

**EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL EN LA  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE  
MAHATES DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2012.**

**ALUMNOS**

**ANGELICA CUELLO SALCEDO**  
*MEDICO*  
[cuellos\\_86@yahoo.com](mailto:cuellos_86@yahoo.com)

**JORGE LUIS ZABALETA EGEA**  
*MEDICO*  
[jorzae26@hotmail.com](mailto:jorzae26@hotmail.com)

**LINEA DE INVESTIGACION**  
Salud Pública

**TEMA**  
Salud Sexual y Reproductiva

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS**  
**ESPECIALIZACION GERENCIA EN SALUD**  
**PROMOCION XVIII**  
**CARTAGENA DE INDIAS D.T Y C.**  
**MAYO 2013**

**EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL EN LA  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE  
MAHATES DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2012.**

**ALUMNOS**

**ANGELICA CUELLO SALCEDO  
MEDICO  
Cel. . 3116975070**

**JORGE LUIS ZABALETA EGEA  
MEDICO  
Cel. 3126910290**

***Proyecto de Trabajo de Grado para Optar el Título de  
Especialista de Gerencia en Salud***

**COORDINADOR DE LA ESPECIALIZACION  
DRA. MONYKA DE LA VALLE**

***DIRECTOR DEL PROYECTOR  
DR. SAMUEL ARTEAGA BERNABE***

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS  
ESPECIALIZACION DE GERENCIA EN SALUD  
PROMOCION XVIII  
CARTAGENA DE INDIAS D.T Y C.  
MAYO 2013**

## TABLA DE CONTENIDO

	Página
<b>1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>10</b>
<b>1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.</b>	<b>10</b>
<b>1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA</b>	<b>11</b>
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>11</b>
<b>2.1. OBJETIVO GENERAL</b>	<b>12</b>
<b>2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>12</b>
<b>3. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>12</b>
<b>4. DELIMITACION</b>	<b>13</b>
<b>5. MARCO TEORICO</b>	<b>14</b>
<b>5.1. ANTECEDENTES</b>	<b>15</b>
<b>5.1.1 Antecedentes históricos.</b>	<b>17</b>
<b>5.1.2 Estructura de Atención Primaria del Programa De Control Prenatal.</b>	<b>17</b>
<b>5.1.3 Importancia del Control Prenatal.</b>	<b>17</b>
<b>5.1.4 Contexto de la Norma Técnica para la Atención Prenatal</b>	<b>18</b>
<b>5.1.4.1 Justificación</b>	<b>18</b>
<b>5.1.4.2 Definición</b>	<b>18</b>
<b>5.1.4.3 Objetivo</b>	<b>18</b>
<b>5.1.4.4 Población Objeto</b>	<b>21</b>
<b>5.1.4.5 Características del Servicio</b>	<b>21</b>
<b>5.1.5 SEÑALES QUE INDICAN QUE EL EMBARAZO PUEDE ESTAR EN PELIGRO:</b>	<b>21</b>
<b>5.1.5.1 SIGNOS DE ALARMA-1</b>	<b>22</b>
<b>5.1.5.2 SIGNOS DE ALARMA-2</b>	<b>22</b>
<b>5.1.6 RIESGOS ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL Y EMBARAZO.</b>	<b>23</b>
<b>5.1.6.1 SIFILIS GESTACIONAL – CONGÉNITA</b>	<b>25</b>
<b>5.1.6.2 HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO</b>	<b>25</b>
<b>5.2 MARCO CONCEPTUAL</b>	<b>25</b>
<b>5.2.1 Control prenatal.</b>	<b>39</b>
<b>5.3. MARCO JURÍDICO</b>	<b>45</b>
<b>5.4 MARCO GEOGRÁFICO</b>	<b>46</b>
<b>5.5. MARCO DEMOGRAFICO</b>	<b>48</b>
<b>5.5 IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD</b>	<b>48</b>
<b>5.6 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL</b>	<b>50</b>
<b>5.7 PORTAFOLIO DE SERVICIOS</b>	<b>51</b>
<b>5.7.1 PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA EJECUTADOS</b>	

<b>POR LA ESE</b>	<b>51</b>
<b>5.8 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES</b>	<b>51</b>
<b>6. DISEÑO METODOLOGICO</b>	<b>51</b>
<b>6.1 TIPO DE ESTUDIO</b>	<b>51</b>
<b>6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA</b>	<b>53</b>
<b>6.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS.</b>	<b>53</b>
<b>6.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACION</b>	<b>54</b>
<b>7. DIAGNOSTICO OPERATIVO Y ADMINISTRATIVO DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL DE LA ESE.</b>	<b>55</b>
<b>7.1 TALENTO HUMANO DEL CONTROL PRENATAL</b>	<b>56</b>
<b>7.2 IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS Y PRÁCTICAS DE CONTROL PRENATAL</b>	<b>56</b>
<b>7.3 COMPLICACIONES PREVENIBLES MÁS COMUNES PRESENTADAS POR LAS GESTANTES ADSCRITAS AL CONTROL PRENATAL DE LA E.S.E HOSPITAL LOCAL DE MAHATES DURANTE EL II SEMESTRE DEL AÑO 2012.</b>	<b>58</b>
<b>7.4 EVALUACION DE LOS INDICADORES DE GESTION DE LA ESE Y DEL PROGRAMA.</b>	<b>59</b>
<b>8. EVALUACION DE LA MATRIZ DE CALIDAD DEL PROGRAMA</b>	<b>60</b>
<b>8.1 INDICADORES, COMPROMISOS Y METAS DE LOGRO DEL PROGRAMA.</b>	<b>61</b>
<b>8.2 PROCEDIMIENTO DE DEMANDA INDUCIDA DEL PROGRAMA</b>	<b>63</b>
<b>8.3 EVALUACION DE SIFILIS CONGENITA GESTACIONAL EN EL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL.</b>	<b>65</b>
<b>9. ANALISIS DEL PROCESO DE DETECCION TEMPRANA Y COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y RECOMENDACIONES DEL TRATAMIENTO ADECUADO DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL</b>	<b>68</b>
<b>10. PROPUESTA DE FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL EN LA ESE.</b>	<b>70</b>
<b>11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>71</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.</b>	<b>73</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>75</b>

## **JURADOS**

<b>NOMBRE DEL JURADO</b>	<b>CARGO O PROFESION</b>

**ACEPTACIÓN**

---

**NOTA DE ACEPTACION**

---

**Cartagena de Indias D.T y C.; Mayo de 2013**

## **DEDICATORIA.**

**A;**

**Dios porque por el existo y con el todo lo puedo.  
A mi Familia por confiar en mi  
Angie por inspirarme a ser mejor cada dia.**

**JORGE LUIS**

**A;**

**Dios y Mi Familia, porque me permitieron llegar a donde estoy y  
me acompañan a donde llegare.**

**ANGELICA MARIA**

## **RELACION DE TABLAS Y GRAFICOS**

### **Relación de Graficas**

**Gráfico No. 1 Modelo de Control Prenatal OMS/OPS**

**Gráfico No. 2 Organigrama de la ESE**

### **Relación de Tablas**

**Tabla No. 1 Datos de Población por Grupo etareo**

**Tabla No. 2 Variables de Trabajo de Grado**

**Tabla No. 3 Técnicas de Recabación de Información**

**Tabla No. 4 Recurso Humano del Programa**

### **Relación de Cuadros**

**Cuadro No. 1 Indicador de proporción de Gestantes captadas**

**Cuadro No. 2 Exámenes paraclínicos de control prenatal**

**Cuadro No. 3 Exámenes paraclínicos Periódicos**

**Cuadro No. 4 Portafolio de Servicios ESES**

**Cuadro No. 5 Evaluación de Implementación de la Guía**

**Cuadro No. 6 Evaluación de Complicaciones de Gestantes**

**Cuadro No. 7 Indicadores de Internación**

**Cuadro No. 8 Indicadores Trazadores**

**Cuadro No. 9 Indicadores de Control Prenatal**

### **Relación de Mapas**

**Mapa No. 1 Mahates y sus límites**

**Mapa No. 2 Mahates y sus Corregimientos**

### **Relación de Matrices**

**Matriz No. 1 Control Prenatal**

**Matriz No. 2 Metas de logros del Programa**

**Matriz No. 3 Demanda inducida**

**Matriz No. 4 Programa de prevención de Sífilis gestacional**

### **Relación de Anexos**

**Anexo No. 1 Encuesta a usuarias que asisten al control prenatal**

**Anexo No. 2 Entrenamiento a gestores y agentes educativo**



# **EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL DE MAHATES DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2012.**

## **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.**

La E.S.E Hospital Local de Mahates es una institución prestadora de servicios de salud de I nivel de complejidad, que se encuentra ubicada en el municipio de Mahates, en el centro del departamento de Bolívar. Esta institución cuenta con los servicios de consulta externa de medicina general, urgencias, laboratorio clínico, consulta odontológica y hospitalización, registrando una red de contrarreferencia representada en los puestos de salud ubicados en los corregimientos de Malagana; Palenque, Pava, Gamero, Mandinga, San Joaquín y Evitar del municipio de Mahates.

En la institución descrita se llevan a cabo los diferentes programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en cuyas ejecutorias del control de riesgo se aplican las guías técnicas de la resolución 412 del 2000, las cuales son prestados mediante contratación con las diferentes EPS subsidiadas adscritas al hospital y la contratación de los programas de intervenciones colectivas en salud pública de obligatorio acuerdo de voluntades por parte del ente territorial en virtud de la ley 1122 de 2007 y la resolución 425 de 2008; entre estos se encuentra el programa de control prenatal, interpretado como un programa del eje programático de salud pública; de atención en salud para garantizar el bienestar del binomio materno-fetal, dentro del contexto Biopsicosocial para reducir la mortalidad materna y perinatal.

Lo anterior, conlleva a identificar oportunamente los diferentes factores de riesgos, dando tratamiento y seguimiento a los mismos. Si bien es cierto, la mortalidad materno fetal es uno de los marcadores que determina la calidad de los servicios de salud y son objeto de estudio para las labores y responsabilidades del sistema de vigilancia epidemiológica de las unidades programáticas generadoras de datos –UPGD.

Por nuestra experiencia asistencial, hemos identificado que en el control prenatal en algunas ocasiones no registran accesibilidad a este servicio y la demanda inducida no capta oportunamente las gestantes; siendo una población donde la mayor parte se encuentra distribuida en veredas y caseríos con el siguiente ámbito problemático:

- ✓ Es común que las gestantes no asistan al control prenatal, aunque cuenten con afiliación.
- ✓ Es fácil encontrar gestantes de alto riesgo que ingresan al servicio de urgencias sin control clínico o paraclínico del embarazo.
- ✓ Se encuentran pacientes con alto riesgo obstétrico sin remisión oportuna al especialista.
- ✓ Es común encontrar la falta de adherencia a tratamientos empleados como el cumplimiento de las ordenes medicas por parte de las paciente inscritas, ya sea por motivos económicos o culturales con respecto al embarazo;
- ✓ Lo anterior trae como consecuencia el aumento del riesgo de morbilidad perinatal y altas tasas de referencia de urgencia a centros de II y III nivel.

Lo aquí planteado nos hace conscientes como profesionales de la salud, del reto de generar procesos de auto cuidado y autocontrol con educación y estilo de vida a las pacientes obstétricas, para mejorar la calidad de la salud de proceso materno fetal y un control de riesgos efectivo a los más pobres y vulnerables que permitan disminuir la Morbi-mortalidad por estos eventos, objeto de nuestro trabajo de grado.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál fue la calidad del programa de control prenatal de la E.S.E hospital local de Mahates durante el II Semestre de 2012?

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la calidad del programa de control prenatal en la E.S.E hospital Local de Mahates en el II semestre del año 2012; para contribuir a mejorar las acciones que permitan asegurar las acciones de prevención y promoción de la salud durante el embarazo; el diagnóstico temprano y el tratamiento precoz adecuado de las enfermedades del binomio madre - hijo.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Realizar un Diagnostico Operativo y Administrativo de la ESE en Relación al Programa de Control Prenatal que ha venido implementándose en la ESE.

Identificar los Procesos y Prácticas de implementación de las Guías y normas técnicas del Programa de Control Prenatal en la ESE.

Establecer las complicaciones prevenibles más comunes presentadas por las gestantes adscritas al control prenatal de la E.S.E hospital local de Mahates durante el II semestre del año 2012.

Analizar el proceso de detección temprana de las complicaciones del embarazo en el programa de control prenatal de la ESE y recomendar orientaciones para el tratamiento adecuado de las mismas

Presentar una Propuesta de Fortalecimiento, Institucional, por procesos y por Responsabilidades del programa de Control Prenatal en la ESE.

### 3. JUSTIFICACIÓN

El control prenatal es una herramienta de la cual se ha valido la medicina para el seguimiento de la gestación, estableciendo criterios que permiten la clasificación por riesgo materno fetal y así asegurar la detección oportuna y tratamiento precoz de los mismos, contribuyendo a una salud materna fetal adecuada.

En Colombia de acuerdo a los datos registrados en el último censo nacional del 2005 se encontró que la mortalidad perinatal fue de 17 por cada 1000 embarazos, mostrando una tasa mayor entre las mujeres que viven en el área rural<sup>1</sup>, siendo que el 31% de los nacimientos se encontraron en esta misma área.

Teniendo en cuenta que la mortalidad perinatal es uno de los indicadores de resultados en salud propuesta por la ley 1438 del 2011 que reforma la ley 100 de 1993 y que el 95 % de las complicaciones materno fetales pueden prevenirse con control oportuno <sup>2</sup>es necesario que las instituciones prestadoras de servicios de salud, evalúen sus servicios y programas dirigidos a las gestantes y niños.

Es conocido que las áreas rurales son la de mayor vulnerabilidad en la atención en salud, ya sea por el difícil acceso a servicios de calidad o personal calificado, por lo tanto es deber de las instituciones realizar evaluaciones sistemáticas de los procesos referidos a la atención en salud para el mejoramiento de los mismos, el programa de control prenatal de la E.S.E hospital local de Mahates, es llevado a cabo de acuerdo a la guía técnica pertinente de la resolución 412 del 2000, mediante la cual se establecen los lineamientos para la detección de alteraciones del embarazo, lo que es contradictorio es que si se aplica correctamente la guía; entonces; ¿Porque es común encontrar gestantes de alto riesgo sin control prenatal oportuno?.

Este trabajo de grado se justifica; en virtud de que en dicha institución, frecuentemente se viene presentando una problemática al

---

<sup>1</sup> Libro del DANE censo 2005.

<sup>2</sup> 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

respecto, como lo es el ingreso de pacientes en estado de embarazo con ciertas complicaciones del mismo, las cuales son prevenibles y que son resultado de un deficiente control prenatal, probablemente por el incumplimiento de citas médicas o por la no realización de exámenes imagenológicos o de laboratorio ordenados; por tanto es necesario actuar oportunamente para sugerir medidas que contribuyan al mejoramiento del control prenatal y que ayuden a disminuir el riesgo de complicaciones que puedan llevar a incrementar las tasas de mortalidad materno fetal en el área social de mercado estudiado.

#### **4. DELIMITACION**

Para el desarrollo del presente trabajo solo tendremos en cuenta además de las complicaciones y alteraciones del embarazo, lo atinente al cumplimiento de la guía control prenatal en sí y las etiologías de la morbimortalidad por estos procesos de salud.

## **5. MARCO TEORICO**

### **5.1. ANTECEDENTES**

#### **5.1.1 Antecedentes históricos.**

El concepto de control prenatal ha sido parte Del cuidado por parte de los obstetras por, más de 100 años, inclusive en La primera edición de La obstetricia de Williams de 1907; se Le incentivaba a las pacientes a realizar ejercicios, comer abundantemente, dieta balanceada y ropa holgada, incluso deshacerse Del corset, también se Le daba guía en las relaciones sexuales, cuidado de las mamas y salud intestinal.

Hacia la época de 1930, el enfoque de cuidados era asignado a la identificación de signos y síntomas tempranos de pre-eclampsia y era muy similar a la vigilancia actual, la mayoría de los enfoques era el mejoramiento de las tasas de mortalidad, que si disminuyo en un 14% en la primera mitad del siglo XX de 690 a 50 por cada 100.000 nacimientos. Es asi como el énfasis se ha dirigido al mejoramiento del resultado fetal y la prevención de las complicaciones maternas.

A través de la década de los 40's y 50`s se realizó un amplio énfasis en minimizar el aumento de peso materno, se creía que esto disminuiría la incidencia de desórdenes hipertensivos, se le instruía al paciente el ganar solo 20 Lbs e inclusive se le daban diuréticos para llegar a esta meta, sin modificar los tiempos establecidos para las visitas, se incorporaron nuevos test. Igualmente; A mitad de la década de los 80`s la salud pública para el cuidado prenatal incluyo cobertura médica a un gran número de mujeres no aseguradas, pues era claro que las mujeres que no recibían cuidados prenatales tenían peores resultados, en cambio, si las pacientes recibían un adecuado cuidado, su riesgo de nacidos con bajo peso disminuyo significativamente, así como, parto pretermino y muertes neonatales. Los seis factores que identificaron como que tuvieron un impacto en la calidad del cuidado prenatal era: la cantidad asegurada, el retraso en informar a otros el embarazo, la actitud hacia los profesionales de la salud, la edad gestacional en que el embarazo era sospechado,

percepción de la importancia del cuidado prenatal y la actitud inicial hacia el embarazo.<sup>3</sup>

### **5.1.2 Estructura de Atención Primaria del Programa de Control Prenatal.**

En Colombia la atención del control prenatal institucional es de 84,8 % lo cual representa que alrededor de 200.000 madres pasan por la maternidad sin ningún tipo de servicio médico; igualmente en el departamento de Bolívar la razón de muertes maternas por falta de control prenatal en el año 2012 fue de 108 por 10000 nacidos vivos y solo en municipios como Rio Viejo Bolívar por ejemplo, hubo en la vigencia pasada 26 maternas muertas por física falta de atención prenatal y la inoportunidad para la atención eficiente del parto en términos de la referencia y contrarreferencia oportuna y la no aplicación eficiente de la Norma Técnica para la Detección temprana de las Alteraciones del embarazo.<sup>4</sup>

De allí que las acciones que se hacen para cuidar la salud durante el embarazo y permite el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado de las enfermedades de la madre y el hijo, en el Plan Decenal de Salud pública del gobierno nacional, están enmarcadas en un gran programa de Salud Sexual y Reproductiva, pero el Control prenatal en términos de salud pública colectiva, hace parte del eje de salud pública de los municipios que deben ser ejecutados por los hospitales públicos, en el ordenamiento de la ley 1122 de 2007 y el Decreto 425 de 2008 y en términos de la salud pública individual del esquema de aseguramiento por concepto del 10% de la UPC – S por las normas y guías técnicas de la resolución 412 de 2000.

Pero en la aplicación de las guías de control prenatal independiente de que sean de salud pública colectiva o de salud pública individual es importante tener en cuenta las siguientes estrategias:

El embarazo debe ser confirmado por un médico dentro de los 3 primeros meses.

---

<sup>3</sup> *Ibidem*

<sup>4</sup> *Informe de Gestion 2012 Secretaria de Salud Departamento de Bolívar – Alertas Tempranas – Proyectó de Telemedicina de Bolívar Enero 2013.*

Confirmado el embarazo debe inscribirse en el programa de control prenatal de la IPS y Ser Madre-Hijo.

Asistir periódicamente a los controles (médicos, enfermería y odontología).

Realizarse los exámenes de laboratorio.

Colocarse la vacuna contra tétanos neonatal.

Pídele a tu compañero o familiar que te acompañe a los controles.<sup>5</sup>

### **5.1.3 Importancia del Control Prenatal.**

El control prenatal es muy importante porque nos enseña a conocer a los actores responsables:

Los cambios que ocurren en tu cuerpo.

Que alimentos y en qué cantidad debes consumirlos para garantizar un crecimiento sano a tu bebé.

Los signos de alarma durante el embarazo.

Donde debe ser atendido tu parto

### **5.1.4 Contexto de la Norma Técnica para la Atención Prenatal<sup>6</sup>**

#### **5.1.4.1 Justificación**

Las Guías de Atención de Salud Sexual y Reproductiva que cobija la atención prenatal en términos de atención primaria y servicios de salud tenemos:

**Normas de Protección Específica:** *Atención del Parto*; Atención del Recién Nacido y Planificación Familiar.

**Normas de Detección Temprana:** *Alteraciones del embarazo*; Cáncer de cérvix y Cáncer de seno.

**Guías de Atención:** Hipertensión Arterial y hemorragias asociadas al embarazo; ETS, VIH/SIDA y Mujer y menor maltratados.

---

<sup>5</sup> *Plan de Gestión 2012 – 2015 Gerencia - ESE – Hospital Local de Mahates Bolívar.*

<sup>6</sup> *Resolución 412 de 2000 Normas y Guías Técnicas de Salud Pública*



La presente norma pretende dar parámetros básicos que garanticen una atención de calidad con racionalidad científica al proceso prenatal.

#### **5.1.4.2 Definición**

Conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos que pretenden identificar los riesgos relacionados con el embarazo y planificar el control de los mismos a fin de lograr una gestación sana que permita un parto y nacimiento en condiciones adecuadas y sin secuelas para la madre y su hijo.

#### **5.1.4.3 Objetivo**

Vigilar la evolución del proceso de la gestación para prevenir y controlar los factores de riesgo biopsicosociales que inciden en este proceso

Detectar tempranamente las complicaciones del embarazo y orientar el tratamiento adecuado de las mismas

Ofrecer educación a la pareja que permita interrelación adecuada entre ellos y su hijo

#### **5.1.4.4 Población Objeto**

Las beneficiarias de esta norma son todas las gestantes afiliadas al SGSSS en los regímenes Contributivo y Subsidiado.

#### **5.1.4.5 Características del Servicio**

Las siguientes actividades procedimientos e intervenciones conforman las normas básicas para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. Las IPS que prestan este servicio deben tener capacidad resolutoria y un equipo de salud capacitado para brindar la atención humanizada y de calidad que garantice una gestación normal y una madre y recién nacido sanos.

#### **Identificación e Inscripción en el Control Prenatal:**

A) Detección y captación temprana (después de la 1ª primera falla menstrual y antes de la semana 14 de gestación)

Ordenar prueba si el embarazo no es evidente

Promover la presencia del compañero o algún familiar en el control prenatal

Informar sobre la importancia del control prenatal

B) Consulta de primera vez por médico general

Elaboración de la historia clínica e identificación de los factores de riesgo

Examen físico:

Tomar medidas antropométricas (Peso, talla y altura uterina) y valorar el estado nutricional.

En cada consulta se deben corroborar los datos de ganancia de peso y altura uterina para la edad gestacional.

Tomar signos vitales (Pulso, Frecuencia respiratoria, temperatura y Tensión Arterial)

La toma de la tensión arterial debe hacerse en el brazo derecho, con la gestante sentada y después de un minuto de reposo

Realizar examen físico completo por sistemas (Céfalo caudal incluida la cavidad bucal)

Valoración ginecológica: Realizar examen de senos, genitales, cuello uterino, toma de citología, tamaño y posición uterina y anexos.

Comprobar la presencia del embarazo, Descartar gestación extrauterina e investigar patología anexial.

Valoración Obstétrica: Determinar altura uterina, número de fetos, situación y presentación fetal fetocardia y movimientos fetales

### C) Solicitud de exámenes paraclínicos

Hemograma Completo

Hemoclasificación

Serología Prueba no treponémica VDRL en suero

Uroanálisis con sedimento y densidad urinaria

Glicemia en ayunas (En pacientes de alto riesgo para diabetes mellitus, prueba de tolerancia a la glucosa desde la 1ª consulta)

Ecografía obstétrica

Consejería para citología de primera vez, prueba de Elisa y Serología para hepatitis B

Frotis de flujo vaginal en caso de leucorrea o riesgo de parto prematuro

Frotis de flujo vaginal en caso de leucorrea o riesgo de parto prematuro

### D) Administración del Toxoide tetánico y diftérico

Según el esquema de vacunación vigente y los antecedentes de vacunación de la gestante

### E) Formulación de micronutrientes

Sulfato ferroso 60mg/día 1mg Ácido fólico durante toda la gestación hasta el 6º mes de lactancia.

### F) Educación individual a la madre, compañero y familia

### G) Educación individual a la madre, compañero y familia

H) Diligenciar y entregar el carné materno y educar sobre la importancia de su uso

### I) Consulta de seguimiento y control por médico:

Los últimos 2 controles prenatales deben ser realizados por médico con frecuencia quincenal para orientar a la gestante y su familia sobre el sitio de la atención del parto y del recién nacido y diligenciar en forma completa la nota de remisión.

J) Remisión a curso de preparación para el parto

K) Informar, educar y brindar consejería sobre Planificación familiar y preparar para la lactancia materna

L) Diligenciar y entregar el carné y citar al próximo control

LL) Consulta de seguimiento y control por Enfermería

Los mismos procedimientos de la consulta por médico en aquellas gestantes clasificadas en la primera consulta como de bajo riesgo.<sup>7</sup>

### **5.1.5 SEÑALES QUE INDICAN QUE EL EMBARAZO PUEDE ESTAR EN PELIGRO:**

#### **5.1.5.1 SIGNOS DE ALARMA 1<sup>8</sup>**

Hiperémesis Gravídica.

Vértigo.

Dolor epigástrico.

Trastornos Hipertensivo del Embarazo

Amenaza de aborto o ruptura prematura de membranas

Edema de Cara, manos, pies y Tobillos.

Fiebre y escalofríos

Disminución o ausencia de movimientos fetales.

#### **5.1.5.2 SIGNOS DE ALARMA 2<sup>9</sup>**

Cambios en la orina.

Azúcar en la sangre-Diabetes.

Embarazo múltiple

Grupo sanguíneo Rh negativo

Eclampsia

Dolor de cabezas continuos.

Tristezas ideas de suicidio

---

<sup>7</sup> *Ibidem*

<sup>8</sup> *Medidas de Clasificación de Riesgos del Embarazo – Cartillas e Instructivos OPS/OMS, adaptado Programa de Control Prenatal ESSE Hospital Local de Mahates – 2012.*

<sup>9</sup> *Ibidem*

## **ACTIVIDADES QUE SE REALIZAN EN EL CONTROL PRENATAL <sup>10</sup>**

Realizar la prueba del embarazo.

Estimular el acompañamiento del esposo o un familiar.

Diligenciar el carné materno.

Examen físico completo, con valoración nutricional y toma de signos vitales.

Exámenes de laboratorio: hemograma, glicemia, frotis de flujo vaginal, Uroanálisis.

Diligenciar de la historia clínica con antecedentes familiares y personales.

Aplicación de la vacuna toxoide tetánico.

Orientar a la madre para el curso de Psicoprofilaxis, el examen de los senos y genitales, la nutrición.

Atención por odontología.

Orientar a la madre para el parto en una institución de salud, lactancia materna y vacunación después del parto con la Triple Viral.

### **5.1.6 RIESGOS ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL Y EMBARAZO.**

#### **5.1.6.1 SIFILIS GESTACIONAL – CONGÉNITA**

La sífilis congénita es una enfermedad transmitida por la mujer al bebé durante el embarazo, a través de la placenta.

Su principal factor de riesgo se produce por relaciones sexuales con personas infectadas, y que en muchos casos puede parecer sanos.

#### **CASO DE SÍFILIS GESTACIONAL**

Mujer gestante, puérpera o con aborto reciente, con prueba no treponémica (VDRL o RPR) reactiva mayor o igual a 1:8 diluciones o en menor diluciones con prueba treponémica (FTA-ABS o TPHA) positiva.

Recién nacido, mortinato o aborto de madre con sífilis gestacional sin tratamiento o tratada inadecuadamente.

---

<sup>10</sup> *Ibidem*

Para la detección de la persona infectada, se debe realizar un examen de sangre llamado VDRL o más comúnmente conocido como SEROLOGIA, aun estando la persona aparentemente sana.

Manifestaciones de la Sífilis Congénita Gestacional:

1. Tempranamente con lesiones en la piel (vejigas y manchitas rojas) y aumento de tamaño de vísceras como hígado, bazo, riñón, y hasta la muerte.
2. Tardíamente (después de dos años), afectando el corazón y el cerebro.
3. En otros casos con deformidades en los huesos y dientes, abultamiento de la frente, deformación de la nariz, daño cerebral, lesiones en los ojos y problemas en los oídos.

La Sífilis Congénita Gestacional puede causar:

Muerte del niño o niña durante el embarazo o al momento de nacer.

Nacimiento prematuro.

Sífilis congénita cuando el niño a la niña nace o después del nacimiento.

Como Evitar el Contagio de la Sífilis Congénita Gestacional:

Asistir a sus controles de embarazo.

Hacerse el examen de VDRL durante el segundo y sexto mes de embarazo y al momento del parto.

Si se encuentra infectada, debe ser tratada con la droga correspondiente e inmediatamente debe hacerse tratamiento a la pareja.<sup>11</sup>

#### **5.1.6.2 HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO<sup>12</sup>**

Es consecuencia de una producción insuficiente de la hormona tiroidea asociado a alteraciones de la glándula tiroidea.

---

<sup>11</sup> *Ibidem.*

<sup>12</sup> *Ibidem*

Signos y síntomas:

Fontanela posterior amplia

Baja temperatura

Poca actividad

Dificultad para succionar

Hinchazón y debilidad muscular

Signos de cretinismo: retardo mental, retardo en el crecimiento y desarrollo (si no es detectado a tiempo).

Con una muestra de sangre del cordón umbilical en la sala de partos. Con esta muestra realizamos el **TAMIZAJE NEONATAL PARA HIPOTIROIDISMO CONGENITO - TSH.**

Reclame los resultados a los 8 días después del nacimiento. Lleve los resultados al primer control de crecimiento y desarrollo. **Si los resultados no son normales, la ESE – HOSPITALLOCAL DEMAHATES le comunicarle al paciente antes de los 8 días para efectuar exámenes complementarios.**<sup>13</sup>

En el programa de control prenatal de la ESE – Hospital Local de Mahates Bolívar, los siguientes factores claves para el éxito de las ejecutorias:

El embarazo debe ser confirmado por un médico dentro de los 3 primeros meses.

Confirmado el embarazo debe inscribirse en el programa de control prenatal de la IPS y Binomio Madre-Hijo.

Asistir periódicamente a los controles (médicos, enfermería y odontología).

Realizarse los exámenes de laboratorio. Incluyendo el examen de VDRL durante el segundo y sexto mes de embarazo y al momento del parto

Colocarse la vacuna contra tétanos neonatal.

Pídele a tu compañero o familiar que te acompañe a los controles.

Asegurarnos que al recién nacido le realicen el TAMIZAJE NEONATAL PARA HIPOTIROIDISMO CONGENITO – TSH, reclamarlo a los resultados a los 8 días y llevar los resultados al primer control de crecimiento y desarrollo.

---

<sup>13</sup> *Ibidem, Contrato de Atención Primaria Control pré-natal com Mutual Ser y Comfamiliar EPSS 2012 - 2013*

Por ultimo; uno de los indicadores exigidos por la Resolucion 710 de Marzo 31 de 2012 y demás conexas en el área clínico asistencial del Plan de gestión de la gerencia de la ESE, que tiene incidencia directa en el PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL DE LA ESE, es el siguiente.

Cuadro No. 1 Indicador de Proporción de Gestantes Captadas.

AREA DE GESTION	NUMERO	TIPO DE ESE	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	FUENTE DE INFORMACION
CLINICA O ASISTENCIAL 40%	21	NIVEL I	PROPORCION DE LAS GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACION	NUMERO DE MUJERES GESTANTES A QUIENES SE LE REALIZO POR LO MENOS UNA VALORACION MEDICA Y SE INSCRIBIERON EN EL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL DE LA ESE, A MAS TARDAR EN LA SEMANA 12 DE GESTACION/TOTAL DE MUJERES GESTANTES IDENTIFICADAS	> 0 = 0,85	INFORME COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS

## 5.2 MARCO CONCEPTUAL

### 5.2.1 Control prenatal.

Se define como la serie de contactos, entrevistas, o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del niño.

Considerase un control eficiente cuando cumple las siguientes características:

**Precoz:** deberá iniciarse lo, más temprano, tratando de que sea desde El primer trimestre de La gestación, permitiendo la ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud, además torna factible la identificación precoz de embarazo de alto riesgo.

**Periódico:** La frecuencia de los controles prenatales varía según el riesgo que exhibe la embarazada. Las de alto riesgo necesitan una mayor cantidad de consultas, cuyo número variara según el tipo de problema que se presentan.

**Completo:** los contenidos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.



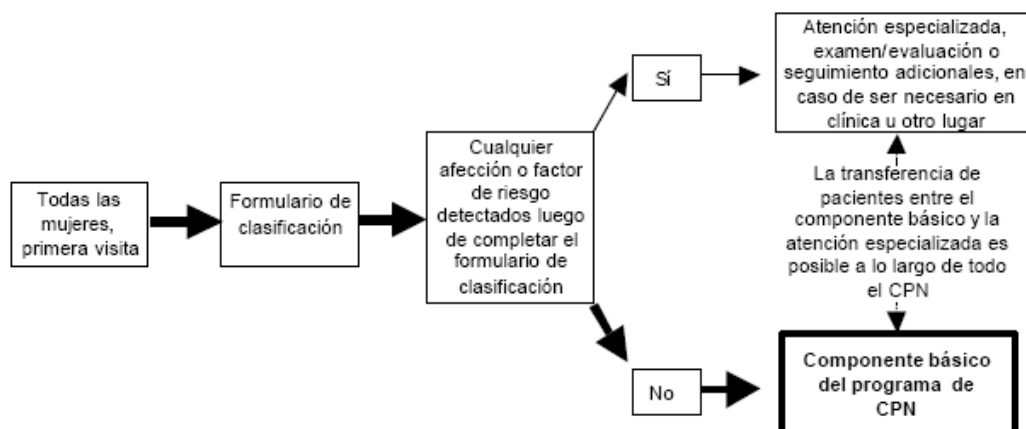
Extenso: solo en la medida en que el porcentaje de población controlada sea alto se podrán disminuir las tasas de morbilidad materna y perinatal.

Por lo tanto se han trazado desde el año 2003 nuevas metas, agrupadas en el nuevo modelo de control prenatal de la OMS donde se dividen a las mujeres embarazadas en dos grupos: aquéllas elegibles para recibir el CPN de rutina (llamado componente básico) y aquéllas que necesitan cuidados especiales determinados por sus condiciones particulares de salud y/o factores de riesgo. (2)

La elegibilidad de las mujeres para el componente básico se determina a través de criterios preestablecidos. Las mujeres seleccionadas para seguir el componente básico son quienes no requieren ninguna otra evaluación o cuidado especial en el momento de la primera visita independientemente de la edad gestacional. A las mujeres restantes se les brinda el cuidado correspondiente a su patología o factor de riesgo detectado. Las mujeres que necesitan cuidados especiales representarán, en promedio, aproximadamente un 25% de todas las mujeres que inician el control prenatal. (2)

Gráfico No. 1 Modelo de Control Prenatal OMS/OPS

**el nuevo modelo de control prenatal de la OMS**



Una vez establecido y confirmado el embarazo se deberían realizar medidas como:

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.*
- ✓ *Inscripción de la gestante en el programa de control prenatal.*
- ✓ *Estudiar las condiciones socioeconómicas y de detección de patologías que aumenten la posibilidad de resultados adversos específicos.*
- ✓ *Intervenciones terapéuticas comprobadas como beneficiosas.*
- ✓ *Educación de las mujeres embarazadas sobre las emergencias durante el embarazo y cómo tratarlas.*

Principios que respaldan al nuevo modelo de control prenatal de la OMS.<sup>14</sup>

El nuevo modelo de control prenatal de la OMS, está basado en los siguientes principios: Este debe ser: precoz, periódico, completo y de amplia cobertura.

a) Un modelo de control prenatal debe incluir un formulario simple que pueda usarse fácilmente para identificar a las mujeres con patologías especiales y/o aquéllas con riesgo de desarrollar complicaciones; dichas mujeres deben ser derivadas a un nivel de atención de mayor complejidad. (2,3)

b) La identificación de las mujeres con patologías especiales o con factores de riesgo para desarrollar complicaciones debe ser minuciosa. Dichas mujeres deberían ser derivadas a niveles superiores de atención sólo cuando se tiene certeza de que los niveles más complejos de atención tienen la experiencia suficiente para tratar esas necesidades de salud específicas. (2,3)

c) Los prestadores de salud deben hacer que todas las mujeres embarazadas se sientan bienvenidas a su clínica. Los horarios de apertura de las clínicas que proveen CPN deben ser tan convenientes como sea posible para favorecer la concurrencia de las mujeres. Se ha demostrado que cuanto mayor el número de horas que las clínicas dedican para la atención de las pacientes, más elevado será el

---

<sup>14</sup> *Estrategia AIEPI – OPS/OMS Bogotá 2007*

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.

d) Sólo se deben realizar los exámenes y las pruebas que responden a un propósito inmediato y que se ha demostrado que son beneficiosas. Si, por ejemplo, hay justificación para realizar una prueba específica sólo una vez durante el embarazo, debería realizarse en el momento más apropiado, es decir, cuando sea posible una intervención efectiva en caso de que el resultado de la prueba sea anormal.

e) Cuando sea posible, se deben usar pruebas rápidas y fáciles de realizar en la clínica prenatal o en un servicio tan cercano a la clínica como sea posible. Cuando los resultados de las pruebas sean positivos (por ejemplo, positivo para sífilis), se debe iniciar el tratamiento en la clínica el mismo día.

### **Fases del control prenatal.**

*Valoración Preconcepcional:* Es ampliamente conocido que en nuestra población, la consulta Preconcepcional es obviada y se acude al control prenatal en estado de gestación. (5) Pero cabe anotar que el cuidado y asesoramiento Preconcepcional debe evaluar e informar acerca de los riesgos del estilo de vida, genéticos, médicos y psicosociales, con el fin de tomar medidas correctivas, con por lo menos 12 meses de anterioridad a la gestación. (4,5)

*Primera cita de atención prenatal:* Como se describió previamente el control prenatal debe ser precoz. Lo ideal sería que la primera visita se realice durante el primer trimestre o preferentemente antes de la semana 12 de embarazo.(2) Por lo tanto es de vital importancia realizar la confirmación del embarazo de forma temprana y esta debe realizarse mediante test de embarazo o examen clínico. (5) Independientemente de la edad gestacional en el momento de la

primera consulta, todas las embarazadas que llegan a la clínica de CPN serán examinadas de acuerdo a las normas para la primera visita y las visitas subsiguientes.

Es de vital importancia obtener información sobre:

#### *Antecedentes personales*

- ✓ *Nombre, Edad (fecha de nacimiento), Domicilio y número de teléfono, Estado civil.*
- ✓ *Vivienda: tipo, tamaño, número de ocupantes.*
- ✓ *Condiciones sanitarias: tipo de baño, fuente de agua.*
- ✓ *¿Electricidad o fuente de calefacción e iluminación?*
- ✓ *¿Instalaciones de cocina?*
- ✓ *¿Sabe leer y escribir?*
- ✓ *Nivel educativo: primario, secundario, universidad.*
- ✓ *Recursos económicos: ¿empleada? (¿asalariada o temporal?).*
- ✓ *Tipo de trabajo y posición de la paciente y el esposo.*

#### *Historia clínica*

- ✓ *Enfermedades y patologías específicas: tuberculosis, cardiopatía, nefropatía crónica, epilepsia, diabetes mellitas, alergias.*
- ✓ *Enfermedades de transmisión sexual.*
- ✓ *Estado de VIH, si se conoce.*
- ✓ *Otras patologías específicas que dependen de la prevalencia en el lugar donde se realiza el estudio (por ejemplo hepatitis, malaria, anemia drepanocítica).*
- ✓ *¿Consumo de tabaco (fumar o masticar) o uso de otras sustancias nocivas?*
- ✓ *Cirugías además de cesárea.*
- ✓ *Transfusiones de sangre. Anticuerpos Rhesus (D).*
- ✓ *Uso actual de medicamentos. Especificar.*
- ✓ *Período(s) de infertilidad: ¿Cuándo? Duración, causa(s).*

#### *Antecedentes obstétricos*

- ✓ *Número de embarazos previos.*

- ✓ Fecha (mes, año) y resultado de cada acontecimiento (nacido vivo, nacido muerto, aborto, ectópico, mola hidatiforme). Especificar, si corresponde y es posible (validar nacimientos prematuros y tipo de aborto).
- ✓ Peso al nacer (si se conoce).
- ✓ Sexo.
- ✓ Períodos de lactancia exclusiva: ¿Cuándo? ¿Cuánto tiempo?
- ✓ Complicaciones maternas particulares y acontecimientos en embarazos previos; especificar qué embarazo.
- ✓ aborto temprano recurrente, aborto inducido y cualquier complicación asociada.
- ✓ trombosis, embolia.
- ✓ hipertensión, pre-eclampsia o eclampsia.
- ✓ desprendimiento placentario.
- ✓ placenta previa.
- ✓ presentación podálica o transversa.
- ✓ obstrucción del trabajo de parto, incluyendo distocia.
- ✓ desgarros perineales de tercer/cuarto grado.
- ✓ hemorragia excesiva del alumbramiento.
- ✓ sepsis puerperal.
- ✓ diabetes gestacional.
- ✓ Operaciones obstétricas.
- ✓ Cesárea (indicación, si se conoce).
- ✓ Extracción por fórceps o ventosa.
- ✓ Asistencia manual/instrumental en el parto de nalga vaginal.
- ✓ Alumbramiento manual de la placenta.
- ✓ Complicaciones perinatales especiales (fetales, neonatales) y acontecimientos en embarazos previos; especificar qué embarazo(s), validar por medio de registros (si es posible)
- ✓ gemelares o embarazo múltiple de mayor orden.
- ✓ bajo peso al nacer: <2500 g.
- ✓ retardo de crecimiento intrauterino (si se confirma).
- ✓ enfermedad de anticuerpos Rhesus (eritroblastosis, hidropesía).
- ✓ niño malformado o cromosómicamente anormal.
- ✓ recién nacido macrosómico (>4500 g).
- ✓ reanimación u otro tratamiento neonatal.
- ✓ muerte fetal, neonatal o infantil (también: muerte posterior).
- ✓ antecedentes del embarazo actual.

- ✓ *fecha última menstruación (FUM); certeza de fechas (por regularidad, precisión en el recuerdo u otra información relevante).*
- ✓ *hábitos: tabaquismo o mascar tabaco, alcohol, drogas (frecuencia y cantidad).*
- ✓ *cualquier acontecimiento inesperado (dolor, sangrado vaginal, otros: especificar).*
- ✓ *antecedentes de ataques de paludismo.*

f) Realizar el examen físico

- *Examinar si se presentan signos de anemia severa: palidez en piel, uñas, conjuntiva, mucosa oral y punta de la lengua, y falta de aire. Además registrar peso (en kilos) y altura (en centímetros) para evaluar el estado nutricional de la madre.*
- *Medir la presión sanguínea.*
- *Auscultar tórax y corazón.*
- *Medir altura uterina (en centímetros). Se debería usar una tabla para graficar la altura uterina.*
- *Considerar el tacto vaginal (utilizando un espéculo), especialmente si cualquiera de las patologías o trastornos enumerados a continuación bajo el título "Evaluar para derivación" son positivos e indican que es necesario realizar una prueba de Papanicolaou.*

c) Realizar las siguientes pruebas:

- *Orina: prueba de tiras reactivas múltiples para bacteriuria y proteinuria a todas las mujeres*
- *Sangre: reacción para sífilis (prueba rápida) mientras espera en la clínica. Si es positiva, tratar.*
- *Tipificación de grupo sanguíneo (ABO y Rhesus).*
- *Hemoglobina (Hb): sólo si hay signos de anemia severa.*
- *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. (7)*

## Cuadro No. 2 Exámenes Paraclínicos de Control Prenatal

Examen	Nivel de evidencia	Valor normal
Hemoglobina y hematocrito	B (Nivel de evidencia 2a, 3)	≥ 11 g/dl
Hemoclasificación (a)	B	
VDRL	A (Nivel de evidencia 1a,2a,3,4)	Negativa
Prueba de ELISA HIV	A (Nivel de evidencia 1a,1b,3,4)	Negativa
Prueba HBs Ag	A (Nivel de evidencia 1b, 3, 4)	Negativa

### g) Evaluar para derivación

Determinar la fecha probable de parto basada en la FUM y cualquier otra información relevante. Usar la regla de los 280 días (FUM + 280 días). Algunas mujeres se referirán a la fecha del primer período de falta cuando les pregunten sobre la FUM, lo cual puede llevar a un error de cálculo de la edad gestacional de cuatro semanas.

Determinar si la mujer es elegible para el componente básico del nuevo modelo de la OMS o si necesita de cuidados especiales y/o derivación a una clínica u hospital (utilizar el formulario de clasificación)

Si se diagnostican las siguientes patologías, proceder como se recomienda:

Diabetes: derivar; debe tener cuidado continuo de nivel superior.

Cardiopatía: derivar; continuar de acuerdo al diagnóstico del especialista.

Nefropatía: derivar; continuar de acuerdo al consejo del especialista.

Epilepsia: dar consejo sobre medicación continua.

Abuso de drogas: derivar para cuidados especializados.

Signos de anemia severa y Hb <7.0 g/l: incrementar la dosis de hierro derivar si hay disnea.

VIH positivo: asesorar sobre la práctica de sexo seguro y sobre el riesgo para el bebé y el compañero; y derivar para tratamiento y prevención de la transmisión vertical del VIH.

Antecedentes familiares de enfermedad genética: derivar.

Primigrávida: aconsejar sobre los beneficios del parto que tiene lugar en el centro de salud.

Mortinato previo: derivar; continuar de acuerdo al consejo del especialista.

Neonato previo con retardo de crecimiento (RCIU validado): derivar al nivel de atención superior y continuar según consejo del especialista.

Internación por eclampsia o preeclampsia: derivar; continuar según consejo del especialista.

Cesárea previa: remarcar que el parto debe ser hospitalario.

Presión sanguínea alta (>140/90 mmHg): derivar para evaluación.

Índice de Masa Corporal (IMC) (peso en kg/altura m<sup>2</sup>): derivar para evaluación nutricional s IMC <18,5 ó <sup>3</sup> 32,3 kg/m<sup>2</sup>.

h) Implementar las siguientes intervenciones:

Suplementación de hierro y folato para todas las mujeres: un comprimido de 60 mg de hierro elemental y 250 microgramos de folato una o dos veces por día. Si Hb <7.0 g/l: duplicar la dosis.

Si la prueba rápida de sífilis es positiva: tratar.

Toxoide antitetánico: primera dosis. (Intervalo de 1 mes SI NO HA SIDO VACUNADA EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS) < 7 meses. (7)

En áreas endémicas de paludismo: sulfadoxina/pirimetamina, tres comprimidos una vez durante el segundo trimestre y repetir en el tercer trimestre (verificar las recomendaciones actuales para dosificación y momento de administración).



Derivar los casos de alto riesgo según el diagnóstico hecho anteriormente en Evaluación y Derivación.

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

Dar consejos sobre sexo seguro. Enfatizar el riesgo de adquirir VIH o una ITS en caso de no usar preservativos.

Dar consejos a las mujeres para dejar de lado el consumo de tabaco (tabaquismo o mascar tabaco), alcohol y otras sustancias dañinas.

Consejos sobre la lactancia.

Dar consejos sobre a quién llamar o dónde concurrir en caso de sangrado, dolor abdominal o cualquier otra emergencia o cuando se necesite consejo.

Esto debería ser confirmado por escrito en la ficha prenatal.

Dar consejos sobre planeamiento de lugar de nacimiento, incluyendo transporte especial hacia la institución donde se atenderá el parto.

Programar el turno: segunda consulta, a las 26 semanas (o cerca): fecha y hora de la consulta. Esto debería escribirse en la ficha prenatal y en el libro de turnos de la clínica.

j) Mantener los registros completos

k) Remisión a consulta odontológica general

La infección periodontal ha sido asociada con un incremento en el riesgo de parto pretermino, 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. (7)

### ***Visitas de control***

Las citas de control prenatal tradicionalmente han sido propuestas con un intervalo de 4 semanas hasta las 28 semanas y luego, cada 2 semanas hasta la semana 36 y luego semanalmente. Sin embargo, dependiendo de lo especial del caso, requerirá consultas más seguidas incluso cada 1 a 2 semanas, enfatizando en nutrición, hábitos y orientación, mejorando así los resultados perinatales en caso especiales como los embarazos gemelares. (6)

En 2005 The Department of Health and Human, recomendó realizar entre otras cosas: determinación temprana y continua de los factores de riesgo, con flexibilidad de las citas; promoción de la salud y educación, cuidado Preconcepcional, intervenciones médicas y psicosociales; documentación completa, y programación de objetivos en la gestación. (6)

Y como ya se describió previamente la OMS realizó un estudio multicéntrico randomizado en 25.000 pacientes con el fin de minimizar las citas de control prenatal, pero con detección temprana y derivación oportuna de las pacientes con riesgo, iniciando con una cita en el primer trimestre antes de las 12 semanas y luego citas de control a las 26, 32, y 38 semanas de gestación. Comparándolo con otros modelos de control prenatal donde las cita promedio son 8 ante tan solo 5 citas propuestas por la OMS y donde no hay diferencia en los resultados maternos fetales. Se llegó a la conclusión que es igual de efectivo este modelo propuesto por la OMS en comparación con otros modelos propuestos previamente.(2,6)

Las consultas de seguimiento y control prenatal deben incluir:

- *Anamnesis*: debe estar orientada a la identificación e intervención de los riesgos biopsicosociales, 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 Debe realizarse la Prueba de Gant o Roll over test entre las semanas 28 a 32, a todas las gestantes con factores de riesgo biopsicosocial presentes (Guía de complicaciones hipertensivas asociadas con el embarazo)

– Las curvas de ganancia de peso y crecimiento uterino.

– El registro de la frecuencia cardíaca fetal.

– 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.

• Solicitud de exámenes paraclínicos (previa autorización de la gestante para aquellos que así lo requieran), luego de informársele la naturaleza de los mismos.

Cuadro NO. 3 Exámenes Paraclínicos Periódicos.

Examen	Nivel de evidencia	Valor normal	12a16 sem	20a24 sem	24-a28 sem	28a34 sem
Hemoglobina y Hematocrito	B (Nivel de evidencia 2a, 3)	$\geq 11$ g/dl				X
VDRL	B	Negativo				X
Urocultivo	A (Nivel de evidencia 1a,2a,3)	Negativo	X			
Prueba de glicemia a la hora con una carga de 50 gr de glucosa	A (Nivel de evidencia 1a, 3)	< 140 mg/dl			X	
Ecografía Obstétrica	A (Nivel de evidencia 1a, 1b)			X		
Frotis de flujo vaginal	A (Nivel de evidencia 1a)		X			

*Ecografía obstétrica:* a pesar de que la evidencia no es fuerte en demostrar que realizar este examen de rutina, 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.

The American College of Obstetricians and Gynecologists (2009) concluyo que no es obligatorio realizar ecografías sin una especificación clara o de “rutina” en pacientes de bajo riesgo, pero también aclara que si la paciente desea conocer el estado de su gestación, no se debe negar la opción de realizarla. (6,8).

### *La segunda visita*

La segunda visita debería programarse cerca de la semana 26 de embarazo. Se estima una duración aproximada de 20 minutos. Los exámenes y las pruebas se limitan a medir la presión sanguínea y la altura uterina y a realizar la prueba de tira reactiva múltiple para bacteriuria. La prueba de proteinuria sólo se debería realizar en mujeres nulíparas y en quienes tengan antecedentes de hipertensión o pre-eclampsia/eclampsia. Se debería realizar un análisis de sangre para determinar la hemoglobina, si corresponde clínicamente. La derivación basada en la evaluación actualizada de riesgo se limita a aquellas mujeres que hayan desarrollado signos o síntomas significativos desde la primera visita. Dependiendo de los síntomas y signos, en algunas mujeres se podría arreglar una visita anterior a la tercera visita. Tener en cuenta que un útero de mayor tamaño que el correspondiente a la edad gestacional (descubierto a través de la palpación abdominal y la medición de la altura uterina), puede indicar embarazo gemelar o un trastorno patológico y, por consiguiente, la mujer debería ser derivada a un nivel superior de atención.

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

- ✓ Repetir todos los consejos que se dieron en la primera visita.
- ✓ Preguntas y respuestas: momento para la comunicación libre.
- ✓ Dar consejo sobre a quién llamar o dónde ir en caso de sangrado, dolor abdominal o cualquier otra emergencia o cuando se necesita otro tipo de asesoramiento. Debería ser confirmado por escrito (por ejemplo, en la ficha prenatal), como en la primera visita.

- ✓ Programar el turno: tercera visita, a las 32 semanas (o cerca).

### *La tercera visita*

La tercera visita debería tener lugar a las 32 semanas de embarazo o alrededor de esa fecha y su duración se estima en 20 minutos. Si no asistió a la segunda visita, la tercera visita también debería incluir todas las actividades de la segunda visita y la duración debería extenderse tanto tiempo como sea necesario. Los exámenes y las pruebas se limitan a medir la presión sanguínea, la altura uterina, realizar un análisis de tira reactiva múltiple para detectar bacteriuria y hemoglobina de rutina. Las pruebas para proteinuria sólo deberían realizarse en la mujer nulípara y aquéllas con antecedentes de hipertensión, pre-eclampsia o eclampsia. Se debería prestar especial atención a la detección de gemelares durante el examen abdominal y la medición de la altura uterina.

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

- ✓ Repetir el consejo brindado en la primera y segunda visita.
- ✓ Dar consejo sobre las medidas a tomar en caso de trabajo de parto (o amenaza).
- ✓ Preguntas y respuestas: momento para la comunicación libre.
- ✓ Volver a confirmar la información escrita sobre a quién llamar y dónde ir en caso de emergencia o cualquier otra necesidad.
- ✓ Planes para asegurar que haya algún medio de transporte disponible en caso de que fuera necesario durante el trabajo de parto.
- ✓ Brindar recomendaciones sobre lactancia, anticoncepción y la importancia de la visita post parto.
- ✓ Programar el turno: cuarta visita, a las 38 semanas (o cerca).

### *La cuarta visita*

La cuarta debería ser la visita final que tendría lugar entre las semanas 36 y 38. En esta visita, es extremadamente importante detectar aquellas mujeres con fetos en presentación podálica, toda la información sobre qué hacer, a quién llamar y dónde ir (a qué servicio de salud) cuando comienza el trabajo de parto o en caso de otros

síntomas, se confirmará por escrito y se comunicará no solo a la paciente, sino también a los miembros de su familia y/o amigos.

Se debe aconsejar a las mujeres que, si no han tenido su parto para el final de la semana 41 (41 semanas completas o 290 días) se les debe aconsejar que vayan directamente al hospital/maternidad para ser sometidas a una evaluación y posible inducción del trabajo de parto utilizando el mejor método disponible.

Durante esta visita se debe informar nuevamente a la paciente sobre los beneficios de la lactancia y la anticoncepción así como sobre la disponibilidad de métodos anticonceptivos en el consultorio para puérperas.

### **5.3. MARCO JURÍDICO**

A continuación se registran los principales antecedentes legales contemplados en la Constitución Política de Colombia de 1991, la ley 100 de 1993, Decreto 3039 de 2007 Plan Nacional de Salud Pública y la Resolución 412 de 2000 y ley 1438 de 2011.

Constitución Política de Colombia, en su artículo 48 indica que la Seguridad Social es un servicio público que el Estado es responsable de facilitar siempre bajo su dirección, es decir, lo concerniente a su dirección, coordinación y control, entre otras responsabilidades, siempre sujetos a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. De igual forma se hace alusión a que se debe garantizar a todos los habitantes el derecho a la seguridad social como irrenunciable, es decir bajo ninguna circunstancia se podrá justificar la no prestación de algún tipo de atención y/o servicio contemplado dentro de la misma, materia de la multiplicidad jurisprudencial y legal.

Otra obligación imputable al estado es su asociación estratégica con los particulares necesarios para garantiza la cobertura de la Seguridad Social, en la prestación de servicios acordes a las exigencias contempladas por la ley. En cuanto a los recursos asignados a las instituciones de la Seguridad Social presten una cobertura oportuna, no se podrán utilizar para fines diferentes a ella.

El artículo 49, hace una consideración preponderante al afirmar que la atención en salud son servicios públicos a cargo del estado, destacando el amplio sentido de accesibilidad no condicionada, y destaca entre estos: la promoción, protección y recuperación de la salud. El presente artículo al igual que el estudiado anteriormente, reafirma la responsabilidad del Estado de organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.<sup>15</sup>

El establecimiento de políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y el ejercicio de su vigilancia y control, son otros atributos asignados al Estado, como la determinación de las competencias transferibles a la nación, entidades territoriales y los particulares, junto con los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los lineamientos para la prestación de servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley determinara los aspectos concernientes a la atención básica como gratuita y obligatoria para todos los habitantes. De igual forma el Estado hace responsable junto consigo mismo, a toda persona, en cuanto al cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

Ley 100 de 1993. El Estado y sus legisladores siendo congruentes con lo referente a Seguridad Social contemplado dentro de la Constitución Política de Colombia, continúan la línea de la responsabilidad del estado frente al servicio, recursos y control de terceros, entre otros, tal como reza en su artículo 1: “El sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de

---

<sup>15</sup> *Plan Nacional de Salud Pública –Ministerio de Salud y Protección 2007 -2011*

las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro”.

Decreto 3039 de 2007. Plan Nacional de Salud Pública. Al Gobierno Nacional, le corresponde definir cada cuatro años el Plan Nacional de Salud Pública. El Plan Nacional de Salud Pública en algunos de sus apartes incluye: “Las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud, en coherencia con los indicadores de situación de salud, las políticas de salud nacionales, los tratados y convenios internacionales suscritos por el país y las políticas sociales transversales de otros sectores. De igual forma, Define las responsabilidades en salud pública a cargo de la Nación, de las entidades territoriales, y de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, que se complementarán con las acciones de los actores de otros sectores definidas en el Plan Nacional de Desarrollo y en los Planes de Desarrollo Territorial. Por lo tanto se deberá formular y aprobar el Plan de Salud Territorial a cargo de las direcciones territoriales de salud, comprende acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud, POS, del régimen contributivo y del régimen subsidiado y el de riesgos profesionales. Los anteriores planes se formularán en coherencia con los perfiles de salud territorial. Además, se adoptará el sistema de evaluación de resultados para realizar los correctivos pertinentes y así cumplir con las metas definidas para el cuatrienio.

Resolución 412 de 2000. Entonces Ministerio de Salud, reglamentó en Colombia el control prenatal como objeto de reglamentación, estableciendo inherentemente 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 atención oportuna a enfermedades de interés de salud pública, define La norma técnica para la atención prenatal como el Conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos que pretenden identificar los riesgos relacionados con el embarazo y planificar el control de los mismos a fin de lograr una gestación sana que permita un parto y nacimiento en condiciones adecuadas y sin secuelas para la madre y su hijo.



El Plan decenal de salud pública, con la inclusión de los seis grandes ejes temáticos o dimensiones, dentro de las cuales se encuentra el eje 4 correspondiente a Salud sexual y reproductiva, cuyos componentes se describen a continuación:

A-Maternidad Segura.

B-Salud sexual y reproductiva en el curso de vida.

C-Eventos en salud sexual y reproductiva.

Ley 1438 de enero de 2011 en su artículo 2ª: ORIENTACION DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. “El sistema general de seguridad social en salud estará orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Para esto concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que en el marco de una estrategia de ATENCION PRIMARIA EN SALUD, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población...”

Circular conjunta 0005, por medio de la cual se intensifican acciones para garantizar la maternidad segura a nivel nacional del 27 de febrero de 2012; En la cual se establece que las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán:

1. Brindar prestación preferencial, oportuna, continua y segura al binomio madre-hijo, según lo establecido en las guías de la Resolución 412 de 2000 y la Guía técnica "Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente", entre otras.

2. Realizar de manera inmediata la autoevaluación de las condiciones de habilitación de los servicios de Urgencias, Hospitalización de obstetricia, Cirugía, Cuidado Intensivo Adultos, Cuidados Intensivos Pediátrico, Cuidado Intensivo Neonatal y consulta externa de Ginecobstetricia, de acuerdo con lo definido en el componente de habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, notificar las novedades que se tengan e implementar las medidas que se requieran para garantizar el cumplimiento.

3. Garantizar la suficiencia del personal médico y paramédico para atender la demanda de los servicios relacionados con la atención materna perinatal. Realizar evaluación periódica de la adherencia a guías y protocolos relacionados con la atención materna perinatal e implementar las acciones de mejora con base en los resultados según el componente de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad del Sistema Obligatorio del Garantía de la Calidad.

4. Fortalecer las estrategias de capacitación y entrenamiento del personal de salud involucrado en la atención materna perinatal.

5. Cumplir con el registro, notificación y análisis de los casos de muerte materna según los protocolos y lineamientos impartidos por el Instituto Nacional de Salud.

6. Capacitar y entrenar al personal de salud en la atención de las gestantes y sus complicaciones, con énfasis en la detección riesgos, signos de alarma del embarazo, parto y postparto.

7. Garantizar el acceso a sangre y componentes sanguíneos seguros.

8. Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes sanguíneos y a la transfusión sanguínea, acorde con los lineamientos de la Guía técnica "Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente" (Anexo D), y la Guía Rápida para Tomar Decisiones en Medicina Transfusional (INS).

9. Realizar la gestión de los eventos adversos por hemovigilancia, identificando la causa raíz y estableciendo las acciones de mejoramiento pertinentes, acorde con los lineamientos de la Política Nacional de Seguridad del Paciente

Resolución 0000710 de 2012, por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los gerentes o directores de las empresas sociales del estado del orden territorial, su evaluación por parte de la junta directiva, y se dictan otras disposiciones.

## 5.4 MARCO GEOGRÁFICO

El municipio de Mahates se encuentra ubicado en la Zona norte del Departamento de Bolívar, en la margen izquierda del Canal del Dique, en el Km 50 de este, desde Calamar, con las coordenadas 10° 15' de Longitud Norte y 75° 11' de Longitud Oeste.

Comparte las subregiones del Canal del Dique y Montes de María, con los municipios de Calamar, San Estanislao de Koskta, Arjona y con los Municipios de Arroyo Hondo, San Juan Nepomuceno y María la Baja, respectivamente.



Mapa No.1: MAHATES Y SUS LIMITES

Mahates tiene una extensión de 479 Km<sup>2</sup>, ocupando el segundo lugar en extensión, con más superficie en la subregión, equivalente al 18% del total del departamento.

Cuenta con una extensa llanura en las proximidades del canal del Dique y Serranías del Capire estribación de los Montes de María, donde la mayor altura es el cerro Guayabal (566 m.s.n.m.), a unos 10 Km al Este de Malagana.

Cuenta con seis, (6) corregimientos (Evitar, Gamero, San Joaquín, Malagana, San Basilio de Palenque, Mandinga), cuatro, (4) Caseríos, y siete,(7), veredas (Cruz del viso, La Manga, Paraíso, Pava, Raicero, Songó, Todo sonrisa).



Mapa No. 2: MAHATES Y SUS CORREGIMIENTOS

### **5.5. MARCO DEMOGRAFICO**

***Según datos del SISBEN 2007 el Municipio de Mahates cuenta con una población de 25.682 habitantes en donde el 49.59% corresponden al número de mujeres y 50.41% a hombres, por ocupación de sectores el 38% viven en la Cabecera Municipal (Zona Urbana) y el 62% restante en los centros poblados y rural disperso (Zona Rural). Se percibe un crecimiento poblacional de 6.37% superando con creces la tasa nacional debido esto a inmigraciones por orden público en la región, regreso de pobladores y otras situaciones***

**Tabla No. 1 DATOS DE POBLACIÓN POR GRUPOS DE EDAD, SISBEN 2007.**

<b>Intervalo de Edad</b>	<b>Total</b>	<b>Nº de Habitantes</b>		
		<b>%</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
<b>0 - 4 años</b>	<b>1979</b>	<b>7,71</b>	<b>1032</b>	<b>947</b>
<b>5 - 9 años</b>	<b>2985</b>	<b>11,62</b>	<b>1520</b>	<b>1465</b>
<b>10 - 14 años</b>	<b>3026</b>	<b>11,78</b>	<b>1563</b>	<b>1463</b>
<b>15 - 19 años</b>	<b>2825</b>	<b>11,00</b>	<b>1449</b>	<b>1376</b>
<b>20 - 24 años</b>	<b>2533</b>	<b>9,86</b>	<b>1219</b>	<b>1314</b>
<b>25 - 29 años</b>	<b>2080</b>	<b>8,10</b>	<b>1039</b>	<b>1041</b>
<b>30 - 34 años</b>	<b>1690</b>	<b>6,58</b>	<b>810</b>	<b>880</b>
<b>35 - 39 años</b>	<b>1568</b>	<b>6,11</b>	<b>797</b>	<b>771</b>
<b>40 - 44 años</b>	<b>1461</b>	<b>5,69</b>	<b>709</b>	<b>752</b>
<b>45 - 49 años</b>	<b>1411</b>	<b>5,49</b>	<b>715</b>	<b>696</b>
<b>50 - 54 años</b>	<b>878</b>	<b>3,42</b>	<b>438</b>	<b>440</b>
<b>55 - 59 años</b>	<b>690</b>	<b>2,69</b>	<b>349</b>	<b>341</b>
<b>60 - 64 años</b>	<b>582</b>	<b>2,27</b>	<b>274</b>	<b>308</b>
<b>65 y más años</b>	<b>1974</b>	<b>7,69</b>	<b>1032</b>	<b>942</b>
<b>TOTAL</b>	<b>25682</b>	<b>100,00</b>	<b>12946</b>	<b>12736</b>
<b>Porcentaje %</b>			<b>50,41</b>	<b>49,59</b>

**Fuente: Base de Datos SISBEN Mahates Bolívar**

<b>Descripción</b>	<b>Total</b>	<b>Urbana</b>	<b>Centro poblado y Rural</b>
<b>Población</b>	<b>25.682</b>	<b>9.668</b>	<b>16.014</b>

**Fuente: Base de Datos SISBEN Mahates Bolívar**

## **5.5 IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD**

### **MISION**

Somos una Institución Prestadora de servicios de salud de I nivel de atención dedicada a Satisfacer las necesidades de salud de la población de Mahates y de su entorno para generar mejores condiciones de vida. Atendemos con equidad social y calidad, teniendo como patrón el esfuerzo constante por ser mejores como

personas y como empresa, mediante el aprendizaje y mejoramiento continuo del trabajo en equipo. Contamos con un recurso humano idóneo y comprometido con el servicio con apoyos tecnológicos que nos permiten brindar a nuestros usuarios la mejor atención en salud.

## **VISION**

Somos en el 2011 reconocidos como Empresa líder en prestación de servicios de salud en el primer nivel de atención de la Costa Atlántica, ofrecemos servicios a la población de Mahates y su entorno con alta calidad científica y tecnológica con recurso humano altamente calificado y catalogados como una organización que protege el medio ambiente.

## **PRINCIPIOS CORPORATIVOS**

**EFICIENCIA.** La empresa propenderá permanentemente por la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles, para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente.

**UNIVERSALIDAD.** La empresa será garantía de la atención para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.

**PARTICIPACION.** La empresa facilitará la intervención de la comunidad a través de los diferentes niveles organizativos y funcionales para su funcionamiento, control, gestión y fiscalización

**EQUIDAD.** La empresa proveerá gradualmente servicios de salud de igual de su capacidad de pago. Calidad a todos los usuarios, independientemente.

**AUTONOMÍA INSTITUCIONAL.** La empresa es responsable de conformidad con su complejidad y según el reglamento expedido por el gobierno nacional, de las acciones que por su ejercicio se desprendan de conformidad con su autonomía jurídica, administrativa y patrimonio independiente, salvo los casos previstos en la ley.

**CONCERTACIÓN.** La empresa propiciará la concertación de los diversos agentes en todos los niveles y empleará como mecanismo formal para ello a los comités e instancias formales y no formales de su estructura.

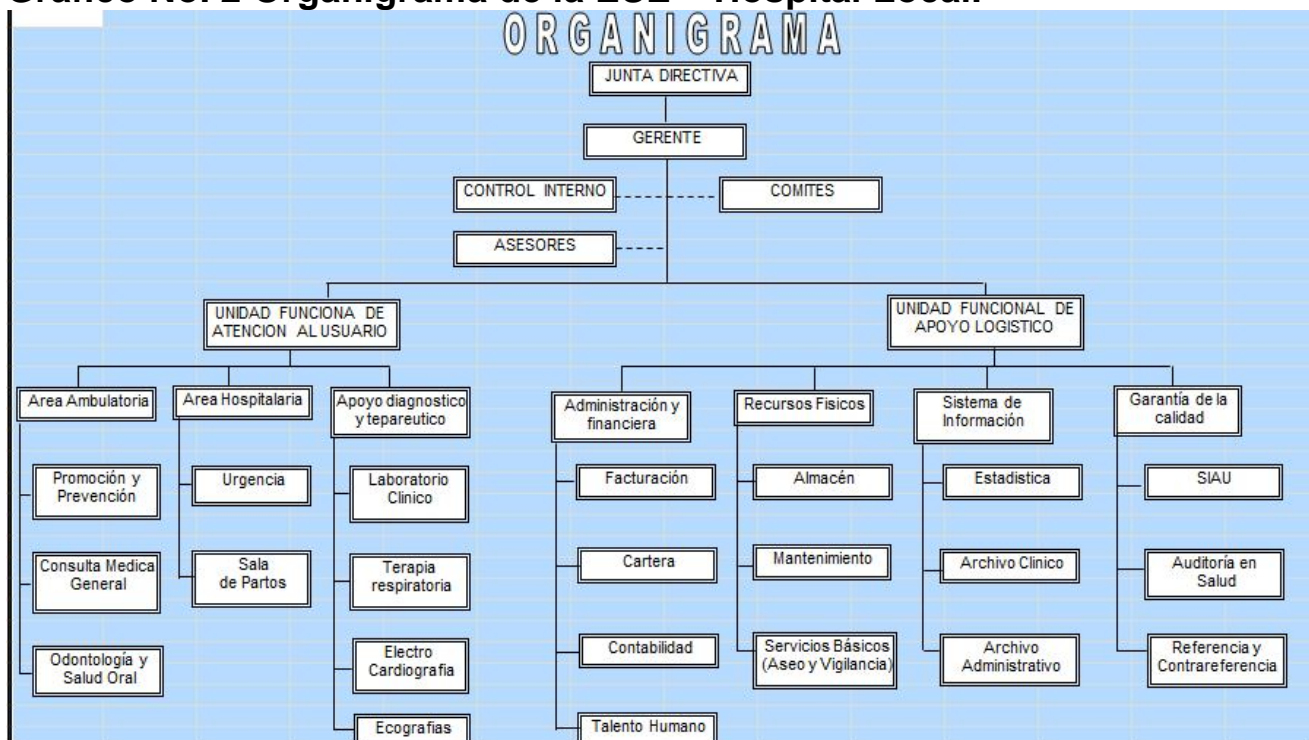
**CALIDAD.** La empresa establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.

## VALORES

Honestidad  
 Solidaridad  
 Responsabilidad:  
 Compromiso  
 Pertinencia  
 Confiabilidad

## 5.6 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

**Grafico No. 2 Organigrama de la ESE – Hospital Local.**



## 5.7 PORTAFOLIO DE SERVICIOS

**Cuadro No. 4 Portafolio de Servicios ESE.**

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD
DOSIS DE BIOLÓGICO APLICADAS
CONTROLES DE ENFERMERÍA (ATENCIÓN PRENATAL / CRECIMIENTO Y DESARROLLO)
OTROS CONTROLES DE ENFERMERÍA DE PYP (DIFERENTES A ATENCIÓN PRENATAL - CRECIMIENTO Y DESARROLLO)
CITOLOGÍAS CERVICOVAGINALES TOMADAS
NÚMERO DE VISITAS DOMICILIARIAS E INSTITUCIONALES -PIC-
NÚMERO DE SESIONES DE TALLERES COLECTIVOS -PIC-
SERVICIOS DE BAJA COMPLEJIDAD
CONSULTAS DE MEDICINA GENERAL ELECTIVAS REALIZADAS
CONSULTAS DE MEDICINA GENERAL URGENTES REALIZADAS
PACIENTES EN OBSERVACIÓN
TOTAL DE CONSULTAS DE ODONTOLOGÍA REALIZADAS (VALORACIÓN)
NÚMERO DE SESIONES DE ODONTOLOGÍA REALIZADAS
TOTAL DE TRATAMIENTOS TERMINADOS
SELLANTES APLICADOS
SUPERFICIES OBTURADAS (CUALQUIER MATERIAL)
EXODONCIAS (CUALQUIER TIPO)
INTERNACION
PARTOS VAGINALES
PARTOS POR CESÁREA
TOTAL DE EGRESOS
...EGRESOS OBSTÉTRICOS (PARTOS, CESÁREAS Y OTROS EGRESOS OBSTÉTRICOS)
...EGRESOS NO QUIRÚRGICOS (NO INCLUYE SALUD MENTAL, PARTOS, CESÁREAS Y OTROS EGRESOS OBSTÉTRICOS)
TOTAL DE DÍAS ESTANCIA DE LOS EGRESOS
...DÍAS ESTANCIA DE LOS EGRESOS OBSTÉTRICOS (PARTOS, CESÁREAS Y OTROS OBSTÉTRICOS)
...DÍAS ESTANCIA DE LOS EGRESOS NO QUIRÚRGICOS (NO INCLUYE SALUD MENTAL, PARTOS, CESÁREAS Y OTROS OBSTÉTRICOS)
PRODUCTIVIDAD DE LOS SERVICIOS DE INTERNACION
TOTAL DE DÍAS CAMA OCUPADOS
TOTAL DE DÍAS CAMA DISPONIBLES
PROCENTAJE OCUPACIONAL
PROMEDIO DIAS ESTANCIA
GIRO CAMA
SERVICIOS DE APOYO DX Y TERAPEUTICO
EXÁMENES DE LABORATORIO
NÚMERO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS TOMADAS
NÚMERO DE SESIONES DE TERAPIAS RESPIRATORIAS REALIZADAS
NÚMERO DE SESIONES DE TERAPIAS FÍSICAS REALIZADAS

### 5.7.1 PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA EJECUTADOS POR LA ESE

En la institución descrita se llevan a cabo los diferentes programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en cuyas ejecutorias del control de riesgo se aplican las guías técnicas de la resolución 412 del 2000, las cuales son prestados mediante contratación con las diferentes EPS subsidiadas adscritas al hospital y la contratación de los programas de intervenciones colectivas en salud pública de obligatorio acuerdo de voluntades por parte del ente territorial en virtud de la ley 1122 de 2007 y la resolución 425 de 2008; entre estos se encuentra el programa de control prenatal, interpretada como un programa del eje programático de salud pública; de atención en salud para garantizar el bienestar del binomio



materno-fetal, dentro del contexto Biopsicosocial para reducir la mortalidad materna y perinatal

## 5.8 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

**Tabla No. 2 Variables del Trabajo de Grado**

VARIABLES	DEFINICION	DIMENSIONES	INDICADORES
DX OPERATIVO, ADMINISTRATIVO ESE	Es la forma como se describe la situación operativa y administrativa en retrospectiva y actual de la ESE	CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - PROYECTO DE CONTROL PRENATAL EN EL EJE DE SALUD PUBLICA DE LA ESE	LOS ESTIPULADOS COMO INDICADORES TRAZADORES DE ACCESIBILIDAD/OPORTUNIDA, GERENCIA DEL RIESGO Y CALIDAD TECNICA RELACIONADOS AL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL
EVALUACION DE LAS GUIAS Y NORMAS TECNICAS DEL CONTROL PRENATAL	Las Guías de Atención de enfermedades de interés en salud pública, son documentos técnicos de referencia útiles para el manejo de algunas enfermedades en el contexto Nacional.	Constituyen recomendaciones técnicas, Para garantizar la atención de las enfermedades y el seguimiento de las mismas, con sujeción a los contenidos del Plan Obligatorio de Salud –POS y el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado -POSS.	LOS ESTABLECIDOS EN LAS GUIAS Y NORMAS TECNICAS DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL Y LA PROPORCION DE GESTANTES ATENDIDAS ANTES DE LAS 12 SEMANAS
IDENTIFICACION DE LAS COMPLICACIONES PREVENIBLES DEL EMBARAZO	Identificar los riesgos relacionados con el embarazo y planificar el control de los mismos, a fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo.	Vigilar la evolución del proceso de la gestación de tal forma que sea posible prevenir y controlar oportunamente los factores de riesgo biopsicosociales que incidan en el mencionado proceso.	LAS DE GESTION DE LA CALIDAD DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO ESTABLECIDAS EN LAS NORMAS Y GUIAS TECNICAS DE ALTERACIONES DEL EMBARAZO
EVALUAR PROCESO DE DETECCION TEMPRANA Y TRATAMIENTO PRECOZ A LAS EMBARAZADAS ATENDIDAS	Detectar tempranamente las complicaciones del embarazo y en consecuencia orientar el tratamiento adecuado de las mismas.	Para el desarrollo oportuno de este proceso, es preciso implementar los mecanismos que garanticen la detección y captación temprana de las gestantes, después de la primera falta menstrual y antes de la semana 14 de gestación, para intervenir y controlar oportunamente los factores de riesgo.	LAS DE MORTALIDAD MATERNAY Y PERINATAL Y LAS DE COMPLICACIONES DEL EMBARAZO
PROPUESTA DE FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL	EL FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL SE REFIERE A LA IMPLEMENTACION DE LAS GUIAS Y NORMAS TECNICAS DEL CONTROL PRENATAL Y ALTERACIONES DEL EMBARAZO QUE IMPLEMENTA LA ESE PARA GARANTIZAR UNA SALUD REPRODUCTIVA SIN RIESGOS DE LAS EMBARAZADAS EN SU ENTORNO	REALIZAR EL REDIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO CORRIENGIENDO LAS DEBILIDADES Y NEUTRALIZANDO LAS AMENAZAS DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL EN LA ESE	LOS INDICADORES DE EFICIENCIA, EFICACIA, ECONOMIA, EQUIDAD Y EPIDEMIOLOGICOS DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL

## 6. DISEÑO METODOLOGICO

### 6.1 TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio descriptivo cuantitativo de cohorte transversal donde se analizara la calidad del programa de control prenatal de E.S.E hospital local de Mahates teniendo en cuenta la información correspondiente al segundo semestre del año 2012.

Es un estudio descriptivo porque este tipo de estudios buscan medir, evaluar o recolectar datos sobre diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar en relación con el espacio y el tiempo. En este caso con la evaluación de la calidad del control prenatal de la **ESE HOSPITAL LOCAL DE MAHATES** se pretende partiendo de recabar la información inherente de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refiere el programa plantear propuestas de mejoramiento continuo

### 6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

**Población:** Fue obtenida de gestantes vinculadas al programa de control prenatal, captadas por la ESE Hospital local de Mahates durante el segundo semestre del año 2012, siendo un total de 60 pacientes, de las cuales se hizo selección aleatoria simple.

**Muestra:** se calculó una muestra de 60 gestantes a partir de la población a investigar teniendo en cuenta para su cálculo un intervalo de confianza de 95% y un error muestral de 5%

Se tomó el total de la población atendida en el segundo semestre del 2012 lo que indica que se hizo Censo Población de gestantes.

### 6.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS.

La información se recopiló en un aplicativo de lista de chequeo de la norma y guía técnica de alteraciones del embarazo y del programa de control prenatal que se elaboró previamente mediante la identificación de variables relacionadas con el tema de la investigación, a partir de

la información que suministren las gestantes atendidas la ESE Hospital local de Mahates, y de los registros del programa de control prenatal que son recopilados de forma manual en un libro dispuesto para tal fin.

El análisis de los datos se llevará a cabo mediante su introducción dentro de una base de datos de Excel donde se realizara las respectivas tabulaciones.

## 6.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACION

**Tabla No. 3: Técnicas de Recabación de la Información.**

VARIABLE	INDICADOR	TECNICA	INSTRUMENTOS	FUENTES
DX OPERATIVO, ADMINISTRATIVO ESE	LOS ESTIPULADOS COMO INDICADORES TRAZADORES DE ACCESIBILIDAD/OPORTUNIDA, GERENCIA DEL RIESGO Y CALIDAD TECNICA RELACIONADOS AL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL	DOCUMENTAL	APLICATIVO DIAGNOSTICO	RESOLUCION 2193 DE 2004
EVALUACION DE LAS GUIAS Y NORMAS TECNICAS DEL CONTROL PRENATAL	LOS ESTABLECIDOS EN LAS GUIAS Y NORMAS TECNICAS DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL Y LA PROPORCION DE GESTANTES ATENDIDAS ANTES DE LAS 12 SEMANAS	DOCUMENTAL	RESOLUCION 412	GUIAS Y NORMAS TECNICAS
IDENTIFICACION DE LAS COMPLICACIONES PREVENIBLES DEL EMBARAZO	LAS DE GESTION DE LA CALIDAD DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO ESTABLECIDAS EN LAS NORMAS Y GUIAS TECNICAS DE ALTERACIONES DEL EMBARAZO	DOCUMENTAL	MATRIZ DE EVALUACION	GUIAS Y NORMAS TECNICAS
EVALUAR PROCESO DE DETECCION TEMPRANA Y TRATAMIENTO PRECOZ A LAS EMBARAZADAS ATENDIDAS	LAS DE MORTALIDAD MATERNAY PERINATAL Y LAS DE COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	DOCUMENTAL	MATRIZ DE EVALUACION	GUIAS Y NORMAS TECNICAS
PROPUESTA DE FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL	LOS INDICADORES DE EFICIENCIA, EFICACIA, ECONOMIA, EQUIDAD Y EPIDEMIOLOGICOS DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL	DOCUMENTAL	TESIS	AUTOFORMULACION

## 7. DIAGNOSTICO OPERATIVO Y ADMINISTRATIVO DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL DE LA ESE.

### 7.1 TALENTO HUMANO DEL CONTROL PRENATAL

Actualmente la Ese Hospital Local de Mahates cuenta para la ejecución de la atención del programa de control prenatal, con el siguiente recurso humano:

**Tabla No. 4: Recurso Humano del Programa**

NOMBRES Y APELLIDOS	CARGOS DE LOS RESPONSABLES	TIPO DE PROFESION	SEDE DE ATENCION	CAPACIDAD RESOLUTIVA	ESTUDIO INHERENTES A LA DESTREZA DEL PROGRAMA	CLASE DE CONTRATO	EXPERIENCIA Y TIEMPO DE SERVICIO EN EL PROGRAMA
EMERSON VISLAN CABRERA	MEDICO	MEDICO GENERAL	SEDE PRINCIPAL	ATENCION DE PRENATALES EN CONSULTA EXTERNA	NORMA TECNICA DE CONTROL PRENATAL. CA DE CUELLO UTERINO, PAI, ATENCION DE PARTOS Y PLANIF. FAMILIAR. GUIA DE ATENCION SIFILIS GESTACIONAL Y CONGENITA, IVU, VAGINOSIS, COMPLICACIONES HIPERTENSIVAS Y HEMORRAGICAS DEL EMBARAZO. AIEPI CLINICO	NOMBRAMIENTO 08 HORAS	20 AÑOS APROX.
GLENYS JIMENEZ ROMERO	MEDICO	MEDICO GENERAL	CENTRO SALUD MALAGANA	ATENCION DE PRENATALES EN CONSULTA EXTERNA	NORMA TECNICA DE CONTROL PRENATAL. CA DE CUELLO UTERINO, PAI, ATENCION DE PARTOS Y PLANIF. FAMILIAR. GUIA DE ATENCION SIFILIS GESTACIONAL Y CONGENITA, IVU, VAGINOSIS, COMPLICACIONES HIPERTENSIVAS Y HEMORRAGICAS DEL EMBARAZO. AIEPI CLINICO	NOMBRAMIENTO 08 HORAS	15 AÑOS APROX.
LIZ POMAREZ AGAMEZ	MEDICO	MEDICO GENERAL	C. SALUD SAN JOAQUIN, EVITAR, GAMERO Y MANDINGA	ATENCION DE PRENATALES EN CONSULTA EXTERNA	NORMA TECNICA DE CONTROL PRENATAL. CA DE CUELLO UTERINO, PAI, ATENCION DE PARTOS Y PLANIF. FAMILIAR. GUIA DE ATENCION SIFILIS GESTACIONAL Y CONGENITA, IVU, VAGINOSIS, COMPLICACIONES HIPERTENSIVAS Y HEMORRAGICAS DEL EMBARAZO.	NOMBRAMIENTO 08 HORAS	6 AÑOS APROX.
MARIA ANGELICA MEÑACA	MEDICO	MEDICO GENERAL	SEDE PRINCIPAL	ATENCION DE PRENATALES EN CONSULTA EXTERNA	NORMA TECNICA DE CONTROL PRENATAL. CA DE CUELLO UTERINO, PAI, ATENCION DE PARTOS Y PLANIF. FAMILIAR. GUIA DE ATENCION SIFILIS GESTACIONAL Y CONGENITA, IVU, VAGINOSIS, COMPLICACIONES HIPERTENSIVAS Y HEMORRAGICAS DEL EMBARAZO.	NOMBRAMIENTO 08 HORAS	01 AÑOS APROX.
PAOLA PETRO	MEDICO	MEDICO GENERAL	SEDE PRINCIPAL	ATENCION SERVICIO DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	PENDIENTE REVISAR HOJA DE VIDA	CONTRATO A UN AÑO	01 AÑOS APROX.
DR. LAMBIS	MEDICO	MEDICO GENERAL	SEDE PRINCIPAL	ATENCION SERVICIO DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	PENDIENTE REVISAR HOJA DE VIDA	CONTRATO A UN AÑO	01 AÑOS APROX.
DRA. SHIRLYS ZAPATA	MEDICO SSO	MEDICO GENERAL	ROTA ENTRE MAHATES, MALAGANA Y PALENQUE	ATENCION DE PRENATALES EN CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	PENDIENTE REVISAR HOJA DE VIDA	NOMBRAMIENTO A UN AÑO	11 MESES
LUZ MARINA VALIENTE HERRERA	AUXILIAR AREA SALUD	AUXILIAR DE ENFERMERIA	SEDE PRINCIPAL	OCACIONALMENTE REALIZA CONTROLES PRENATALES DE ENFERMERIA	NORMA CONTROL PRENATAL, SIFILIS CONGENITA Y GESTACIONAL, AIEPI COMUNITARIO, PAI, CA CUELLO UTERINO	NOMBRAMIENTO 08 HORAS	25 AÑOS APROX.
YOENIS SALGADO	AUXILIAR AREA SALUD	AUXILIAR DE ENFERMERIA	C. SALUD MALAGANA	REALIZA CONTROLES PRENATALES DE ENFERMERIA	NORMA TECNICA CONTROL PRENATAL, CA CUELLO UTERINO, PAI	NOMBRAMIENTO 04 HORAS	02 AÑOS APROX.
ESTEBANA SALINAS	AUXILIAR AREA SALUD	AUXILIAR DE ENFERMERIA	C. SALUD PALENQUE	REALIZA CONTROLES PRENATALES DE ENFERMERIA	NORMA TECNICA CONTROL PRENATAL, CA CUELLO UTERINO, PAI	NOMBRAMIENTO 08 HORAS	04 AÑOS APROX.
RAMIRO VERGARA	AUXILIAR AREA SALUD	AUXILIAR DE ENFERMERIA	C. SALUD SAN JOAQUIN, EVITAR, GAMERO Y MANDINGA	REALIZA CONTROLES PRENATALES DE ENFERMERIA	NORMA TECNICA CONTROL PRENATAL, CA CUELLO UTERINO, PAI	NOMBRAMIENTO 08 HORAS	04 AÑOS APROX.
OMAIRA MATTIA ACOSTA	AUXILIAR AREA SALUD	AUXILIAR DE ENFERMERIA	SEDE PRINCIPAL	REALIZA VACUNACION A GESTANTES Y TOMA MUESTRAS CITOLOGIAS	NORMA TECNICA PAI Y CA CUELLO UTERINO	NOMBRAMIENTO 08 HORAS	15 AÑOS APROX.
EDUNIS PEREZ RAMOS	COORDINADOR A P Y P	ENFERMERA	EN LA SEDE PRINCIPAL Y EN LOS CENTROS SATELITES CADA 15 DIAS	REALIZA CONTROLES PRENATALES POR ENFERMERIA EN LA SEDE PRINCIPAL Y COORDINACION DE TODAS LAS ACTIVIDADES DE P Y P	NORMA TECNICA DE CONTROL PRENATAL. CA DE CUELLO UTERINO, PAI, ATENCION DE PARTOS Y PLANIF. FAMILIAR. GUIA DE ATENCION SIFILIS GESTACIONAL Y CONGENITA, IVU, VAGINOSIS, COMPLICACIONES HIPERTENSIVAS Y HEMORRAGICAS DEL EMBARAZO. AIEPI CLINICO	NOMBRAMIENTO 08 HORAS	23 AÑOS

Con horarios de atención de lunes a viernes de 8 am a 12 m y de 1 pm a 4 pm, con disponibilidad de especialista Ginecobstetra para los días sábados de 8 am a 12 m, suministrado por las empresas con las cuales tiene convenio el Hospital.

Todos los ítems referentes al cumplimiento de estándares de calidad y de habilitación del programa serán descritos en el ítem correspondiente.

La información referente a registros clínicos se encuentra disponible y se diligencian actualmente, en formato en medio físico. Los analizados en el presente trabajo corresponden a la muestra del estudio. Previo consentimiento informado de los usuarios, para la obtención, tabulación y análisis de los resultados emitidos en el presente trabajo.

## 7.2 IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS Y PRÁCTICAS DE IMPLEMENTACIÓN DE LAS GUÍAS Y NORMAS TÉCNICAS DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL EN LA ESE.

**Cuadro No. 5: Evaluación de la Implementación de la Guía.**

Actividad	Cantidad	Número de actividades
Número de muertes maternas en el II semestre de 2012		1
Numero de Consulta de gestantes de primera vez en el II semestre de 2012		60
Número de consultas de gestantes de control en el II semestre de 2012		399
Numero de Gestantes Atendidas con complicaciones prenatales		129
Cuáles fueron los problemas de morbimortalidad en las embarazadas que pudieran ser evitables		Embarazo en Adolescentes
Cuantas Embarazadas cumplieron con todas las actividades del control prenatal para determinar el diagnóstico y Plan de manejo.		50
Identificación e Inscripción de la Gestante en el Control prenatal.		60
Cuantas gestantes asistieron a consulta médica por primera vez		50
A cuantas gestantes se les realizó Diligenciamiento Completo de la Historia Clínica con identificación del perfil de riesgo		44
A cuantas gestantes se le solicitaron Paraclínicos		399
A cuantas gestantes se le solicitaron toxoide		399

tetánico	
A cuantas gestantes se le suministró micronutrientes	399
A cuantas gestantes se les realizo educación durante la consulta	399
Cuantas gestantes fueron remitidas a consulta odontológica	244
A cuantas gestantes se le diligenció y entrego el ficha de control prenatal	188
A cuantas gestantes se le diligenció la escala de riesgo biopsicosocial	263
Cuantas gestantes asistieron a todos los controles programados	382
Cuantas de las Gestantes atendidas fueron remitidas por cesáreas	15
Cuantas gestantes presentaron riesgos o complicaciones durante el control prenatal	129
Cuáles fueron los riesgos biopsicosociales detectados que incidieron en el proceso de gestación.	Gestante añosas, gran múltipara e infección de vías urinarias
Tipos de mecanismos del programa de control prenatal de la ESE que garantizan detección y captación temprana de las gestantes en las distintas áreas del municipio después de la primera falta menstrual y antes de la semana 14 de gestación	1, actividades de sensibilización en consulta externa 2.demanda inducida por agentes educativos 3 consulta preferencial cuando hay gravindex positiva 4. Si la paciente consulta por morbilidad y se le detecta embarazo se realiza inmediatamente la inscripción al programa
Número de pruebas de embarazo solicitadas en el II semestre de 2012	88
Numero de Citologías ordenadas en el programa	244
Número de actividades de capacitación a la embarazada y su núcleo familiar	123
Número de controles prenatales realizado por médico general en el II semestre de 2012	188

### **7.3 COMPLICACIONES PREVENIBLES MÁS COMUNES PRESENTADAS POR LAS GESTANTES ADSCRITAS AL CONTROL PRENATAL DE LA E.S.E HOSPITAL LOCAL DE MAHATES DURANTE EL II SEMESTRE DEL AÑO 2012.**

#### **Cuadro No. 6 Evaluación de las Complicaciones de las Gestantes**

<b>CONCEPTOS SEGUNDO SEMESTRE 2012 COMPLICACIONES CONTROL PRENATAL</b>	<b>CANTIDAD</b>
<b>CUANTAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CONTROL PRENATAL DE LA ESE TENIAN ANTECEDENTES DE ABORTO</b>	<b>33</b>

<b>CUANTAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CONTROL PRENATAL DE LA ESE TENIAN ANTECEDENTES ECTOPICOS</b>	<b>15</b>
<b>CUANTAS GESTANTES TENIAN ANTECEDENTES DE MOLAS</b>	<b>2</b>
<b>CUANTAS GESTANTES TENIAN ANTECEDENTES DE PLACENTA PREVIA</b>	<b>9</b>
<b>CUANTAS GESTANTES ATENDIDAS TENIAN ANTECEDENTES DE ABRUPTIO</b>	<b>1</b>
<b>CUANTAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CONTROL PRENATAL TENIAN ANTECEDENTES DE RUPTURA PREMATURA DE LA MEMBRANA</b>	<b>87</b>
<b>CUANTAS GESTANTES ATENDIDAS TENIAN ANTECEDENTES DE POLIHIRAMNIOS</b>	<b>18</b>
<b>CUANTAS GESTANTES ATENDIDAS TENIAN ANTECEDENTES DE OLIGOHIDRAMNIOS</b>	<b>12</b>
<b>CUANTAS GESTANTES TENIAN ANTECEDENTES DE RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO</b>	<b>22</b>

#### 7.4 EVALUACION DE LOS INDICADORES DE GESTION DE LA ESE Y DEL PROGRAMA.

##### Cuadro No. 7. Indicadores de Internación

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS								
ATENCION PRIMARIA EN SALUD	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)	2.348	3.609	4.004	6.723,00	5.813,00	6.839,00	6.848	6.655,00
Numero de partos	137	162	168	150,00	136,00	107,00	111	114,00
Dosis de biológico aplicadas	15.663	22.623	12.378	9.520,00	12.893,00	9.391,00	9.556	9.473,00
Citologías cervicovaginales tomadas	675	1.212	795	1.979,00	2.526,00	2.535,00	2.540	2.520,00
Total de egresos	354	475	1.110	553,00	598,00	705,00	719	821,00
Porcentaje Ocupacional	48,49	35,67	57,02	20,95	33,27	70,55	71	71
Promedio Dias Estancia	2,08	2,66	2,5	2,50	2,24	1,90	3	3
Giro Cama	88,5	29,69	69,38	34,56	37,38	44,06	45	51
Consultas Electivas	26.495	20.507	30.541	39.110,00	42.931,00	41.764,00	41.768	42.653
Consultas de medicina general urgentes realizadas	20.039	11.529	14.460	16.141,00	16.080,00	19.085,00	19.102	19.345
Exámenes de laboratorio	20.903	26.728	26.996	31.294,00	31.593,00	31.160,00	31.349	32.123
Número de imágenes diagnósticas tomadas	1.220	340	388	597,00	654,00	643,00	663	654

## Cuadro No. 8 Indicadores Trazadores

ACCESIBILIDAD Y OPORTUNIDAD							
CODIGO	NOMBRE DEL INDICADOR	2007	2008	2009	2010	2011	2012A
I.1.1.0	Oportunidad de la asignación de citas en la consulta medica general	1	1	1	1	1	1
I.1.4.0	Oportunidad de Atención en la Consulta de Urgencias	15	2	2	1	5	5
I.1.5.0	Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología	1	1	1	1	0	1
I.1.6.0	Oportunidad de la atención en Consulta de Odontología General	1	1	1	1	1	1
CALIDAD TÉCNICA							
CODIGO	NOMBRE DEL INDICADOR	2007	2008	2009	2010	2011	2012A
I.2.1.0	Tasa de Reingreso de Pacientes Hospitalizados	0	0	0	0	0	0
I.2.2.0	Proporción de Pacientes con Hipertensión Arterial Controlada	1	1	1	1	1	1
GERENCIA DEL RIESGO							
CODIGO	NOMBRE DEL INDICADOR	2007	2008	2009	2010	2011	2012A
I.3.1.0	Tasa de mortalidad Intrahospitalaria después de 48 Horas	0	0	0	0	0	0
I.3.2.0	Tasa de Infección Intrahospitalaria	0	0	0	0	0	0
I.3.3.0	Proporción de eventos adversos	0%	0%	0%	100%	0%	0%
LEALTAD							
CODIGO	NOMBRE DEL INDICADOR	2007	2008	2009	2010	2011	2012A
I.4.1.0	Tasa de Satisfacción Global	99%	96%	97%	90%	88%	93%

## Cuadro No. 9 Indicadores de Control Prenatal

NORMAS Y GUIAS TECNICAS							
ESTANDARES POR AREA DE GESTION							
INDICADOR		FORMULA DEL INDICADOR		ESTANDAR PARA CADA AÑO	FUENTE DE INFORMACION		
d		e		f	g		
EVALUACION DE APLICACIÓN DE GUIA DE MANEJO ESPECIFICA: HEMORRAGIAS DEL III TRIMESTRE Y TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS EN LA GESTACION		<p>NUMERO DE HISTORIAS CLINICAS CON APLICACIÓN ESTRICTA DE LA GUIA DE MANEJO PARA HEMORRAGIAS DEL III TRIMESTRE Y TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS EN LA GESTACION/ TOTAL HISTORIAS CLINICAS AUDITADAS DE PACIENTES CON EDAD GESTACIONAL MAYOR DE 27 SEMANAS ATENDIDAS EN LA ESE CON DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA DEL III TRIMESTRE Y TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS EN LA GESTACION</p>		> 0 = 0,80	INFORME DEL COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS DE LA ESE		
CLINICA O ASISTENCIAL 40%	21	NIVEL I	PROPORCIÓN DE LAS GESTANTES CAPTADAS ANTES DE LA SEMANA 12 DE GESTACION	NUMERO DE MUJERES GESTANTES A QUIENES SE LE REALIZO POR LO MENOS UNA VALORACION MEDICA Y SE INSCRIBIERON EN EL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL DE LA ESE, A MAS TARDAR EN LA SEMANA 12 DE GESTACION/TOTAL DE MUJERES GESTANTES IDENTIFICADAS	> 0 = 0,85	INFORME COMITE DE HISTORIAS CLINICAS	
CLINICA O ASISTENCIAL 40%	22	NIVEL I	INCIDENCIA DE SIFILIS CONGENITA EN PARTOS ATENDIDOS EN LA ESE	NUMERO DE RECIEEN NACIDOS CON DIAGNOSTICO DE SIFILIS CONGENITA EN POBLACION ATENDIDA POR LA ESE EN LA VIGENCIA	CERO CASOS	CONCEPTO DEL COVE TERRITORIAL EN EL CUAL SE CERTIFIQUE EL NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DE LA ESE EN CADA CASO DE SIFILIS CONGENITA DIAGNOSTICADO	



## 8. EVALUACION DE LA MATRIZ DE CALIDAD DEL PROGRAMA

En la actualidad, la Ese Hospital Local de Mahates no cuenta con mecanismos que le permitan evaluar la adherencia a las guías de práctica clínica, ya que carece de funcionario encargado del área de gestión de la calidad y auditoría en salud. Al igual que dicho funcionario pudiera evaluar la aplicación y el cumplimiento de las diferentes actividades descritas en las normas y guías técnicas del control prenatal

### Matriz No. 1 Control Prenatal

ESE HOSPITAL LOCAL DE MAHATES	REGISTROS DE CALIDAD					
				FECHA:		
				PROCESO DE	MEJORAMIENTO	CONTINUO
PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL	FECHA			PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL		
ASPECTO EVALUADO	CUMPLE		ESTRATEGIAS DE DIRECCIONAMIENTO	ACCIONES	TIEMPO	RESPONSABLES
	SI	NO				
<b>1. ESTRUCTURA</b>						
1.1. Existe una programación para la vigencia de cada contrato de las Actividades, Procedimientos e Intervenciones de DT, PE y EISP.		X	PLAN DE ACTIVIDADES DE CAPTACION DE GESTANTES	EXTRAMURALES Y VISITAS DOMICILIARIAS	ANUAL	JEFE DE ENFERMERIA
1.1.1. Existe cronograma de actividades para el programa y se le hace seguimiento y ajustes de acuerdo al cumplimiento.						
1.2. Dispone de un consultorio para el programa?			EL ESTIPULADO EN EL EJE DE SALUD PUBLICA	GUIAS TECNICAS DE CONTROL PRENATAL	ANUAL	EQUIPO DE APS
1.3. Existe disponibilidad de insumos según lo programado, así:	No. Consultorios	4				
1.3.1 Guantes	X		LOS ESTABLECIDOS POR LAS NECESIDADES DEL SERVICIO	PLAN DE COMPRAS DEAPS	ANUAL	ALMACENISTA Y AUXILIAR DE DROGUERIA
1.3.2 Especulos	X					
1.3.3 Camé Materno - Historias Clínicas	X					
1.4. Verifique el Equipo Básico para Atención, así:						
1.4.1 Cuenta con Tensiómetro y hoja de vida de Calibrado	X		FORMACION POR COMPETENCIAS DE ACUERDO A RECURSOS DEL EJE DE SALUD PUBLICA	PROGRAMACION DE TURNOS Y ACCIONES EXTRAMURALES SALUD A SU CASA Y PROGRAMACION DE CONSULTAS DE ATENCION PRENATAL	ANUAL	EQUIPO DE PROFESIONALES Y TECNICOS APS
1.4.2. Cuenta con Fonendos copio y en buen estado	X					
1.4.3. Cuenta con Peso Adulto Calibrado y en buen estado	X					
1.4.4. Cuenta con Camilla Ginecológica en buen estado	X					
1.4.5. Cuenta con Lámpara en Cuello de Cisne en buen estado	X					
1.4.6. Cuenta Cinta Métrica para la Altura Uterina	X					
1.4.7. Cuenta con Doppler y hoja de vida de Calibrado	X					
1.5. Posee el siguiente Recurso Humano capacitado en el Programa			CUMPLEN CON LOS REQUISITOS DEL PROGRAMA	INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACION A PROMOTORAS Y COMUNIDAD RESPONSABLE	ANUAL	EQUIPO DE PROFESIONALES Y TECNICOS APS
1.5.1. Médicos		7				
1.5.2. Enfermeras		1				
1.5.3. Ginecologo						
1.5.4. Auxiliares de Enfermeria		1				
1.5.5 Otro. Cuál		3				
SUBTOTAL ESTRUCTURA (Numerador/Denominador)	Numero de recurso humano profesional capacitado en control prenatal/No. De profesionales contratados		Proporción 100 %			
<b>2. PROCESO</b>						
2.1. La institución dispone de la Norma Técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo en el área asignada para el programa	X		SE DESARROLLAN CORRECTAMENTE Y ACTUALIZADAS	SE DISCUTEN Y ACTUALIZAN EL EL COMITÉ DE VIGILANCIA Y DE HISTORIAS CLINICAS	ANUAL	EQUIPO DE PROFESIONALES Y TECNICOS APS Y NIVEL DIRECTIVO DE LA ESE
2.2. El Recurso Humano responsable de la atención se encuentra capacitado en la Norma Técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. Verificar actas de socialización.	X					
2.3. La institución cuenta con Flujoograma de Atención en el programa	X					
2.4. El Flujoograma de atención se encuentra publicado?	X					
2.5. Se usan Estrategias de Demanda Inducida	X			Cuales?		
2.6. Existe un horario específico de atención?	X			Cual?		
2.7. Cuantos días a la semana se realiza el programa?	X					
2.8. La IPS realiza Curso Psicoprofilactico	X					
2.9. Verifique mediante interrogatorio a la enfermera o al médico que el hospital de referencia para remisión de gestantes de alto riesgo pertenece a la red de servicios de la EPS-S	X					
3.0. Verifique que exista y se conozca el Manual de Referencia y Contrarreferencia de la IPS	X		ACTUALIZACION DE LA RED PSS	FLUJOGRAMA DE REMISIONES EFICIENTES EN PARTOS COMPLICADOS	ANUAL	MEDICOS Y ENFERMERAS DE TURNOS
3.1. Cuenta con registros de asistencia a talleres (documentación), incluyendo nombre de la EPS-S y/o EPS-C, edad y sexo.	X					
SUBTOTAL PROCESO	Numero de Guías Actualizadas/Numero de Guías Totales		Proporción 100 %			

## 8.1 INDICADORES, COMPROMISOS Y METAS DE LOGRO DEL PROGRAMA.

### Matriz No. 2 Metas de Logros del Programa

ESE - HOSPITAL LOCAL DE MAHATES INDICADORES DE CONTROL PRENATAL Y MATERNIDAD DEL PROGRAMA	METAS PROGRAMADAS 2012	METAS EJECUTADAS SEMESTRE B DE 2012	OBSERVACIONES
COBERTURA DE CAPTACION DE LA GESTANTE PARA ATENCION PRENATAL EN EL PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACION SEGÚN LA NORMA TECNICA	80%	75%	AUNQUE EL PROGRAMA DE DEMANDA INDUCIDA ES FUERTE SIEMPRE SE QUEDAN ALGUNAS MATERNAS SIN TAENCION OPORTUNA EN UN 5% ANTES DE LAS 12 SEMANAS
COBERTURA DE ATENCION PRENATAL INSTITUCIONAL DE ACUERDO A LAS GUIAS TECNICAS	95%	90%	LA COBERTURA PUEDE SER 100% PERO HAY SUBREGISTROS POR MATERNAS QUE NO REPORTAN LOS CENTROS Y PUESTOS DE SALUD POR SER OCASIONAL LA ATENCION
COBERTURA DE ATENCION DEL PARTO Y DEL RECIEN NACIDO Y CONTROL DEL PUERPERIO A NIVEL INSTITUCIONAL SEGÚN LA GUIA TECNICA Y METAS MINSALUD	95%	10%	LAS EPSS CONTRATAN CON LA ESE LA ATENCION PRENATAL PERO EL PARTO LO HACEN EN SU RED EL 90% DE LAS GESTANTES
No. Y PORCENTAJE DE GESTANTES Y MADRES EN LACTANCIA QUE HAN RECIBIDO INFORMACION, EDUCACIÓN, SOBRE DEBERES Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN EL PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA INTRA Y EXTRAMURAL	95%	100%	SE COMPLEMENTA LAS ACTIVIDADES INHERENTES A LA MATERNA CON DEMANDA INDUCIDA Y ACCIONES EXTRAMURALES CON COBERTURA 100% DE AREA RURAL
% DE INSTITUCIONES EN EL MUNICIPIO CON COMITES DE VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL ESTABLECIDOS Y OPERANDO	100%	100%	LA ESE ES LA UNICA INSTITUCION REPRESENTATIVA DEL MUNICIPIO CON ESTE PROGRAMA Y CON CASI TODA LA COBERTURA DE ATENCION DE LA POBLACION

## 8.2 PROCEDIMIENTO DE DEMANDA INDUCIDA DEL PROGRAMA

### Matriz No. 3 De Demanda Inducida

ESE HOSPITAL LOCAL DE MAHATES	REGISTROS DE CALIDAD		
	FECHA:		
PROCEDIMIENTO: DEMANDA INDUCIDA	FECHA		
ASPECTO EVALUADO	SI	NO	ACCIONES DE REDIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
<b>DEMANDA INDUCIDA</b>			
Verifique si la IPS conoce e implementa las estrategias de la aseguradora. (coordinadores municipales y/o SIAU)	X		
Verifique que la campaña publicitaria de la IPS en los medios empleados, incluya las acciones de proteccion especifica y deteccion temprana y la forma como la población afiliada puede acceder a ellas.	X		
Solicite el registro de entrega de elementos informativos de las acciones de promoción y prevención por grupo de edad y genero.		X	REORGANIZAR EL FLUJO DE PROCESOS DE COMUNICACIÓN INTERNA DEL PROGRAMA
Verifique la existencia y actualización del programa de capacitación para el cliente interno de las diferentes areas de la IPS en torno a las acciones, procedimientos e intenciones de p y p contempladas en las normas tecnicas con el fin de apoyar, difundir y canalizar a la población objeto de cada programa.	X		
Verifique que exista un funcionario encargado de captar y realizar seguimiento a los usuarios mediante llamada telefonica y/o visita domiciliaria reuniones comunitarias tomando como base los listados de población asignada remitidos mensualmente por la aseguradora.		X	REORGANIZAR EL SIAU PARA ENCARGARSE DE LO PERTINENTE
Verifique mediante interrogatorio al funcionario encargado de la caja que la IPS no aplica copagos a las actividades, procedimientos e intervenciones contenidas en las normas tecnicas y guias de atención.	X		
Mediante observación de la respectiva documentación verifique que la IPS ha implementado estrategias para la medición del impacto de las actividades de demanda inducida en relación con la utilización de los servicios de protección especifica y deteccion temprana.		X	IMPLANTAR INDICADORES DE IMPACTO SOCIAL Y OBJETIVOS DEL MILENIO
Verifique que la IPS ha implementado estrategias para la medición o registro de las oportunidades perdidas de atención en promoción y prevención.	X		
<b>4. RESULTADO</b>			
4.1 Cuenta con medición de indicadores de cumplimiento, análisis y planes de mejoramiento	X		
4.2 Cuenta con medición de indicadores de calidad del proceso análisis y planes de mejoramiento	X		
SUBTOTAL RESULTADO			NUMERO DE EVENTOS DE DEMANDA INDUCIDA REALIZADOS CORRECTAMENTE / TOTAL EVENTOS DE DEMANDA INDUCIDA REALIZADOS
			Proporción 70 %

## 8.3 EVALUACION DE SIFILIS CONGENITA GESTACIONAL EN EL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL.

### Matriz No. 4: Programa de Prevención Sífilis Gestacional

ESE HOSPITAL LOCAL DE MAHATES	REGISTROS DE CALIDAD		
	FECHA:		
	FECHA		
PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE SIFILIS GESTACIONAL	CUMPLE		OBSERVACIONES
ASPECTO EVALUADO	SI	NO	
<b>1. ESTRUCTURA</b>			
1.1. Existe una programación para la vigencia de cada contrato de las Actividades, Procedimientos e Intervenciones de DT, PE y EISP.	X		
1.1.1. Existe cronograma de actividades para el programa y se le hace seguimiento y ajustes de acuerdo al cumplimiento.	X		
1.2. Verifique habilitado el servicio de atención integral del paciente con VIH /SIDA	X		
1.3. Existe consultorio exclusivo para el programa		X	SE TIENEN LOS CRITERIOS DE ASEPSIA Y BIOSEGURIDAD EN EL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
1.4. Posee el siguiente Recurso Humano capacitado en el Programa	X		LOS MISMOS DE TODO EL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL CON CAPACITACIÓN PARA ATENDER ESTA PATOLOGÍA
1.5. Cuenta con laboratorio clínico certificado para la toma de muestras	X		EL MISMO DE TODO EL HOSPITAL
SUBTOTAL ESTRUCTURA (Numerador/Denominador)	NUMERO DE EVENTOS DE SIFILIS CONGENITAS GESTACIONAL DEL PERIODO/NUMERO DE GESTANTES ATENDIDAS EN EL PERIODO		Proporción 1 %
<b>2. PROCESO</b>			
2.0. Pregunte si existen casos de sífilis gestacional	X		Cuántos: 1
2.1. Verifique que la IPS cuente con un modelo de clasificación de la sífilis	X		
2.2. La institución dispone de la Norma Técnica de sífilis gestacional el área asignada para el programa?	X		
2.3. El Recurso Humano responsable de la atención se encuentra capacitado en la Norma Técnica de atención de sífilis ver actas socialización	X		
2.4. La institución cuenta con Flujograma de Atención	X		
2.5. El flujograma de atención se encuentra publicado y verifique que es conocido por el personal	X		
2.6. Se usan Estrategias búsqueda activa de casos nuevos	X		Cuáles? DEMANDA INDUCIDA
2.7. verifique que en la historia clínica quede registrado educación de la importancia de abstinencia y el no contacto sexual con la persona no tratada para evitar reinfección	X		100%
2.8. Cuenta con registros de asistencia a talleres (documentación), incluyendo nombre de la EPS-S y/o EPS-C, edad y sexo.	20		
SUBTOTAL PROCESO	Numero de Casos Tratados de sífilis en comité de vigilancia/total caso de sífilis congénita gestacional		Proporción 100 %

## **9. ANALISIS DEL PROCESO DE DETECCION TEMPRANA Y COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y RECOMENDACIONES DEL TRATAMIENTO ADECUADO DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL**

**Al realizar el análisis de los hallazgos obtenidos mediante las matrices de evaluación, detección, calidad, de las complicaciones e indicadores de gestión del programa de control prenatal de la Ese Hospital Local de Mahates encontramos los siguientes resultados:**

- 1. No existe una programación de las actividades para la vigencia de cada contrato**
- 2. No se realiza curso de Psicoprofilaxis, solo capacitaciones a la gestante y su núcleo familiar a través de las auxiliares de demanda inducida de las diferentes E.P.S, con las cuales existe convenio.**
- 3. Ausencia de socialización del manual de referencia y contrarreferencia, lo cual dificulta el procedo de atención a las usuarias susceptibles de derivación por el desconocimiento de los lugares a los cuales deben ser remitidas las gestantes con cuadros de mayor complejidad diagnóstica y terapéutica.**
- 4. Cabe resaltar que la gran mayoría de los estándares contenidos en esta matriz muestra el cumplimiento de estos.**

**En las actividades de demanda inducida aplicadas al grupo de estudio donde se encontraron los siguientes hallazgos negativos:**

- 1. Ausencia de registro de suministro de elementos informativos a la gestante.**
- 2. Ausencia de funcionario al interior de la institución encargado de realizar llamadas telefónicas para seguimiento a la asistencia al control prenatal por parte de las gestantes.**

**3. No se evidencian estrategias para medir el impacto de las acciones de demanda inducida debido a la ausencia de funcionario encargado de estas actividades.**

**4. No cuenta en la actualidad con funcionario de auditoria, que le permita plantear los indicadores de cumplimiento del programa y el seguimiento de los planes de mejoramiento específicos del área.**

**En virtud de que el programa de control prenatal establecido registra nuevos procesos de actualización y guías costo/efectivas, acordes a los lineamientos de la OPS/OMS y a las guías del ministerio de salud, el quehacer del total integral a redireccionar es implementarlas en forma eficiente y con resultados en los compromisos esbozados en cada uno de los puntos tratados al respecto de su análisis y evaluación.**

## **10. PROPUESTA DE FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL EN LA ESE.**

- **Motivar a través de la Información, Educación y Comunicación por los medios de comunicación pública del municipio en el área urbana y rural una campaña que explique la Importancia del Control Prenatal dentro de las actividades de Promoción y Prevención por parte de las mujeres en capacidad de reproducir.**
- **Adoptar en la capacitación a gestores, promotores y agentes comunitarios y alianzas de usuarios después de cursos de capacitación la aplicación del test de conocimiento que proponemos como anexo 2 de este trabajo.**
- **Implementación del programa de demanda inducida dependiente de la coordinación de enfermería, con el fin de optimizar las estrategias de captación temprana de las gestantes y poder evitar posibles complicaciones derivadas de un ingreso tardío al control prenatal.**
- **Capacitar al recurso humano que ingresa al Hospital con el fin de garantizar el conocimiento de las actividades mínimas contenidas en las guías de práctica clínica del programa.**
- **Lograr sensibilizar a las pacientes sobre la importancia de la asistencia oportuna al programa de control prenatal, incluyendo la realización de exámenes que no se ofertan en el municipio.**
- **Socializar el proceso de referencia y contrarreferencia al interior de la institución.**
- **Diseñar e implementar el curso de Psicoprofilaxis para las gestantes.**

- **Vincular a la planta de personal recurso humano calificado y con competencias para el área de gestión de la calidad y auditoría en salud.**
- **Diseñar e implementar el programa de servicios amigables para adolescentes con el fin de apoyar a gestantes pertenecientes a este grupo etareo.**
- **Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento implementados al interior de la institución con el fin de verificar el cumplimiento de las acciones de mejora y cerrar los círculos de calidad al interior de la institución.**
- **Establecer una lista de chequeo con los entregables informativos y recomendaciones del control prenatal.**
- **Realizar seguimiento telefónico a las gestantes con tratamientos para casos de infección de vías urinarias y vaginitis.**

## **11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

**Uno de los Indicadores que mide el progreso o desarrollo de un país no solo es su tasa de crecimiento, sino también su índice de desarrollo humano, pero donde se insertan sus factores biopsicosociales para garantizar que tendrá una población sana son en sus programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en donde la tasa de mortalidad materna nos dice si un Sistema de salud es de calidad o cuanto es de calidad o no y por ende la mejor herramienta para controlar los factores de riesgos y alteraciones de la gestante es el programa de control prenatal; Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.**

**Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbilidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna, por ello un municipio como Mahates Bolívar con un gran área rural dispersa; Por ello; Recomendamos que este programa sea bandera para contribuir a la disminución de su mortalidad perinatal y materna, cifras que no son excelentes para el Departamento de Bolívar, constituyéndose aún en un importante problema de salud pública para la región caribe.**

**El control prenatal debe ser eficaz y eficiente. Esto significa que la cobertura deber ser máxima (sobre el 90% de la población obstétrica) y que el equipo de salud entienda la importancia de su labor, según las guías del ministerio de salud y protección social.**

**De acuerdo a Expertos AIEPI en distintos foros han afirmado que aproximadamente el 70% de la población obstétrica no tiene factores de riesgo, su control es simple, y no requiere de infraestructura de alto costo. El equipamiento básico consiste en un lugar físico con iluminación y climatización adecuada, camilla**



**o mesa ginecológica, esfigmomanómetro, balanza con cartabón, huinchas de medir flexibles, estetoscopio de Pinard, guantes de examen ginecológico, espéculos vaginales, sistema de registro clínico (carné prenatal) y equipo humano de salud y con la infraestructura señalada podemos perfectamente lograr los objetivos generales del control prenatal que son: Identificar factores de riesgo; Diagnosticar la edad gestacional; diagnosticar la condición fetal, diagnosticar la condición materno educar a la madre; por eso, es concluyente que las acciones de mejoramiento planteadas la ESE – HOSPITAL LOCAL DE MAHATES es perfectamente realizable.**

**En el contexto general de la salud de la Región Caribe y de sus municipios como lo es MAHATES BOLIVAR; la salud materna y perinatal es sin duda un reto importante e ineludible que el gobierno nacional asume como una prioridad en el eje de salud pública y de intervenciones individuales en el contexto del aseguramiento y como una política de estado; por eso, en la ESE – HOSPITAL LOCAL DE MAHATES; estamos convencidos de que la batalla contra la mortalidad materna, la mortalidad perinatal y la lucha a favor de la prevención de discapacidades por defectos al nacimiento es una cuestión de ética, de justicia social y de derechos sexuales, reproductivos y humanos; por ello daremos continuidad a las acciones que han demostrado su efectividad en la aplicación en campo e incorporaremos con decisión aquellas acciones que cuenten con evidencia científica y puedan ser aplicadas con las características especiales que requiere nuestra población usuaria de acuerdo a los lineamientos de este proyecto.**

**Por último, dentro de las acciones planteadas de redireccionamiento estratégico de este programa de control prenatal de la ESE – HOSPITAL LOCAL DE MAHATES DEPARTAMENTO DE BOLIVAR recomendamos dar también especial relevancia a los determinantes sociales que en salud pública son entendidos como aquellos factores que son parte de la génesis del problema que se aborda; es decir “la causa de la causa”. Especialmente hablando de mortalidad materna, los determinantes sociales son sumamente importantes si recordamos que la muerte materna es un indicador básico del**

**desarrollo de una comunidad. Así pues estaremos a través de este programa de acción convocando a los diversos sectores involucrados a colaborar para el abatimiento de este importante problema de salud pública; lo que garantiza sin reservas el apoyo a la salud perinatal, que es la otra parte de un binomio indisoluble y que en ocasiones por la gravedad y prioridad que tienen la parte materna es olvidado o relegado a un segundo plano.**

**La presente administración de la ESE, pretende hacer de la salud perinatal un foco de atención tan importante como lo es hoy la salud materna y eso requiere de estrategias novedosas y también basadas en evidencias que fortalezcan las acciones pertinentes en este tema y que se encuentran plasmadas en dicho programa, donde el único ganador es la gestante y materna.**

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- RIVAS-PERDOMO Edgar. Primera consulta prenatal, EN: SOTO YANCES, Antonio atención integral del embarazo con criterio de riesgo. Cartagena: cívica impresores Ltda. 2007 ISBN 978-958-44-1238-6. p 1-8.
- WHO antenatal Care randomized trial: manual for the implementación of the new model documento on line: <http://www.who.int/reproductive-health/publications> 10/02/2003
- RESOLUCION 412 DEL 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
- LEY 1348 DEL 2011 “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”
- Phelan S. components and timing of prenatal Care, *Obstet Gynecol Clin N Am* 35 (2008) 339–353
- Sergio Casini, Gustavo A. Lucero Sáinz, Martín Hertz y Elsa Andina; GUIA DE CONTROL PRENATAL EMBARAZO NORMAL; División Obstetricia, Hospital Materno Infantil Ramón Sardá 2002
- OMS. Nuevo modelo de control prenatal de la OMS 2003, Ginebra, Suiza. Organización Mundial de la Salud; 2003; 6
- National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health Antenatal Care; routine Care for the healthy pregnant woman; Clinical Guideline; October 2003.
- ICSI Health Care Guideline, Routine Prenatal Care; Thirteenth Edition/August 2009
- Sharon T. Phelan, FACOG; Components and Timing of Prenatal Care; *Obstet Gynecol Clin N Am* 35 (2008) 339–353
- Williams Obstetrics, 23 editions. Chapter 8 Prenatal Care. The McGraw-Hill Companies 2010
- ministerio de proteccion social. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública.
- American College of Obstetricians and Gynecologists: Ultrasonography in pregnancy. Practice Bulletin No. 58, December 200

- Plan decenal de salud pública 2012-2021-Pacto social y mandato ciudadano de mayo de 2012.
- Circular conjunta 0005 “por medio de la cual se intensifican acciones para garantizar la maternidad segura a nivel nacional del 27 de febrero de 2012. , por medio de la cual se intensifican acciones para garantizar la maternidad segura a nivel nacional del 27 de febrero de 2012” del ministerio de salud y protección social
- Resolución 0000710 de 2012 “por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los gerentes o directores de las empresas sociales del estado del orden territorial, su evaluación por parte de la junta directiva, y se dictan otras disposiciones”

# ANEXOS

## Anexo 1

ENCUESTA A USUARIAS QUE ASISTEN AL PROGRAMA DEL CONTROL PRENATAL DE LA ESE  
HOSPITAL LOCAL DE MAHATES DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2011

ENCUESTA N°

EDAD: \_\_\_\_\_ EDAD GESTACIONAL: \_\_\_\_\_ LUGAR DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_

1. ¿Cada cuánto tiempo usted acude a su cita de control prenatal? \_\_\_\_\_
2. ¿Cumple puntualmente a las citas de control prenatal asignadas por el programa?  
Sí  No
3. ¿Cómo califica usted el programa de control prenatal prestado por la E.S.E hospital local de Mahates?  
Excelente  Bueno  Regular  Malo
4. ¿Cómo califica la atención prestada por el médico responsable del programa de control prenatal en la E.S.E hospital Local de Mahates?  
Excelente  Bueno  Regular  Malo
5. ¿Cómo califica la atención prestada por la enfermera responsable del programa de control prenatal en la E.S.E hospital Local de Mahates?  
Excelente  Bueno  Regular  Malo
6. ¿El consultorio donde se realiza su control prenatal tiene los elementos adecuados para el seguimiento de su embarazo?  
Si  No  Porque? \_\_\_\_\_
7. ¿A través de qué medio se enteró usted de la existencia del programa de control prenatal realizado por la E.S.E hospital local de Mahates?  
Medico  Enfermera  Promotora de salud  otro  cuál? \_\_\_\_\_
8. ¿Dentro del programa de control prenatal, las citas de control las atiende:  
Solo médico general   
Solo Enfermera   
Médico y Enfermera   
Eventualmente Ginecólogo   
Todas las anteriores
9. ¿Se realizó usted los exámenes de laboratorio y ecografías ordenadas en el control prenatal durante su embarazo actual?  
Si  No  si su respuesta es no, porque? \_\_\_\_\_
10. Tiene usted alguna sugerencia en especial que permita mejorar el programa de control prenatal de la E.S.E hospital local de Mahates:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Anexo 2

### ENTRENAMIENTO A GESTORES COMUNITARIOS - AGENTES EDUCATIVOS Y ALIANZAS DE USUARIOS

NOMBRE \_\_\_\_\_ VEREDA O CENTRO DE  
SALUD \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

Gestor Comunitario \_\_\_\_\_ Agente Educativo \_\_\_\_\_ Alianza de Usuarios \_\_\_\_\_

RESPONDA:

1. *¿Del control prenatal podemos decir qué?*
  - a. *Se realiza para saber cuándo la mujer va a parir*
  - b. *Es un seguimiento que hace solo el médico para saber cómo está el feto.*
  - c. *Es una serie de acciones que realiza médico, enfermera, ginecólogo, odontólogo para cuidar la salud de la madre y su hijo y detectar alteraciones para realizar tratamiento oportuno.*
  - d. *Todas las anteriores son ciertas.*
2. *El principal objetivo del control prenatal es:*
  - a. *Conocer las semanas de embarazo.*
  - b. *Identificar e intervenir oportunamente los factores de riesgo del embarazo.*
  - c. *Saber si el feto está en buena posición.*
  - d. *Deducir la fecha probable de parto.*
3. *Es un signo o un síntoma de alarma durante el embarazo.*
  - a. *Salida de sangre o líquido por la vagina*
  - b. *La hipertensión arterial*
  - c. *La hinchazón en tobillos, piernas, manos o cara.*
  - d. *Todas las anteriores son ciertas.*
4. *El ofrecimiento de la asesoría y consejería para la prueba del VIH en el embarazo se le debe hacer a:*
  - a. *Solo a las embarazadas que acuden al control prenatal.*
  - b. *Solo a las embarazadas que presenten conducta de riesgo.*
  - c. *No se debe ofrecer si ya está cerca la fecha del parto.*
  - d. *Todas las embarazadas esté o no en Control prenatal, cualesquiera que sean las semanas de embarazo, incluso al momento del parto.*
5. *Es un factor de riesgo durante el puerperio.*
  - a. *Sangrado vaginal más de 8 días y la no tomar la medicina ordenada por el medico*
  - b. *Mala higiene personal.*
  - c. *La anemia y la mala alimentación*
  - d. *Todas las anteriores*

**RESPUESTA EXAMEN PREVIO**

1.	<input type="radio"/> A	<input type="radio"/> B	<input type="radio"/> C	<input type="radio"/> D	<i>Calificación</i>
2.	<input type="radio"/> A	<input type="radio"/> B	<input type="radio"/> C	<input type="radio"/> D	
3.	<input type="radio"/> A	<input type="radio"/> B	<input type="radio"/> C	<input type="radio"/> D	
4.	<input type="radio"/> A	<input type="radio"/> B	<input type="radio"/> C	<input type="radio"/> D	
5.	<input type="radio"/> A	<input type="radio"/> B	<input type="radio"/> C	<input type="radio"/> D	

**RESPUESTA EXAMEN POSTERIOR**

1.	<input type="radio"/> A	<input type="radio"/> B	<input type="radio"/> C	<input type="radio"/> D	<i>Calificación</i>
2.	<input type="radio"/> A	<input type="radio"/> B	<input type="radio"/> C	<input type="radio"/> D	
3.	<input type="radio"/> A	<input type="radio"/> B	<input type="radio"/> C	<input type="radio"/> D	
4.	<input type="radio"/> A	<input type="radio"/> B	<input type="radio"/> C	<input type="radio"/> D	
5.	<input type="radio"/> A	<input type="radio"/> B	<input type="radio"/> C	<input type="radio"/> D	

**Fuente: Adaptado de Programa de control prenatal de Mutual Ser y Comfamiliar EPSS.**





