (a)	B	
VDRL (28)	A (Nivel de evidencia 1A, 2A, 3,4)	NEGATIVA
Prueba de ELISA HIV (29)	A (Nivel de evidencia 1A, 1B, 3,4)	NEGATIVA
Prueba de HBs Ag (30)	A (Nivel de evidencia 1B, 3,4)	NEGATIVA

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, en las siguientes circunstancias:

1. Prueba de glicemia a la hora con una carga de 50 g de glucosa, previo ayuno de dos horas, en las gestantes con alto riesgo de diabetes gestacional (Numeral 8.3) (31).

2. La ecografía obstétrica será solicitada en la primera visita prenatal para confirmar la edad gestacional, solo si la fecha de la última regla no es confiable o si se presenta alguna complicación en el primer trimestre del

embarazo que lo requiera (Guía de atención de las complicaciones hemorrágicas asociadas con el embarazo).

3. Citología cervical: se deberá tomar si la gestante no tiene una reciente, de acuerdo con la Guía de detección temprana del 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 gestante que asiste por primera vez al control prenatal en el segundo o tercer trimestre deberán solicitársele, adicionalmente, los 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.

Administración de toxoide tetánico.

La inmunización antitetánica es el método más eficaz para prevenir el tétanos neonatal. Se deberán colocar a la gestante dos dosis con un 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 [A] (32). Además, se debe educar a la gestante para que complete su esquema de vacunación en el postparto (Guía de PAI).

Formulación de micronutrientes.

- Ácido 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 (Riesgo relativo: 0,28; intervalo de confianza del 95%: 0,13 a 0,58) [A,1a] (33)

- Calcio: debe suministrarse calcio durante la gestación hasta completar una ingesta materna mínima de 1200-1500 mg diarios [C, 4] (34)

- Sulfato ferroso: deberá suministrarse cuando este indicado como parte de su tratamiento en mujeres gestantes con diagnóstico de anemia (35).

Situaciones especiales.

- En regiones endémicas de malaria, se debe suministrar a la mujer gestante [A, Nivel de evidencia 1a, 3] (36) tratamiento presuntivo intermitente, con piremetamina 75 mg - sulfadoxina 1500 mg (3 tab.), dosis única, en el segundo (18 a 24 semanas) y tercer trimestre (28 a 34 semanas). No se recomienda su uso en el primer trimestre. La gestante con sospecha de

malaria debe tener prioridad para su estudio y tratamiento, de acuerdo con la Guía de atención de la malaria

- En regiones endémicas de uncinariasis (*necator americanus*, *ancylostoma duodenale*) con una prevalencia del 20 a 30%, se debe suministrar antihelmíntico en el segundo trimestre (18 a 24 semanas); y en áreas con una prevalencia > 50%, repetirlo en el tercer trimestre (28 a 34 semanas).

El tratamiento de elección es el pamoato de pirantel 10 mg/kg/ día (Max. 1 g), por tres días [D, 4] (37).

- En regiones endémicas de fiebre amarilla, las mujeres no inmunizadas en zonas de alto riesgo deberían ser inmunizadas después de la 26 semana de gestación, previa información. No se recomienda su uso en el primer trimestre [D,4] (38).

- Las mujeres gestantes sintomáticas respiratorias deben tener prioridad para su estudio y tratamiento, de acuerdo con la Guía de atención de la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar

- Las mujeres gestantes seropositivas para HIV o hepatitis B, víctimas de maltrato o adolescentes por ser un grupo de alto riesgo deben tener prioridad para su estudio y manejo integral, de acuerdo con las normas y guías respectivas.

Educación individual a la madre, compañero y familia.

Los siguientes aspectos son relevantes como complemento de las anteriores actividades:

- Fomentar la integración a la consulta del padre o familia (no solo el acompañamiento a la consulta, sino durante el momento del parto y del 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 (39) 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 (40) [A, 1a] o disminuir al mínimo su empleo [B, 2b] (41). De igual forma, el consumo del alcohol y otras sustancias psicoactivas [C, 4] (42)

- Orientar sobre los signos de alarma por los que debe consultar oportunamente, tales como: hipertensión arterial, cefalea, trastornos visuales y auditivos, epigastralgia, edemas, disminución marcada o ausencia de

movimientos fetales, actividad uterina, sangrado genital, amniorrea o leucorrea, o sintomatología urinaria

- Brindar un espacio para resolver inquietudes e interrogantes de la gestante
- Recomendar 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 gestante y su familia sobre los conceptos arriba señalados.

La inmunización antitetánica es el método más eficaz para prevenir el tétanos neonatal.

Se deberán colocar a la gestante dos dosis con un intervalo de un mes entre ellas, en los primeros siete meses de embarazo.

Remisión 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 estomatognático, controlar los factores de riesgo para la enfermedad periodontal y caries, así como para fortalecer prácticas de higiene oral adecuadas. Esta remisión debe hacerse de rutina, independiente de los hallazgos del examen médico o tratamientos odontológicos en curso, y estar incluida en el carné prenatal. Cualquier inquietud remitirse a la Guía para la protección específica de la caries y la enfermedad gingival.

Diligenciamiento y entrega del carné materno y educación sobre la importancia de su uso.

El carné materno es de obligatorio diligenciamiento por parte del profesional de la salud y en él se deben registrar los hallazgos clínicos, la fecha probable del parto, los resultados de los exámenes paraclínicos, las curvas de peso materno y la altura uterina, y las fechas de las citas de control. Asimismo, se deben transcribir los resultados de los paraclínicos en el carné de la gestante.

Se debe educar a la gestante acerca de la importancia del carné de control prenatal y su diligenciamiento por parte del profesional de la salud, y la necesidad de llevarlo consigo en todo momento para facilitar su atención en caso de urgencia en otra institución de salud.

Valoración 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:

- Gestantes 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 morbimortalidad materna y perinatal con respecto a la población general. Su cuidado prenatal deberá ser planeado de acuerdo con la presente guía
- 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 morbimortalidad materna y perinatal con respecto a la población general. Estas gestantes 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.

4.8.3 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 gestante sin factores de riesgo, que permite el seguimiento al normal desarrollo de la gestación [A, Nivel de evidencia1a] (43). 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.

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 [D, 4] (44).

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 gestante 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 los paraclínicos 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 paraclínicos solicitados, y aplicación de los tratamientos prescritos
- 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 A,1a] (45). Debe realizarse la Prueba de Gant o Roll over test entre las semanas 28 a 32, a todas las gestantes con factores de riesgo biosicosocial presentes (Guía de complicaciones hipertensivas asociadas con el embarazo).
 - Las curvas de ganancia de peso [C, 3] (46) y crecimiento uterino [buena práctica, Nivel de evidencia 4] (47).
 - El registro de la frecuencia cardíaca fetal [D, 3] (48).
 - La valoración de la situación y presentación fetal a partir de la 36 semana, por ser en este momento una estimación más segura y confortable para la gestante (sensibilidad 28%; especificidad 94%). La identificación de una situación o presentación anormal deberá confirmarse mediante una ecografía obstétrica [C. 3,4] (49).
 - Solicitud de exámenes paraclínicos (previa autorización de la gestante para aquellos que así lo requieran), luego de informársele la naturaleza de los mismos [C]:

Tabla 3. Exámenes obligatorios en las consultas de seguimiento del Control prenatal.

EXÁMEN	NIVEL DE EVIDENCIA	VALOR NORMAL	12 A 16 SEM	20 A 24 SEM	24 A 28 SEM	28 A 32 SEM
Hemoglobina y Hematocrito	B (Nivel de evidencia 2A, 3)	≥11 g/dl				X
VDRL	B	Negativo				X
Urocultivo (A) (43)	A (Nivel de evidencia 1A, 2A, 3)	Negativo	X			
Prueba de Glicemia a la hora con una carga de 50 gr de glucosa (B) (44)	A (Nivel de evidencia 1A, 3)	<140 mg/dl			X	
Ecografía Obstétrica (C) (45)	A (Nivel de evidencia 1A, 1B)			X		
Frotis de flujo vaginal (D) (46)	A (Nivel de evidencia 1A)		X			

a. Urocultivo: es la prueba de elección para el diagnóstico de la bacteriuria asintomática (> 100.000 UFC/ml). Si el control postratamiento nuevamente

es positivo, la gestante se deberá remitir para estudio. Si es necesario, en el segundo o tercer trimestre deberá volver a solicitar si la madre presenta signos o síntomas sugestivos de infección urinaria.

b. Prueba de glicemia a la hora con una carga de 50 gr de glucosa, previo ayuno de dos horas (sensibilidad 59 a 79%%; especificidad 91%) [B, 2a] (50). Valores entre 140 y 199 mg/dl requieren de la realización de la prueba de tolerancia oral a la glucosa para descartar el diagnóstico de diabetes mellitus gestacional; valores mayores o iguales a 200 mg/dl confirman el diagnóstico y no requieren de pruebas adicionales.

c. Ecografía obstétrica: a pesar de que la evidencia no es fuerte en demostrar que el tomar este examen impacte positiva o negativamente sobre el desenlace perinatal, sí existe evidencia de su utilidad 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 [A, 1a,1b] (51). En caso de placenta de implantación baja, en gestantes asintomáticas deberá repetirse el examen a la semana 36 para confirmar el diagnóstico. En caso de no ser conclusivo el resultado, se deberá solicitar una ecografía transvaginal para confirmar el diagnóstico [C] (52).

d. Frotis de flujo vaginal: el tratamiento de elección de la vaginosis bacteriana es el metronidazol 250 mg, tres veces al día por siete días. Se debe repetir el examen al mes para confirmar curación y, en caso de recurrencia, se deberá repetir el tratamiento. Además, si es necesario de acuerdo con el perfil de riesgo de la mujer, deberán solicitarse en el tercer trimestre las Prueba de ELISA HIV Y HBS Ag (53).

- Administración de toxoide tetánico y diftérico (Numeral 8.2.3)

- Administración de micronutrientes (Numeral 8.2.4)

- Situaciones especiales (Numeral 8.2.5)

- Educación individual a la madre, compañero y familia [C]:

- Fomentar la integración a la consulta del padre o familia, no solo el acompañamiento a la consulta, sino durante el momento del parto y del 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 (54), sueño, vestuario, apoyo afectivo, control prenatal, vacunación y atención institucional del parto

- Informar y educar sobre la importancia de la atención del parto institucional, condiciones particulares y signos de alarma por los que debe consultar oportunamente, tales como hipertensión arterial, cefalea, trastornos visuales y auditivos, epigastralgia, edemas, disminución marcada o ausencia de

movimientos fetales, actividad uterina, sangrado genital, amniorrea o leucorrea, o sintomatología urinaria

- 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 [B] (55)
- Informar, educar y brindar consejería en planificación familiar. Solicitar firma del consentimiento informado de la gestante en caso de elegir un método permanente para después del parto (Guía para la atención en planificación familiar a hombres y mujeres)
- Diligenciar y entregar el carné con los resultados transcritos de los exámenes paraclínicos y dar indicaciones sobre el siguiente control según condiciones y criterio médico
- Brindar un espacio para resolver inquietudes e interrogantes de la gestante
- 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 gestante y su familia sobre los conceptos arriba señalados.

– Valoración del riesgo materno:

* En cada consulta de seguimiento y control, de acuerdo con la información obtenida de la anamnesis, el examen físico y los exámenes paraclínicos, se deberá reclasificar a la gestante de acuerdo con los factores de riesgo biosicosociales, enfermedades y propias de la gestación, y se establecerá el manejo más adecuado de acuerdo con lo recomendado en el Numeral 8.2.9

* En caso de encontrar riesgos que impliquen manejo en otro nivel de complejidad, en la nota de remisión se deben consignar todos los datos de la historia clínica, los resultados de los exámenes paraclínicos y la causa de la remisión. Es deber de los prestadores de salud garantizar la atención adecuada y oportuna a estas gestantes

* Se les debe recomendar a las gestantes de bajo riesgo que no hayan tenido su parto al cumplir la semana 41, asistir en esa fecha directamente a la institución de salud previamente definida para su atención del parto, para su remisión inmediata a un especialista en obstetricia para valoración y terminación del embarazo [A] (56).

5.9 ACTIVIDADES EN SALUD PÚBLICA

El actual gobierno incluyó la reducción de la mortalidad materna como prioridad en salud pública, el Plan estratégico nacional de salud pública 2002-2006, plantea como meta reducir 50 % la tasa nacional de mortalidad materna evitable y, para esto, propone las siguientes líneas de acción:

-Aumentar la gestión integral de la salud sexual y reproductiva (SSR) durante la gestación, el parto, el puerperio y el período neonatal en el nivel nacional y

territorial en el marco del Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS).

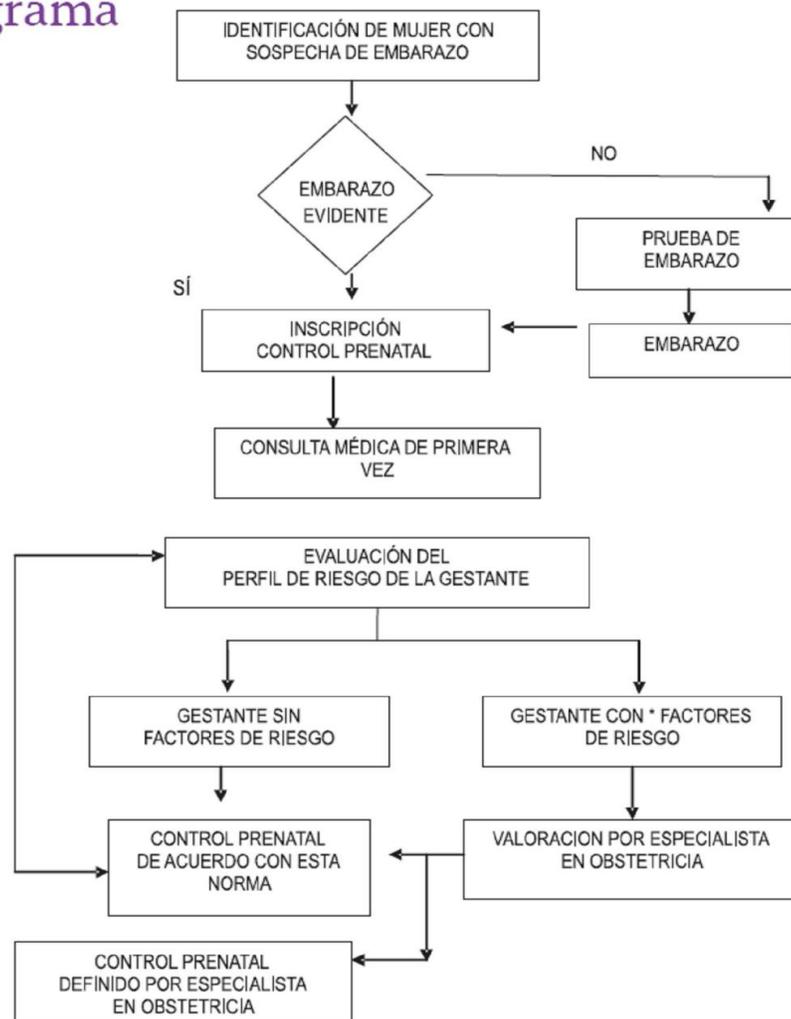
- Planes de atención materna y perinatal implementados y operando en 100% de las entidades territoriales, EPS e IPS
- Mejorar la cobertura y la calidad de las acciones de vigilancia, prevención y atención de la mortalidad materna y perinatal.

En el año 2003 el Ministerio de la Protección Social dio a conocer la Política nacional de salud sexual y reproductiva. Las estrategias que propone para reducir el problema de la mortalidad materna son la coordinación intersectorial e interinstitucional, el fortalecimiento de la gestión institucional y la valoración de la situación y presentación fetal.

Esta guía de atención al igual que las normas y algunas guías contenidas en la resolución 412, cuenta con un sistema de monitoreo y control llamado Sistema de fortalecimiento de la gestión de las administradoras que tienen indicadores de cumplimiento de las acciones planteadas; adicionalmente se monitorean los casos de muertes maternas como un indicador centinela de la calidad.

5.10 FLUJOGRAMA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES DEL EMBARAZO

10. Flujograma



* Gestantes con factores de riesgo: son aquellas gestantes que de acuerdo con la evaluación que se realice de sus factores de riesgo biosociales, enfermedades asociadas y propias de la gestación tienen mayor riesgo de morbilidad materna y perinatal con respecto a la población general.

ANEXOS DE LA GUÍA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES DEL EMBARAZO

Anexo 1. Factores de riesgo de la gestación.

Tabla 4. Factores de riesgo en la gestación.

<p>1. Características individuales:</p> <ul style="list-style-type: none">– Edad menor de 16 años o mayor de 35 años– Ocupación, esfuerzo físico, carga horaria, exposición a agentes físicos, químicos y biológicos, estrés– Desocupación personal o familiar– Baja escolaridad– Malnutrición (Índice de Masa Corporal > 30 ó < 18)– Dependencia de drogas ilícitas y abuso de fármacos en general– Violencia doméstica– Múltiples compañeros sexuales– Vivienda y condiciones sanitarias deficientes– Valoración de las condiciones sicosociales: tensión emocional, humor, signos y síntomas neurovegetativos, soporte familiar y de la pareja, embarazo deseado o programado. <p>2. Historia reproductiva anterior:</p> <ul style="list-style-type: none">– Nuliparidad o multiparidad (más de cuatro partos)– Intervalo intergenésico menor de dos años o mayor o igual a cinco años– Complicaciones obstétricas previas: aborto habitual, aborto inducido y cualquier complicación asociada, pre eclampsia o eclampsia, trombosis–embolia, parto prematuro, retardo del crecimiento intrauterino, embarazo múltiple, diabetes gestacional, desprendimiento placentario, placenta previa, presentación podálica o transversa, obstrucción del trabajo de parto, incluyendo distocia, desgarros perineales de tercer/cuarto grado, parto instrumentado, cesárea, hemorragia postparto, sepsis puerperal, embarazo ectópico o molar– Complicaciones perinatales: muerte fetal, neonatal o infantil, recién nacido con peso al nacer menor de 2.500 g o mayor de 4.000 g., retardo de crecimiento intrauterino, eritroblastosis fetal, niño malformado o cromosómicamente anormal, reanimación u otro tratamiento neonatal– Antecedentes de infertilidad– Cirugía ginecológica previa. <p>3. Desviaciones obstétricas en el embarazo actual</p> <ul style="list-style-type: none">– Desviaciones en el crecimiento fetal, número de fetos o del volumen del líquido amniótico– Ganancia de peso inadecuada
--

- Hemorragia vaginal
- Amenaza de parto de pretérmino o gestación prolongada
- Ruptura prematura de membranas
- Infección urinaria recurrente
- Complicaciones obstétricas y perinatales descritas en el numeral 2, aplicables al embarazo actual.

4. Enfermedades clínicas:

- Cardiopatías, neuropatías, nefropatías, endocrinopatías (diabetes mellitus, hipotiroidismo), hemopatías, hipertensión arterial crónica, epilepsia, enfermedades infecciosas (tuberculosis, malaria, enfermedades de transmisión sexual, infección urinaria recurrente), enfermedades autoinmunes, trastornos psiquiátricos, ginecopatías (anomalías uterinas), anemia severa (hemoglobina < 9 g/dl) y otras
- Uso actual de medicamentos.

Anexo 2. Actividades básicas del control prenatal a la gestante sin factores de riesgo.

Tabla 5. Actividades básicas del control prenatal a la gestante sin factores de riesgo.

ACTIVIDADES BÁSICAS DEL CONTROL PRENATAL A LA GESTANTE SIN FACTORES DE RIESGO
Elaboración historia clínica.
Evaluación perfil de riesgo.
Administración de Toxoide Tetánico.
Solicitud de exámenes paraclínicos básicos.
Formulación de Micronutrientes.
Evaluación y manejo de situaciones especiales. -Mujeres gestantes en regiones endémicas de malaria, Uncinariasis o Fiebre Amarilla. -Mujeres gestantes sintomáticas respiratorias, seropositivas HIV o Hepatitis B, víctimas del maltrato y adolescentes.
Remisión consulta odontológica general.
Educación, compañero y familia.
Diligenciamiento y entrega de carnet materno.

Nota: 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.

Tabla 6. Exámenes paraclínicos básicos del control prenatal a la gestante sin factores de riesgo.

EXÁMENES PARACLÍNICOS BÁSICOS	PRIMERA VISITA 1-12 SEM	12 A 16 SEM	20 A 24 SEM	24 A 28 SEM	28 A 34 SEM
Hemoglobina y Hematocrito	X				X
Hemoclasificación	X				
VDRL	X				X
Prueba de ELISA HIV				X	
Prueba de HBs Ag	X		X		
Prueba de Glicemia a la hora con una carga de 50 gr de glucosa.		X			
Ecografía Obstétrica				X	
Urocultivo			X		
Frotis de flujo vaginal		X			

Nota: Los exámenes paraclínicos deberán ser complementados con aquellos que sean necesarios de acuerdo con los factores de riesgo biosicosociales, enfermedades asociadas y propias de la gestación a lo largo de su embarazo.

5 METODOLOGÍA

5.1 IDENTIFICACIÓN Y DEFINICIÓN DE CONCEPTOS Y VARIABLES

5.1.1 Tipo de estudio.

Se realizó un estudio de tipo observacional descriptivo verificando el cumplimiento o adherencia de las guías del Ministerio de la Protección Social, teniendo en cuenta los pacientes que presentaron parto entre el 01 de Enero y el 31 de Diciembre de 2010 y que asistieron al programa de control prenatal de la Empresa Social del Estado Hospital Francisco Luís Jiménez Martínez durante el año 2010, donde se analizaron los datos recolectados de las historias clínicas de 60 pacientes del programa.

Dando respuesta a los objetivos del estudio se realizó la tabulación y análisis de los registros en las historias clínicas pertenecientes al programa de detección temprana de alteraciones del embarazo.

5.1.2 Área de estudio.

El área de estudio se concentró en el programa de control prenatal de la E.S.E. Hospital Francisco Luís Jiménez Martínez, del municipio de Carepa, Antioquia. .

5.1.3 Universo y muestra.

El universo estuvo constituido por el total de pacientes que presentaron parto entre el 01 de enero y el 31 de diciembre de 2010 y que asistieron al programa de control prenatal de la institución.

La muestra se conformó por 60 historias clínicas de las pacientes que asistieron al programa de control prenatal de la Empresa Social del Estado Hospital Francisco Luís Jiménez Martínez, durante el año 2010, se tomó el 18% de la población, a la que se les analizaron todos los datos recolectados de las historias clínicas.

5.1.4 Obtención de la información.

La información se obtuvo de todos los datos consignados en las historias clínicas.

5.1.5 Consideraciones éticas.

De acuerdo con los principios establecidos en **Declaración de Helsinki; Reporte Belmont; Pautas CIOMS; GPC/ICH)** y en la **Resolución 008430 de Octubre 4 de 1993** :y debido a que esta investigación se consideró como investigación sin riesgos de acuerdo al Artículo 10 de la Resolución 008430/93 porque es un estudio que emplea métodos de investigación documental retrospectivo en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, puesto que sólo se considera la revisión de las historias clínicas, y en cumplimiento con los aspectos mencionados con el Artículo 6 de la presente Resolución, este estudio se desarrollará conforme a los siguientes criterios: privacidad en la identificación de los participantes, respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

El conocimiento que se pretende producir no puede obtenerse por otro medio idóneo.

Es responsabilidad de la Empresa Social del Estado Hospital Francisco Luís Jiménez Martínez tener bajo su custodia las historias clínicas de todos los usuarios que han consultado en la institución por cualquier patología. Se respeta la confidencialidad de la información de las historias clínicas establecida por la resolución 1995 de 1999, las cuales fueron manipuladas con previa autorización de la subdirección científica, siendo utilizadas exclusivamente para el desarrollo de este estudio. Los investigadores, durante la revisión bibliográfica, se hacen responsables de no cambiar o modificar los escritos que en ella aparecen.

5.2 VARIABLES

Para la realización del presente estudio de investigación se seleccionaron las variables capaces de responder a los objetivos propuestos inicialmente y dado el carácter retrospectivo, variables que fueran de obligatorio diligenciamiento dentro de la historia clínica con el fin de obtener la mayor cantidad de datos posibles de utilidad en el trabajo de investigación. Las variables que con mayor frecuencia se registraron en la historia clínica y que se utilizaron en este estudio fueron: edad, escolaridad, ocupación, zona de residencia, raza, nivel socioeconómico, estado civil, régimen de afiliación, antecedentes personales, antecedentes ginecobstétricos, exámen físico, exámenes de laboratorio, inmunización, micronutrientes, capacitación, odontología y controles prenatales.

Edad. Hace referencia a las edades reproductivas comprendidas entre los 12 y 45 años, se tuvo en cuenta las edades a intervalos de seis años así: de 12 a 18 años, de 19 a-25, de 26 a 32, de 33 a 39 y mayores de 40-años.

Escolaridad. Se refiere al nivel de estudios de cada una de las gestantes al momento de ingreso al programa de control prenatal en la institución. Si era analfabeta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, técnico, universitario o si No se encontraron datos consignados en la historia clínica.

Ocupación. Hace referencia al oficio que normalmente desempeña la gestante al momento de ingresar al control prenatal. Ama de casa, estudiante, otras o sin dato.

Zona de residencia. Indica el lugar geográfico donde reside la paciente en el momento de ingreso al programa. Si reside en zona urbana, en el área rural o si no se tienen datos en la historia clínica.

Raza. Hace mención a la etnia a la cual pertenece la paciente. Se diferencian las siguientes etnia: negro, indígena, mestizo, blanco o si no se encontraron datos.

Nivel socioeconómico. Indica el nivel de clasificación socioeconómica según clasificación del SISBEN, puede ser nivel I, II, III y IV o si no se tenían datos consignados en la historia clínica. Se excluyen los niveles V y VI del SISBEN, porque en el municipio de Carepa no existen éstos niveles de clasificación socioeconómica..

Estado civil. Se refiere a la condición o grado de unión marital en la que se encuentra la gestante con el padre de la gestación actual, al ingresar al programa. Si era soltera, casada, unión libre, divorciada, o si no se obtienen datos.

Régimen de afiliación. Muestra el estado de afiliación al régimen de seguridad social al momento de ingreso al programa de control prenatal. Si pertenece al régimen contributivo, al subsidiado, es población pobre y vulnerable no asegurada, ninguno de los anteriores o sin datos en la historia clínica.

Antecedentes personales. Se refiere a los antecedentes o circunstancias previas personales consignadas en la historia clínica de la gestante y que se presentaron en cualquier momento de su vida antes de la consulta de ingreso al programa. Si tuvo con anterioridad antecedentes patológicos (referente a cualquier enfermedad diagnosticada por médico), antecedentes

quirúrgicos, nutricionales, traumáticos, toxico alérgicos o si niega cualquier antecedente.

Antecedentes ginecobstétricos. Se refiere al hallazgo de encontrar evidencia sobre la investigación por parte del examinador sobre los antecedentes ginecobstétricos más importantes exigidos por la norma de detección temprana de alteraciones del embarazo, es decir, si se encuentra evidencia en la historia clínica que revele algo de importancia sobre éstos antecedentes. Son entre otras gestaciones, partos anteriores, Antecedentes ginecológicos, antecedentes familiares, gestación actual y aspectos Psicosociales.

Exámen físico. Hace referencia a si el examinador muestra evidencia sobre los datos del exámen físico que deben ser consignados en la historia clínica de la paciente que ingresa a control prenatal, es decir, si están consignados en la historia clínica datos como: la medidas antropométricas (peso, talla, altura uterina, perímetro abdominal e índice de masa corporal), signos vitales (tensión arterial, pulso, temperatura, frecuencia respiratoria), exámen físico por sistema, valoración ginecología y valoración obstétrica.

Exámenes de laboratorio. Se refiere al número de maternas que se realizaron los exámenes de laboratorio como lo ordena la guía de detección temprana del embarazo y que aparecen registrados en las historias clínicas correspondientes. Exámenes al ingreso al programa, exámenes del primer, segundo y tercer trimestre del embarazo

Inmunización. Indica el grado de inmunización contra el toxoide tetánico que tenía la materna al terminar su embarazo. Si no había sido vacunado, si habían recibido la primera, segunda, tercera, cuarta, quinta dosis de toxoide tetánico o si no se encontraban registros sobre la vacunación.

Micronutrientes. Hace referencia al número de embarazadas a quién se les formuló y registró en la historia clínica el uso de micronutrientes durante el embarazo. Micronutrientes como sulfato ferroso, calcio y ácido fólico,

Capacitación. Indica el número de mujeres en estado de embarazo y que durante el control prenatal recibieron una capacitación referente al fomento de factores protectores para la salud de la gestante y de su hijo, a la Importancia de la estimulación del feto, a la preparación para la lactancia materna exclusiva, a la prevención de automedicación y consumo de sustancias psicoactivas y a cuantas recibieron orientación sobre signos de alarmas. Ésta información debe tener como evidencia su registro en la historia clínica.

Odontología. Consiste en la asistencia por lo menos a una consulta odontológica de la gestante después de ser ingresada al programa de control prenatal en la institución, verificable por historia clínica,

Controles prenatales. Se refiere al número de controles que la embarazada asistió en la institución desde su ingreso al programa de control prenatal hasta el momento del parto.

6 RESULTADOS

Tabla 7. Tabla operacional de variables.

VARIABLE	OPERACIONALIDAD	RANGO	CASOS
EDAD	Intervalos de edades	12 años-18 años	13
		19 años-25años	22
		26.años-32años	12
		33años-39años	0
		>40-años	0
ESCOLARIDAD	Nivel educativo que tiene la mujer en embarazo	Analfabeta	4
		Primaria completa	8
		Secundaria incompleta	16
		Secundaria completa	12
		Técnico	5
		Universitario	0
		Sin dato	2
OCUPACIÓN	Oficio que desempeña	Ama de casa	34
		Estudiante	8
		Otras	2
		Sin dato	3
ZONA DE RESIDENCIA	Lugar donde vive	Urbana	28
		Rural	14
		Sin dato	5
RAZA	Tipo de raza al cual pertenece	Negro	8
		Indígena	3
		Mestizo	21
		Blanco	5
		sin dato	10
NIVEL SOCIECONOMICO	Estrato al cual pertenece la paciente	I	15
		II	1
		III	0
		IV	0
		Sin dato	31
ESTADO CIVIL	Condición marital	Soltera	13

VARIABLE	OPERACIONALIDAD	RANGO	CASOS
		Casada	5
		Unión libre	25
		Divorciada	2
		Viuda	0
		Sin dato	2
REGIMEN DE AFILIACIÓN	Estado de afiliación al SGSSS	Contributivo	0
		Subsidiado	27
		Pobre no asegurada	16
		Ninguno	4
		Sin dato	0
ANTECEDENTES PERSONALES	Antecedente o circunstancia personal o familiar en la historia clínica del paciente previo a su situación actual.	Patológicos	22
		Quirúrgicos	7
		Nutricionales	12
		Traumáticos	20
		Toxico alérgicos	3
		Niega todos	9
ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS	Datos sobre los antecedentes ginecobstétricos en la historia clínica.	Gestaciones	43
		Partos	43
		Antecedentes ginecológicos	43
		Antecedentes familiares	44
		Gestación actual	43
		Aspectos Psicosociales	43
EXÁMEN FÍSICO	Datos del examen físico consignados en la historia clínica	Medidas antropométricas	43
		Signos vitales	40
		Examen físico por sistema	40
		Valoración ginecología	31
		Valoración obstétrica	31
EXÁMENES DE LABORATORIO	Exámenes de laboratorio	Exámenes de ingreso	40
		1 trimestre	22
		2 trimestre	22
		3 trimestre	29

VARIABLE	OPERACIONALIDAD	RANGO	CASOS
INMUNIZACIÓN	Administración de toxoide tetánico y diftérico	No inmunizada	22
		1 Dosis	2
		2 Dosis	3
		3 Dosis	1
		4 Dosis	3
		5 dosis	16
		Sin dato	22
MICRONUTRIENTES	Multivitamínicos ordenados	Sulfato ferroso	42
		Calcio	41
		Ácido fólico	26
CAPACITACIÓN	Educación individual a la madre, compañero y familia	Fomento de fx protectores para la salud de la gestante y de su hijo	42
		Importancia de la estimulación del feto	11
		Preparación para la lactancia materna exclusiva	4
		Prevención de automedicación y consumo de sustancias psicoactivas	1
		Orientación sobre signos de alarmas	41
ODONTOLOGÍA	Remisión a odontología	Si	41
		No	6
CONTROLES PRENATALES	N° de controles realizados durante el embarazo	De 1 a 3 controles	22
		De 4 a 7 controles	20
		> 8 controles	5

Fuente: Instrumento diseñado por el grupo investigador con datos obtenidos de las historias clínicas de los archivos de la E.S.E. Francisco Luis Jiménez Martínez, del municipio de Carepa, Antioquia.

Se evidencia por los datos consignados en la historia clínica en el programa de detección temprana de alteraciones del embarazo, específicamente el control prenatal, en la Empresa social del Estado Hospital Francisco Luís

Jiménez Martínez de Carepa, durante el año 2010, que el grupo de edad predominante fue entre 19 y 25 años, con 22 casos que representan el 46.8%, seguidos del grupo de edad de 12 a 18 años, con 13 casos que representan el 27.7% y del grupo de 26 a 32 años, con 12 embarazadas que ingresaron al programa y que representaron el 25.5% del total de casos. Los grupos de edades de 33 a 39 años y el de mayores de 40 años no presentaron casos de control prenatal, lo que indica que la población que más se embaraza en el municipio es una población relativamente joven, además, se pudo evidenciar que la edad es un parámetro importante que se encuentra registrado en el 100% de las historias revisadas.

La escolaridad está registrada en el 95.7% de los controles, que corresponde a 45 pacientes de los 47 investigados.

La ocupación u oficio que desempeña la embarazada al momento de ingresar al programa de control prenatal y como factor de riesgo, muestra que el 56.7% de las embarazadas no registra un oficio definido o simplemente se anota ama de casa, es decir, dependiente económicamente de otra u otras personas.

A pesar que las cifras estadísticas de la secretaría de salud municipal muestran en el plan de desarrollo que la población Carepense habita el 55% en el área urbana y el 45% en área suburbana y rural, se evidencia que la población gestante que ingresa a control prenatal en la institución el 46.7% habita en zona urbana y el 23.3% en zona rural. Existe un 8.3% de población gestante ingresada al programa que no registra datos.

Se evidencia que la población que ingresa al control prenatal en la E.SE. Hospital Francisco Luís Jiménez Martínez de Carepa, pertenece al régimen Subsidiado en el 57.4% y a la población pobre y vulnerable sin subsidio en el 34%. Personas no registradas en la base de datos del SISBEN municipal el 8.5%. No se evidencia atención del régimen contributivo debido a que esta población es atendida directamente por IPS pertenecientes a las EPS Contributivas. Igualmente se observa (a pesar de haber subregistros) que la población que registra nivel socioeconómico pertenece al nivel I, siendo en su gran mayoría (el 53.2%) población en unión libre y soltera en el 27.7% de los casos y con un nivel de escolaridad del 85.1% de secundaria completa o menos.

Al analizar los datos personales y antecedentes ginecobstétricos consignados en las historias clínicas de ingreso a programas de control prenatal, se observa que el 100% de los ingresos tiene consignados antecedentes personales, mientras que el 91.8% tiene registro los antecedentes ginecobstétricos, siendo estos un factor de vital importancia

para la clasificación del riesgo en la detección temprana de alteraciones del embarazo.

Al observar los datos consignados en las historias clínica de la embarazadas que ingresaron al control prenatal en la institución objeto del estudio durante el año 2010, se observa que el 85.1% tiene los datos completos de valoración antropométricas y la revisión por sistema, mientras que el 66% tiene consignados en la historia clínica la valoración ginecológica y la obstétrica, siendo éstas valoraciones las más importantes por tratarse de una embarazada de ingreso en control prenatal.

Al verificar la adherencia a los exámenes de laboratorio y ecografías obstétricas tomando como referencia la guía del ministerio de la protección social actualizada a 2007, se evidencia que los exámenes de laboratorio al momento de ingreso al programa son ordenados e interpretados en el 85.1%, siendo el porcentaje restante ordenados y no interpretados. Mientras que los exámenes del primer y segundo trimestre tienen una adherencia del 46.8% y los del tercer trimestre el 61.7% de adherencia. Por su parte las ecografías obstétricas de ingreso tienen adherencia del 56% y las de la semana 24 a 28 de la gestación se adhieren a la guía en un 92%.

Al verificar la consignación de datos en la historia clínica relacionados con la inmunización contra el tétanos, se evidencia un subregistro del 46.8%, sin embargo los registros existentes muestran mayoría de aplicación de quintas dosis de toxoide tetánico, lo que indica protección contra el tétanos neonatal, siendo un problema grave de registro en la historia clínica.

En la formulación de micronutrientes, al 89.4% de las pacientes le fue formulado sulfato ferroso, al 87.2% se le ordenó calcio, mientras que el 55.3% se les formuló ácido fólico, porcentaje debido a que la formulación de ácido fólico se realiza hasta la semana 12 de gestación y la mayoría de las gestantes ingresan al programa durante el tercer trimestre.

El 87.2% de las embarazadas que ingresaron al programa de control prenatal en la Empresa Social del Estado Hospital Francisco Luís Jiménez Martínez, durante el año 2010, fueron remitidas y asistieron a cita y tratamiento odontológico durante su embarazo.

Considerando el número de controles realizados desde el ingreso de la gestante al control prenatal hasta el momento del parto, se puede precisar que al 46.8% de las gestantes se les realizaron entre 1 y 3 controles, al 42.6% entre 4 y 7 controles, y sólo al 10.6% se les realizó más de 8 controles prenatales. Mediante éste análisis se puede observar que el 89.4% de las gestantes sólo alcanzan entre uno y siete controles durante todo su embarazo, lo cual, se debe en gran parte a que éste porcentaje de

gestantes ingresa al programa de detección temprana de alteraciones del embarazo durante el segundo y tercer trimestre del embarazo.

7 CONCLUSIONES

Se evidencia que la Empresa Social del Estado Hospital Francisco Luís Jiménez Martínez de Carepa, conoce y aplica gran parte de la guía de Detección temprana de alteración del embarazo establecida por el ministerio de la protección social mediante la resolución 412 de 2000 y modificada en el año 2007, sin embargo, no existe adherencia del 100% en la aplicación de la misma.

El subregistro, la falta de captura, consignación y procesamiento de los datos en las historias clínicas de ingreso al programa de control prenatal y durante los diferentes controles, son indispensables para la evaluación adecuada del programa de detección temprana de alteraciones del embarazo.

Se observa durante el análisis, que gran parte de las gestantes ingresan al control prenatal en la institución durante el tercer trimestre del embarazo, lo que indica falencias en la demanda inducida para que la gestante ingrese tempranamente al programa.

El programa de detección temprana de alteraciones del embarazo en la Empresa Social del Estado Hospital Francisco Luís Jiménez Martínez de Carepa, durante el año 2010, fue un programa que mostró múltiples dificultades entre las cuales se encuentran: la captación oportuna de pacientes embarazadas, demostrando falencias en la demanda inducida, la evaluación e intervención del programa, puesto que no se evidencian auditorías del programa y menos planes de mejoramiento.

8 RECOMENDACIONES

Elaborar un plan de auditoría interna que permita la evaluación de la adherencia a la guía de detección temprana de alteraciones del embarazo establecida por el ministerio de la protección social y a través de estas evaluaciones, realizar medidas correctivas mediante planes de mejoramiento continuo y seguimiento de los mismos.

Garantizar la captura, procesamiento e interpretación de todos los datos necesarios para la clasificación y manejo del riesgo para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, que puede hacerse a través de una historia clínica magnética con campos obligatorios.

Diseñar un programa de demanda inducida que garantice el ingreso oportuno de la gestante al programa de detección temprana de alteraciones del embarazo, con el fin de garantizar el éxito en la detección temprana del riesgo y prevenir oportunamente el desarrollo de una patología.

Implementar un programa de capacitación interna con el personal médico, que incluya la socialización y aplicación de la guía de detección temprana de alteraciones del embarazo establecida por el ministerio de la protección social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colombia. Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 117 de Diciembre 29 de 1998, por la cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá. El Ministerio de Salud. 1998.
2. Colombia. el ministerio de Salud. Resolución 412 de 2000, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá. El Ministerio de Salud. 2000.
3. Colombia. El Ministerio de Salud. Resolución 412 de 2000, Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo. Bogotá. Dirección General de Promoción y Prevención, El Ministerio de Salud. 2000.
4. DANE, Estadísticas vitales, 2000.
5. UNICEF. Situación de la infancia. Buen comienzo en la vida. 2005. [Sitio en internet]. Disponible en: [http:// www.unicef.org.co/ 05-mort.htm](http://www.unicef.org.co/05-mort.htm). Consultado: 20 de enero de 2010.
6. Colombia. Carepa. Consejo municipal de Carepa. Acuerdo 016 de 2002, septiembre 5, por el cual se modifica el nombre de Hospital a Empresa Social del Estado Francisco Luís Jiménez Martínez. pág. 2. Carepa. 2002.
7. Colombia. Carepa. Junta directiva de la E.S.E. Hospital Francisco Luís Jiménez Martínez. Acuerdo 12 de 2008, junio 05. Por el cual se reglamenta la plataforma estratégica de la institución y se dictan otras disposiciones. pág. 2. Carepa. 2008.
8. Ibíd., p. 2.
9. Ibíd., p. 4.
10. Ibíd., p. 3.

11. Ibíd., p. 3.
12. DANE. Op.cit., p. 2.
13. 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.
14. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 5261/94. "Por la cual se establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del plan obligatorio de salud"
15. OMS, Nuevo modelo de control prenatal de la OMS, 2003. Ginebra, Suiza. Organización Mundial de la Salud; 2003: 6.
16. Gagnon AJ. Educación individual o en grupos para el parto y la paternidad. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software.
Parra M. Una mirada bioética del proceso de consentimiento informado y su aplicación en el Instituto Materno Infantil "Concepción Villaveces de Acosta", Bogotá, 2002.
Stewart M. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. CMAJ 1992; 152: 1423-33.
17. Lilford RJ et al. Effect of using protocols on medical care: randomised trial of three methods of taking an antenatal history. British Medical Journal 1992; 305: 1181-4.
18. 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.
19. Saftlas A et al. Prepregnancy body mass index and gestational weight gain as risk factors for preeclampsia and transient hypertension. Ann Epidemiol 2000; 10: 475 (Abstract). Schieve L et al. Prepregnancy body mass index and pregnancy weight gain: associations with preterm delivery. The NMIHS Collaborative Study Group. Obstet Gynecol 2000; 96: 194-200.
20. Rosso PR, Mardones FS. Gráfica de incremento de peso para gestantes. Ministerio de Salud, Chile, 1986.
21. Fescina RH, Quevedo C, Martell M, Nieto F, Schwarcz R. Altura uterina como método para predecir el crecimiento fetal. Bol. Of. Sanit. Panam. 96: 377, 1984.

22. Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M. Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software.
23. Neilson JP. Medición de la altura uterina durante el embarazo (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2005. Oxford: Update Software.
24. Divanovic E, Buchmann EJ. Routine heart and lung auscultation in prenatal care. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 1999; 64: 247–51.
Sharif K, Whittle M. Routine antenatal fetal heart rate auscultation: is it necessary? *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1993; 13:111–3.
Gagnon AJ. Educación individual o en grupos para el parto y la paternidad. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software.
Parra M. Una mirada bioética del proceso de consentimiento informado y su aplicación en el Instituto Materno Infantil “Concepción Villaveces de Acosta” Bogotá, 2002.
25. Steer P, Alam MA, Wadsworth J, Welch A. Relation between maternal haemoglobin concentration and birth weight in different ethnic groups. *BMJ* 1995;310: 489-91.
Zhou LM, Yang WW, Hua JZ, Deng CQ, Tao X, Stoltzfus RJ. Relation of hemoglobin measured at different times in pregnancy to preterm birth and low birth weight in Shanghai, China. *American Journal of Epidemiology* 1998;148: 998-1006.
26. National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. London, 2003: 69.
U.S. Preventive Services Task Force. Recommendation Statement: Screening for Rh (D) Incompatibility, 2004.
U.S. Preventive Services Task Force. Recommendation Statement: Screening for Syphilis Infection, 2004.
27. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. *MMWR* 2005; 51(No. RR-6): 25.
U.S. Preventive Services Task Force. Recommendation Statement: Screening for Syphilis Infection, 2004.
28. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. *MMWR* 2005; 51 (No. RR-6): 5.

Brocklehurst P, Volmink J. Antiretrovirals for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002; (3).

29. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2002. *MMWR* 2005; 51 (No. RR-6): 64.

Xu Z-Y, Liu C-B, Francis DP. Prevention of perinatal acquisition of hepatitis B virus carriage using vaccine: preliminary report of a randomized, double-blind placebo-controlled and comparative trial. *Pediatrics* 1985; 76: 713–18.

30. Coustan D et al. Maternal age and screening for gestational diabetes: A population based study. *Obstet Gynecol* 1989; 73:557.

Perucchini D, Fischer U, Spinass GA, Huch R, Huch A, Lehmann R. Using fasting plasma glucose concentrations to screen for gestational diabetes mellitus: prospective population based study. *BMJ* 1999; 319: 812–5.

31. Hurley P. Vaccination in pregnancy. *Current Obstetrics and Gynaecology* 1998; 8:169-75.

Meegan M et al. Effect on neonatal tetanus mortality after a culturally-based health promotion programme. *Lancet* 2001;358: 640–641.

32. Lumley J, Watson L, Watson M, Bower C. Suplementación periconcepcional con folato y/o multivitaminas para la prevención de los defectos del tubo neural (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 2, 2005*.

33. NIH Consensus Development Panel on Optimal Calcium Intake. Optimal calcium intake. *JAMA* 1994; 275: 1113-17.

Barrera P. et al. Determinación de parámetros antropométricos para la valoración nutricional de la gestante. *Revista Facultad de Medicina. Universidad Nacional Colombia* 1998; 46 (1): 16-21.

Atallah AN, Hofmeyr GJ, Duley L. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; (1).

Roberts J et al. Nutrient Involvement in Preeclampsia. *J.Nutr.* 133: 1684S-169S, 2003.

34. Barrera P et al. Determinación de parámetros antropométricos para la valoración nutricional de la gestante. *Revista Facultad de Medicina. Universidad Nacional Colombia* 1998; 46 (1): 16-21.

Mahomed K. Suplementación con hierro y folato en el embarazo (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 2, 2005*.

World Health Organization/United Nations Children's Fund, Prevention and Control of Iron Deficiency Anaemia in Women and Children. Geneva, Switzerland:World Health Organization; 1999.

35. Zulfiqar A et al. Community-Based Interventions for Improving Perinatal and Neonatal Health Outcomes in Developing Countries: A Review of the Evidence. *Pediatrics* Vol. 115 No. 2 February 2005: 551, 552.

Newman R et al. Safety, efficacy and determinants of effectiveness of antimalarial drugs during pregnancy: implications for prevention programmes in Plasmodium falciparum-endemic sub-Saharan Africa. *Trop Med Int Health*. 2003;8: 488–506.

Garner P et al. Interventions to prevent malaria during pregnancy in endemic malarious areas: prevention versus treatment for malaria in pregnant women. (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2003.

Lindsay S, Ansell J, Selman C, Cox V, Hamilton K, Walraven G. Effect of pregnancy on exposure to malaria mosquitoes. *Lancet* 2000;355:1972.

36. 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.

37. OMS. Special groups. In: Martínez L, editor. *International Travel and Health*. Geneva: World Health Organization; 2002.

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. London, 2003.

38. Vanegas BC. Prevención de infecciones vaginales. Primera Edición. Fondo Nacional Universitario. Editora Guadalupe. Bogotá, Colombia 2000.

39. Vanegas BC. Salud de la Mujer. Una Guía práctica para la atención ambulatoria de salud a la mujer. Fondo Nacional Universitario. Bogotá, Colombia. 2002.

40. Li C, Windsor R, Perkins L, Lowe J, Goldenberg R. The impact on birthweight and gestational age of cotinine validated smoking reduction during pregnancy. *JAMA* 1993; 269: 1519–24.

41. Holzman C, Paneth N, Little R, Pinto-Martin J. Perinatal brain injury in premature infants born to mothers using alcohol in pregnancy. *Pediatrics* 1995; 95: 66–73.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Alcohol consumption in pregnancy. Guideline No. 9. London: RCOG; 1999.

42. Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M. Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo

(Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software.

43. Villar J et al. For the WHO Antenatal Care Trial Research Group. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet*, 2001, 357: 1551-1564.

OMS, Nuevo modelo de control prenatal de la OMS, 2003. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2003.

44. Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M. Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software.

45. Saftlas A et al. Prepregnancy body mass index and gestational weight gain as risk factors for preeclampsia and transient hypertension. *Ann Epidemiol* 2000; 10: 475 (Abstract).

Schieve L et al. Prepregnancy body mass index and pregnancy weight gain: associations with preterm delivery. The NMIHS Collaborative Study Group. *Obstet Gynecol* 2000; 96: 194-200.

46. Neilson JP. Medición de la altura uterina durante el embarazo (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2005. Oxford: Update Software.

47. Divanovic E, Buchmann EJ. Routine heart and lung auscultation in prenatal care. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 1999; 64: 247-51.

48. Thorp JM Jr, Jenkins T, Watson W. Utility of Leopold maneuvers in screening for malpresentation. *Obstetrics and Gynecology* 1991; 78: 394-6. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. London, 2003.

49. Steer P, Alam MA, Wadsworth J, Welch A. Relation between maternal haemoglobin concentration and birth weight in different ethnic groups. *British Medical Journal* 1995; 310: 489-91.

50. Coustan D et al. Maternal age and screening for gestational diabetes: A population based study. *Obstet Gynecol* 1989; 73: 557.

Perucchini D, Fischer U, Spinass GA, Huch R, Huch A, Lehmann R. Using fasting plasma glucose concentrations to screen for gestational diabetes mellitus: prospective population based study. *BMJ* 1999; 319: 812-5.

51. Neilson JP. Ecografía para evaluación fetal en el inicio del embarazo (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2005.
Blondel B, Morin I, Platt RW, Kramer MS, Usher R, Breart G. Algorithms for combining menstrual and ultrasound estimates of gestational age: consequences for rates of preterm and post-term birth. BJOG 2002; 109: 718–20.
52. Sherman SJ, Carlson DE, Platt LD, Medearis AL. Transvaginal ultrasound: does it help in the diagnosis of placenta previa? AJOG 1991; 164: 344.
Taipale P, Hiilesmaa V, Ylostalo P. Transvaginal ultrasonography at 18–23 weeks in predicting placenta previa at delivery. Ultrasound in Obstetrics and Gynecology 1998; 12: 422-5.
53. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2002. MMWR 2005; 51 (No. RR-6): 44.
54. Vanegas BC. Prevención de infecciones vaginales. Primera Edición. Fondo Nacional Universitario. Editora Guadalupe. Bogotá, Colombia, 2000.
Vanegas BC. Salud de la Mujer. Una Guía práctica para la atención ambulatoria de salud a la mujer. Fondo Nacional Universitario. Bogotá, Colombia. 2002.
55. UNICEF. Por una niñez bien nutrida: Comunicación para la acción. Colombia, 2004. Palda VA, Guise JM, Wathen CN. Interventions to promote breast-feeding: applying the evidence in clinical practice. CMAJ 2004;170: 976-8.
56. Crowley P. Interventions for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term. Cochrane Database System Rev 2:2000.
OMS, Nuevo modelo de control prenatal de la OMS, 2003. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2003: 26.
ACOG Practice Bulletin No. 55 Management of Postterm Pregnancy. Obstetrics & Gynecology Vol. 104, No. 3, September 2004.