

EVALUACION DE LA CALIDAD DEL PROGRAMA DE CONTROL
PRENATAL EN LA UNIDAD OPERATIVA LOCAL JOSE VILLAREAL
TORRES DEL MUNICIPIO VILLANUEVA OPERADO POR LA ESE
CLINICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO C. DURANTE LOS MESES
DE MAYO A OCTUBRE DE 2014

EVALUACION DE LA CALIDAD DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL EN
LA UNIDAD OPERATIVA LOCAL JOSE VILLAREAL TORRES DEL MUNICIPIO
VILLANUEVA OPERADO POR LA ESE CLINICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO
C. DURANTE LOS MESES DE MAYO A OCTUBRE DE 2014

ELIANA MARTINEZ ROMERO
WALTER ANICHIARICO LOPEZ

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
GERENCIA EN SALUD
CARTAGENA DE INDIAS D.T. y C.
2015

EVALUACION DE LA CALIDAD DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL EN
LA UNIDAD OPERATIVA LOCAL JOSE VILLAREAL TORRES DEL MUNICIPIO
VILLANUEVA OPERADO POR LA ESE CLINICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO
C. DURANTE LOS MESES DE MAYO A OCTUBRE DE 2014

ELIANA MARTINEZ ROMERO
WALTER ANICHIARICO LOPEZ

TRABAJO DE GRADO

DR. SAMUEL ARTEAGA

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
GERENCIA EN SALUD
CARTAGENA DE INDIAS D.T. y C.
2015

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

DEDICATORIA

A Dios.

Por habernos permitido llegar hasta este punto y habernos dado salud para lograr nuestros objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A nuestros Padres.

Por habernos apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que nos ha permitido ser personas de bien, pero más que nada, por su amor.

A nuestros maestros.

Quienes en el tiempo que compartimos impulsaron el desarrollo de nuestra formación, y nos motivaron a cada día ser mejores.

AGRADECIMIENTOS

A todo el recurso humano del departamento de Gerencia en Salud de la Universidad de Cartagena, a la Clínica Maternidad Rafael Calvo, Unidades operativas locales de los municipios Clemencia y San Cristóbal. Al Dr. William Peña y Dr. Samuel Arteaga quienes hicieron parte fundamental de los aspectos metodológicos de este trabajo de grado, y a todos aquellos que de manera directa o indirecta colaboraron para que este trabajo pudiera cristalizarse. Muchísimas gracias, que Dios los bendiga.

CONTENIDO

	Pág
INTRODUCCIÓN	13
1. OBJETIVOS	14
1.1.1 OBJETIVO GENERAL	
1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
2.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	15
2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	18
3 JUSTIFICACIÓN	19
4 ESTADO DEL ARTE	22
5. MARCO TEORICO	25
6 METODOLOGIA	51
6.1 TIPO DE ESTUDIO	51
6.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	51
6.3CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	52
6.4 MATERIALES	52
6.5 CARACTERISTICAS POBLACIÓN	52
6.6 VARIABLES	53

7 DESARROLLO DEL PROYECTO	55
7.1 ANÁLISIS DEL DESARROLLO DEL PROYECTO	55
8 CONCLUSIONES	71
9 BIBLIOGRAFÍA	74

LISTA DE TABLAS

	Pág
Tabla 1: Paraclínicos en el control prenatal	27
Tabla 2: Paraclínicos en el control prenatal	27
Tabla 3: Estadística causas de mortalidad materna 2010-2011	47
Tabla 4: Situación reportada por la OMS para el año 2010 en Colombia	49
Tabla 5: Variables aplicadas Institución	52
Tabla 6: Variables aplicadas a paciente	52
Tabla 7: Rangos de edades gestantes inscritas en programa de control prenatal	55
Tabla 8: Aseguradora a la cual pertenecen las gestantes inscritas al programa de control prenatal	56
Tabla 9: Régimen de salud al que pertenecen las gestantes inscritas al programa de control prenatal	57
Tabla 10: Tabla 10: Edad gestacional al ingreso al control prenatal	58
Tabla 11: Trimestre de ingreso al control prenatal	59
Tabla 12: Estado civil gestantes inscritas al control prenatal	60
Tabla 13: Registro en historia clínica de talla y peso de gestantes	61
Tabla 14: Método utilizado para confirmar gestación al ingresar a control prenatal	61
Tabla 15: Paraclínicos solicitados según norma técnica Res. 0412 de 2000	62
Tabla 16: Paridad de gestantes al ingreso del control prenatal	63
Tabla 17: Antecedentes obstétricos referente a la terminación de la gestación	64
Tabla 18: Embarazo planificado por gestante	65
Tabla 19: Clasificación de riesgo obstétrico durante control prenatal	65
Tabla 20: Encuesta de satisfacción gestantes	67

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág
Grafica 1: Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales	36
Grafica 2: Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales por regiones	36
Grafica 3: Porcentaje de atención institucional de parto y porcentaje de partos atendidos por personal calificado	37
Grafica 4: Cobertura de atención institucional de parto según regiones	38
Grafica 5: Cobertura de atención institucional de parto según regiones	43
Grafica 6: Razón de mortalidad materna a 42 días(por 100.000 nacidos vivos	43
Grafica 7: Razón de mortalidad materna en áreas urbanas y rurales. 2010	44
Grafica 8: Proporción de mortalidad por tipo de afiliación en salud	44
Grafica 9: Tendencia razón de mortalidad materna en Bolívar-Colombia 2005-2009	46
Grafica 10: Rangos de edad por grupo poblacional gestantes inscritas al programa de control prenatal	56
Grafica 11: Aseguradora a la cual pertenecen las gestantes inscritas al programa de control prenatal	57
Grafica 12: Régimen de salud al que pertenecen las gestantes inscritas al programa de control prenatal	57
Grafica 13: Edad gestacional al ingreso al control prenatal	58
Grafica 14: Trimestre de ingreso al control prenatal	59
Grafica 15: Estado civil gestantes inscritas al control prenatal	60
Grafica 16: Paraclínicos solicitados según norma técnica Res. 0412 de 2000	62
Grafica 17: Paridad de gestantes al ingreso del control prenatal	64
Grafica 18: Antecedentes obstétricos referente a la terminación de la gestación	64
Grafica 19: Embarazo planificado por gestante	65
Grafica 20: Clasificación de riesgo obstétrico durante control prenatal	66
Grafica 21: Encuesta de satisfacción gestantes	68

LISTA DE FIGURAS

	Pág
Figura 1. Razón de mortalidad materna según departamentos	45

LISTA DE ANEXOS

	Pág
Anexo A. Encuesta de satisfacción	76

RESUMEN

El control prenatal es un proceso que requiere el engranaje de infraestructura, recurso humano y aspectos sociales, esta sistematizado en nuestro país en la guía 412 del ministerio de la protección social y debe cumplir con requisitos mínimos para que sea considerado de Calidad. Está demostrado que la aplicación del control prenatal ha reducido la mortalidad materna, los partos extra hospitalarios y se evidencian mejores resultados perinatales, sin embargo un aumento de la cobertura no es suficiente para lograr el verdadero impacto del control prenatal en nuestra población, se debe medir la calidad del control prenatal de manera que realmente en él se detecten tempranamente los factores de riesgo de las gestantes y más importante aún se realicen las medidas preventivas que traerían como resultado menor morbilidad y mortalidad materna, menores costos en la atención y resultados perinatales favorables. Se realiza en este estudio una revisión de la bibliografía del tema, nuestro contexto en control prenatal y mortalidad materna, estudios que se han realizado en otras partes de nuestro país sobre aspectos de calidad y se realiza la evaluación del control prenatal del municipio de Villanueva en base a las historias clínicas de pacientes recolectadas durante seis meses, reconocimiento de infraestructura y calidad subjetiva.

INTRODUCCIÓN

Con el presente proyecto se pretende evaluar la calidad del programa de control prenatal de ESE Clínica Maternidad Rafael calvo C. Unidad operativa Local José Isabel Villarreal Torres del Municipio de Villanueva del departamento de Bolívar. Para lo cual tomaremos como referencia la normatividad vigente en Colombia para atención de alteraciones del embarazo y puerperio (Resolución 0412 de 2000). Así como la normatividad referente a la habilitación en temas de infraestructura; ya que los estándares evaluados en esta, son los mínimos a cumplir para lograr una prestación de servicio que cumpla con los mínimos estándares de calidad.

Además teniendo en cuenta que la salud materno fetal, se toma como referencia para los indicadores de influencia desarrollo de un país, es de gran importancia vigilar el cumplimiento de todas las recomendaciones que emite la normatividad para garantizar una atención de calidad que impacte en la disminución de morbimortalidad materno fetal.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluación de la calidad del programa de control prenatal en la Unidad Operativa Local Hospital José Villareal Torres del Municipio de Villanueva operada por la ESE Clínica Maternidad Rafael Calvo durante los meses de mayo a octubre del año 2014 con el fin de mejorar la prestación del servicio

1.1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Evaluar historias clínicas de pacientes que asisten a consulta en unidad operativa local de Villanueva y analizar pautas que debe seguir historia de control prenatal.
- Evaluar si el programa de control prenatal cumple con los criterios de habilitación en cuanto a infraestructura y recurso humano
- Determinar el grado de satisfacción de las gestantes que consultan al servicio.
- Comprobar si se cumplen las guías de manejo de atención prenatal vigentes en el país.

2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

La Unidad Operativa Local Hospital Local José Villarreal Torres del Municipio de Villanueva - Bolívar, es una institución pública que se encuentra operada por la ESE Hospital Regional de Bolívar, hasta el 31 de marzo de 2012, pasando a partir del 1 de abril del año 2012 a la operación externa por la ESE Clínica Maternidad Rafael Calvo C; institución que se dedicaba a la atención exclusiva de pacientes de los servicios de Ginecología y Obstetricia; decisión tomada por la junta departamental, haciéndose efectiva mediante un contrato suscrito por la ESE Clínica Maternidad Rafael Calvo C y ESE Hospital Regional de Bolívar, quedando este último bajo la figura de interventor de la Unidad Operativa antes mencionada; iniciando a manejar la ESE CMRC nuevos servicios que no se eran prestados por la anterior operación como la consulta externa y laboratorio clínico, y la continuidad del servicio de urgencia; al igual como programas de promoción y prevención en los cuales la ESE CMRC no tenía experiencia manejando como son crecimiento y desarrollo, alteraciones adulto – joven, alteraciones del adulto, agudeza visual entre otros. Históricamente la Unidad Operativa Local tiene serios problemas de infraestructura, que hasta hace poco se encuentra en intervención por la ESE CMRC.

El Control Prenatal forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo¹ y prevenir la mortalidad materna y perinatal. Es uno de los programas de Promoción y Prevención bandera instituido en el marco del programa “Maternidad segura”, implementado en el año 2012, como prueba piloto por DADIS mediante la ESE Clínica maternidad Rafael Calvo. Consiste en un conjunto de acciones que involucran visitas seriadas de parte de la embarazada a la institución de salud con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, diagnosticar las condiciones

feto - maternas, identificar factores de riesgo y educar a la gestante para el parto, maternidad y la crianza.²³La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo considera una prioridad. ⁴

El control prenatal debe ser precoz, periódico, completo y gratuito, además debe garantizar amplia cobertura.⁵

La brecha social y el acceso a servicios de salud impacta de manera importante en la calidad de la atención prenatal de las gestantes, en un estudio de morbilidad materna severa en pacientes hospitalizadas se evidencio que aquellas afiliadas al régimen contributivo, con control prenatal adecuado evolucionaban a complicaciones extremas en menos del 1,1% de los casos, dato que contrasta con 15% en embarazadas que no cuentan con adecuados servicios de salud.⁶Igualmente seha demostrado que las pacientes de estratos socioeconómicos más bajos tienen pocas citas a control prenatal. En algunos estudios se encontró una amplia variación relacionada con la financiación y la organización de la atención.⁷

La población de gestantes de Villanueva está compuesta por grupos poblacionales en su mayoría en edades extremas para la gestación, con alto riesgo de complicaciones durante la misma gestación y su terminación, dentro de las cuales existe falta de educación y concienciación de la importancia de ingresar y asistir adecuadamente a un control prenatal, lo que conlleva a la no prevención y detección temprana de posibles complicaciones por embarazos de alto riesgo.

Muchas pacientes tienen dificultades para trasladarse a la consulta de control prenatal, y adherencia los programas, vacunas y medicamentos⁸la accesibilidad de las gestantes de las veredas del Municipio de Villanueva está limitada por la no implementación del programa en uno de sus corregimientos, ya que algunas no cuentan con vías adecuadas o un transporte para asistir con periodicidad al control prenatal.

La infraestructura con que cuentan las unidades operativas en el servicio de consulta externa no son adecuadas ya que no cuentan con una sala de espera, con las condiciones mínimas exigidas , suficientes baños, dispensadores de agua, entre otras condiciones que se establecen para prestar el servicio.

En Colombia existen guías y protocolos de manejo para la prevención de complicaciones de la gestación y el parto, en la resolución 0412, el Ministerio de Protección Social considera inaceptables ciertas complicaciones materno-fetales: la sífilis gestacional, sífilis congénita, morbilidad materna extrema y mortalidad materno infantil; para las cuales el control prenatal es fundamental para su prevención y detección temprana. Sin embargo varios estudios se ha demostrado que en general, en los programas de control prenatal, existe poca adherencia del personal de salud a los protocolos, esto se ve afectado por un sin número de problemas en infraestructura y suministros.⁹

Muchos estudios sostienen que la evaluación de la calidad de los programas del control prenatal es fundamental para la implementación de mejoras en los servicios, sin embargo no se han definido pautas para la evaluación de estos y no se está llevando a cabo control de calidad, lo que impide trazar planes de optimización enmarcados en las necesidades de las gestantes de una comunidad.

Por lo cual nos hacemos la siguiente pregunta problema:

2.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es la calidad del programa de control prenatal en la Unidad Operativa Local Hospital José Isabel Villarreal Torres operado por la ESE Clínica Maternidad Rafael Calvo C, durante Mayo a Octubre de 2014?

3 JUSTIFICACIÓN

La atención prenatal se configura como el pilar fundamental de la atención materno-infantil, siendo el objetivo a fortalecer dentro de la atención primaria. Recibiendo especial apoyo del estado.

Se ha demostrado que realizar y llevar un adecuado control prenatal es el pilar fundamental para la prevención de complicaciones maternas y perinatales; se calcula que las mejoras en la calidad del Control prenatal reducirían en 80% las muertes evitables.⁹

La mayoría de modelos de control prenatal no han sido sometidos a una evaluación científica rigurosa, sin embargo algunos estudios han demostrado que éstos no cumplen con los criterios de calidad.¹⁰ Es conocida la asociación entre mortalidad evitable y calidad del control prenatal por lo que se recomienda revisar los servicios prestados en las instituciones que prestan servicios de salud a población materno-infantil. Sin embargo, la falta de evidencia no ha permitido identificar estrategias exitosas,¹¹ muchas investigaciones respaldan la importancia de la realización de estudios que permitan evaluar la calidad del control prenatal, la educación de las pacientes y el personal de salud, y recomiendan estas acciones con el fin de optimizar los servicios prestados^{12, 13, 14, 15}

La realización de estudios de calidad a los programas de Control prenatal, impactaría de manera importante en la población objeto ya que permitiría realizar mejoras teniendo en cuenta la idiosincrasia, las barreras socioeconómicas,

geográficas, tecnológicas propias de cada población para de esta manera implementar estrategias que sean efectivas en una comunidad específica.

El estudio de la calidad de la atención de primer nivel en cuanto al programa de control prenatal en el Municipio Villanueva permitirá realizar mejoras de fondo y forma que impacten en la atención a las pacientes gestantes en estos municipios.

El conocer la calidad de la atención nos permitiría implementar estrategias que permitan una atención prenatal de alta calidad, con una alta participación de las gestantes en los municipios.¹⁵

4. ESTADO DEL ARTE

Actualmente el control prenatal en países desarrollados se encuentra acorde con las exigencias de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que constantemente monitorea que se cumpla con las exigencias que sobre la materia asiduamente se implantan. Sin embargo en América Latina y el Caribe la mayoría de los partos, (aproximadamente 75%) tiene lugar en los centros asistenciales. En 17 países la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal son mayores de lo previsto para la población en riesgo, de lo que se infiere una deficiente calidad de atención de la salud, poco acceso a servicios de salud debido a barreras económicas o geográficas, o bien que los servicios de salud no están suficientemente equipados o capacitados para abordar el problema.⁽⁹⁾

Tanto así que entre el 20 a 25 por ciento de la población en América Latina y el Caribe no tiene acceso a los servicios de salud u otro tipo de medida de protección social, señala la Organización Panamericana de la Salud (OPS).¹⁶

El mejoramiento de las condiciones de salud materno – infantil sigue siendo uno de los retos más importantes de la salud pública de los servicios de salud (OMS, 2006) a nivel nacional e internacional (plasmado en los Objetivos del Milenio y las Políticas Públicas Nacionales y Distritales).

Es conocido el impacto del control prenatal en la disminución de la mortalidad materna, en la Revista Colombiana de obstetricia y Ginecología fue publicado un estudio de análisis de tendencia durante diez años, donde se analiza las variables en morbilidad y mortalidad materno-infantil con respecto al aumento en la cobertura del control prenatal. ¹⁷

En Colombia se han realizado estudios de evaluación de la calidad del control prenatal, asistencia y adherencia de gestantes a citas en las instituciones de Cali, Popayán y Bogotá, con resultados variables también dependientes de las características de las instituciones estudiadas y la población que atienden, en Bolívar existen cifras de mortalidad materna que son reportadas por las IPS del departamento, los municipios estudiados en este trabajo reportan 0 muertes

maternas, lo cual está ligado a la cercanía del casco urbano y la oportunidad de la remisión, por lo que no puede ser tomado como indicador de calidad en el control prenatal.

Aunque a nivel nacional se llevan estadísticas sobre cobertura de control prenatal/nacido vivo, razón de mortalidad materna y porcentaje de parto institucional, existen pocos estudios a nivel nacional que evalúen los factores que impactan en estas estadísticas y la calidad del control prenatal. Se han realizado estudios de evaluación de la calidad del control prenatal, asistencia y adherencia de gestantes a citas en las instituciones de Cali, Popayan y Bogotá, (18,19,20,21) con resultados variables también dependientes de las características de las instituciones estudiadas y la población que atienden. En el 2014 se realizó un estudio en hospitales públicos de Cartagena el cual encuentra como variables que influyen en la percepción positiva de control prenatal la procedencia urbana y trato de personal de enfermería. (22)

Existe poca evidencia sobre factores asociados y determinantes de la adherencia al control prenatal y la calidad de este. Conocimientos, prácticas de las gestantes y los profesionales de salud en la atención prenatal. (18)

Algunos estudios recomiendan enfocar las investigaciones en la adherencia y calidad del control prenatal tanto en gestantes como el personal de salud(12,13), los resultados en cuidado materno (15) y en comprender los factores socioculturales y medioambientales y específicos de cada comunidad que influyen en los procesos del control prenatal.

La realización de control prenatal de calidad en áreas rurales impacta en el desarrollo del embarazo, enfoque en factores de riesgo y mejores resultados perinatales, por tanto los objetivos deben ir dirigidos no solo a aumentar la cobertura sino a cumplir con los requisitos de calidad.

Por tanto es necesario realizar estudios que evalúen la calidad del control prenatal en términos de evaluación de la calidad, teniendo en cuenta que es una medida de impacto en la morbilidad perinatal.

5. MARCO TEORICO

Control prenatal

El control prenatal es un conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica, el objetivo es la identificación, prevención y terapia oportuna de factores de riesgo, vigilar la evolución del embarazo, prevenir complicaciones y preparara la madre para el parto, la maternidad y la crianza, aplicar medidas que benefician la salud materna y perinatal especialmente en pacientes con estados carenciales o clasificadas como de alto riesgo obstétrico . 10-23

La cobertura de atención prenatal es un indicador de acceso y uso de la asistencia sanitaria durante el embarazo y el aumento de su cobertura es uno de los objetivos del milenio(24). El período prenatal presenta oportunidades para realizar intervenciones que impacten en salud de la madre y sus hijos. Recibir atención prenatal al menos cuatro veces, según lo recomendado por la OMS, aumenta la probabilidad de recibir intervenciones eficaces de salud materna durante las visitas prenatales.

Además de un aumento en la cobertura, es indispensable que el control prenatal tenga los requisitos para que este sea efectivo: que se cumplan los objetivos de la guía de detección temprana, y que se lleve a cabo en condiciones de infraestructura que cumpla con los parámetros de habilitación.19-25

El control prenatal inicia desde la búsqueda activa de las gestantes, apenas una paciente gestante ingresa en el programa debe ser identificada completa y correctamente, ordenar una prueba de embarazo, promover la presencia del compañero o algún familiar en el control prenatal, informar, orientar y educar en lenguaje sencillo apropiado que proporcione tranquilidad y seguridad.(5-26)

La Consulta médica de primera vez debe ser realizada por un médico y tiene por objeto evaluar el estado de salud de la gestante, identificar sus factores de riesgo

biopsicosociales, enfermedades asociadas y propias de la gestación, y establecer un plan de acción para su intervención integral; así como educar a la mujer, compañero o familia al respecto, la duración mínima es de 30 minutos.

La historia clínica prenatal base debe constar de todas las partes de una historia clínica, además debe tener una lista de chequeo que facilite la identificación de los factores de riesgo detectados en la cita de primera vez. Además de estar identificados claramente la historia obstétrica, edad gestacional, signos de alarma, medidas antropométricas, crecimiento uterino y ser llevado en las tablas destinadas para tal fin: Rosso, Mardones, Fescina.

La Solicitud de exámenes paraclínicos requiere consejería y autorización de la mujer gestante, los exámenes obligatorios están relacionados en la Tabla 1. Es importante enfatizar en que cada gestante puede requerir paraclínicos adicionales según los factores de riesgo detectados y hoja de ruta establecida.

A la mujer gestante que asiste por primera vez al control prenatal en el segundo o tercer trimestre deberán solicitársele los paraclínicos de inicio obligatorios y aquellos establecidos para su edad gestacional (Tabla 2)

La Administración de toxoide tetánico es el método más eficaz para prevenir el tétanos neonatal. Se deberán colocar a la gestante dos dosis con un intervalo de un mes entre ellas, en los primeros siete meses de embarazo. Si ya ha sido vacunada dentro de los últimos cinco años, se le administrará una sola dosis de refuerzo (Guía de PAI).

Además se establece la Formulación de micronutrientes que son Ácido fólico para la prevención de los defectos del tubo neural por lo menos en las cuatro semanas previas a la gestación, y en las primeras doce semanas: 4 mg diarios, en mujeres con antecedente de hijo con defecto del tubo neural o en tratamiento con

medicamentos que aumenten su incidencia; y 0,4 mg diarios, en gestantes sin estos antecedentes, calcio hasta completar una ingesta materna mínima de 1200-1500 mg diarios y Sulfato ferroso cuando este indicado como parte de su tratamiento en mujeres gestantes con diagnóstico de anemia.

TABLA 1. Paraclínicos en el control prenatal

Examen	Nivel de evidencia	Valor normal
Hemoglobina y hematocrito(18)	B (Nivel de evidencia 2a, 3)	≥ 11 g/dl
Hemoclasificación(19) (a)	B	
VDRL(20)	A (Nivel de evidencia 1a,2a,3,4)	Negativa
Prueba de ELISA HIV(21)	A (Nivel de evidencia 1a,1b,3,4)	Negativa
Prueba HBs Ag(22)	A (Nivel de evidencia 1b, 3, 4)	Negativa

Tomado: Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. Ministerio de la protección social

TABLA 2. Paraclínicos en control prenatal

Examen	Nivel de evidencia	Valor normal	12a16 sem	20a24 sem	24-a28 sem	28a34 sem
Hemoglobina y Hematocrito (42)	B (Nivel de evidencia 2a, 3)	≥ 11 g/dl				X
VDRL	B	Negativo				X
Urocultivo (a) (43)	A (Nivel de evidencia 1a,2a,3)	Negativo	X			
Prueba de glicemia a la hora con una carga de 50 gr de glucosa (b) (44)	A (Nivel de evidencia 1a, 3)	< 140 mg/dl			X	
Ecografía Obstétrica (c) (45)	A (Nivel de evidencia 1a, 1b)			X		
Frotis de flujo vaginal (d)(46)	A (Nivel de evidencia 1a)		X			

Tomado: Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. Ministerio de la protección social(5)

Según el modelo de control prenatal de la OMS 2001 la información transmitida en las visitas de control debería focalizarse sobre los signos y síntomas de emergencia relacionados con el embarazo y cómo tratarlos, planificación familiar, prevención del cáncer de cérvix y de mama, cuidados del pos parto y del recién nacido.

Todos los consejos verbales deben estar acompañados por instrucciones escritas aún para las mujeres analfabetas, y los centros médicos deben contar con

instrucciones apropiadas para un público analfabeto tales como dibujos y diagramas simples que describen el consejo dado en cada visita. ¹⁰

Todas las actividades del componente básico deberían estar disponibles, incluyendo la derivación a la atención especializada para las mujeres con complicaciones o emergencias.

El nuevo modelo de la OMS debe complementarse con intervenciones específicas (tales como programas para el control del paludismo o programas de prevención de la transmisión vertical de VIH) cuando sean necesarias. En los países desarrollados, cada actividad incluida en el control prenatal Estándar debería ser estudiada o su efectividad comprobada por sólida evidencia antes de ser mantenida en el modelo estándar. ⁵

EVALUACION DE LA CALIDAD DEL CONTROL PRENATAL

Calidad de la atención de salud se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios ⁽²⁷⁾

La evaluación de las intervenciones, permite definir mecanismos para mejorar la integración vertical y horizontal y de esta manera impactar la relación de costo – efectividad de las mismas. La base para el juicio de la calidad en salud es la relación entre las características del proceso de atención médica y sus consecuencias para la salud y bienestar de las maternas.

Respecto a la evaluación de la calidad de las intervenciones, existen según Donabedian (1998), tres aspectos básicos: la estructura, el proceso y el resultado.

Estructura: Las características estructurales de los lugares en donde se imparte la atención tiene una propensión a influir en el proceso de la atención incluyendo las variaciones en su calidad sobre el estado de salud de las gestantes. ²⁸

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

Accesibilidad: Se deben considerar las diversas barreras que pueden impedir o dificultar el uso de los servicios por parte de la población, obstáculos económicos determinados por la capacidad adquisitiva de la población, obstáculos de la organización de los servicios de la atención determinados por su localización física o los horarios de atención; barreras culturales determinadas por actitudes negativas o creencias desfavorables respecto de los servicios. ²⁸

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

Capacidad Instalada

El análisis del proceso proporciona una capacidad instalada relacionada con la demanda de servicios, aunque también tiene competencia en el bienestar de las usuarias. La evaluación de la estructura nos informa sobre cómo podría funcionar un servicio en el caso de disponer de medios idóneos, la del proceso nos proporciona datos reales sobre cómo funciona en la práctica un grupo o Institución que se vaya a valorar ²⁹

Proceso de atención

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

Los indicadores de calidad del proceso son evidenciados por las atenciones directamente, pero están relacionándose a una compleja red de recursos, donde la efectiva interacción del paciente con el servicio de salud define en alguna medida los resultados. Está afectada también por las condiciones estructurales del entorno y particulares del paciente y su familia. Estas evaluaciones de proceso, no aseguran que las intervenciones necesariamente se relacionen con los resultados esperados ya que se entiende que estos dependen de otros muchos factores que están lejos de ser afectados por políticas públicas o reordenamientos propios de los servicios de salud. Para la evaluación de los indicadores de proceso dado que la fuente de información es el registro de atenciones, la historia clínica se convierte en el instrumento principal de estudio, reconociendo las limitaciones que ello entraña. Así mismo es posible utilizar todo documento o archivo que permita evidenciar el proceso de atención de manera directa o indirecta (Jiménez, 2004). (5)

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

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

La calidad del proceso de atención depende esencialmente del acto médico en términos de sus especificaciones técnicas, pero también de la oportunidad en la presentación del servicio, la continuidad del tratamiento, la integridad de la atención, el proceso de educación prenatal y las relaciones interpersonales entre la gestante y quienes prestan el servicio.

A su vez el acto médico es influenciado notablemente por la infraestructura administrativa pues de ella depende disponer oportunamente de la programación

de las citas, disposición del tiempo para cada cita de control prenatal, los equipos y los elementos necesarios para su realización.

Resultados: La evaluación de los servicios debe fundamentarse en una apreciación del impacto sobre las personas que son la razón de ser de los servicios. El resultado último de estas acciones es la efectividad.

Pueden existir diferentes maneras de evaluar esta calidad: valoración de los cambios a nivel biológico, cambios en estado funcional, cambios en estado de salud autoreportados o calidad aproximada con datos que miden la relación de los procesos de atención (como en el caso de la atención prenatal).

Los indicadores de calidad pueden ir enfocados a dos objetivos básicos:

1- La evaluación de la gestión en términos del esfuerzo de la institución prestadora del servicio, es decir la estructura y proceso que conducen al logro de los resultados esperados.

2- La evaluación de la gestión, en términos de sus resultados frente a la población. La evaluación es una función del desempeño administrativo, es la función guía para la dirección de la gestión administrativa.

Paralelamente otra forma de medir la calidad propone dos componentes: la calidad objetiva y la calidad subjetiva .

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

1. Integridad: Solucionar el problema de la gestante.
2. Contenido: Hacer todo lo que haya que hacer.

3. Destreza: Hacerlo bien.
4. Oportunidad: Hacerlo a tiempo.
5. Eficiencia: Cuidado de los recursos.

Calidad subjetiva: Es la sensación que tiene la materna del servicio que está recibiendo, es lo que la paciente siente que necesita en el control prenatal. Es afectada por múltiples factores del entorno: comentarios, comodidad, información u orientación recibida durante el proceso de educación prenatal, relación con el personal de salud. (31,32)

En la evaluación de la calidad del control prenatal, el punto de partida de toda gestión de calidad, consiste en captar las exigencias y necesidades de las maternas y analizar la forma de ofrecerles soluciones que respondan a sus necesidades. Si admitimos ofrecer calidad significa corresponder a las expectativas de las pacientes e incluso sobrepasarla. Esto implica conocer las virtudes y fallas del control prenatal que se ofrece para poder exponerlos o mejorarlos según sea el caso, para ello se deben establecer estándares y evaluar en forma fehaciente los principales componentes de la calidad del servicio: (30,31,32,33)

Carácter tangible: Corresponde al soporte material del servicio, infraestructura, aseo, personal y los soportes de comunicación. Atención del usuario y relación con personal de salud.

Fiabilidad: Consiste en realizar correctamente el servicio desde el primer momento. Normalmente el 96% de las pacientes insatisfechas no realizan reclamaciones pero no vuelven al consultorio y no lo recomiendan.

Oportunidad: Es la capacidad de realizar el servicio dentro de los plazos aceptables para la gestante.

Competencia: Del personal que debe poseer la información y la capacitación necesaria para la realización del servicio.

Cortesía: Expresada a través de la educación, la amabilidad y el respeto del personal y del profesional hacia la paciente.

Credibilidad: Es decir, Ética del profesional que presta el servicio tanto en sus palabras como en sus actos.

Seguridad: Disminución de riesgo y dudas a la hora de realizar, brindar el servicio.

Accesibilidad: Es la facilidad con la que la gestante puede utilizar el servicio en el momento que lo desee o necesite.

Comunicación: Por medio de lenguaje sencillo, realizar educación orientada a los cuidados prenatales, a informar la importancia de llevar a cada cita la carpeta con el carné materno y fotocopia de los exámenes de control prenatal, signos y síntomas de alarma, asesoría en planificación familiar, lactancia materna, cuidados del recién nacido, cuidados pos parto, y el riesgo reproductivo.

Conocimiento de la gestante: Entender y clasificar el perfil de riesgo de la gestante y sus necesidades, para poder implementar el proceso de educación prenatal necesario así el enfoque y las acciones u oportunidades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, son fundamentales para lograr las mejores condiciones de salud de nuestras usuarias.

Características de la atención

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

De calidad: el prestador de salud tendrá la capacidad resolutive y el Equipo de salud capacitado para brindar una atención integral, humanizada y de alto nivel, de acuerdo con el decreto 1011/06 del Ministerio de la Protección Social.

Precoz: la atención debe iniciarse tan pronto se confirme el embarazo.

Periódica: garantizar la atención de la gestante a lo largo de su gestación de acuerdo con sus necesidades.

Con completa cobertura: la atención en salud de la gestante se deberá garantizar de acuerdo con sus necesidades en los diferentes niveles de atención del sistema de salud (ACREDITACION 1445).

Oportuna: deberá brindarse cuando ésta se requiera, de acuerdo con las necesidades de la gestante. Al respecto se anota 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 el programa de control prenatal deben ser tan convenientes como sea posible para favorecer la concurrencia de las mujeres ²⁷

Se ha demostrado que cuanto mayor es el número de horas que las clínicas dedican para la atención de las pacientes, más elevado será el número de mujeres que solicita control prenatal en las mismas. Los prestadores de salud deben dedicar todos los esfuerzos posibles para cumplir con el horario de los turnos y, de esta forma, reducir el tiempo de espera de las pacientes. Mientras sea posible, cualquier intervención o prueba requerida debería realizarse de acuerdo con la comodidad de las mujeres, en lo posible el mismo día que la mujer tiene la consulta (OMS, 2003)

³⁴

El médico a la hora de abordar a una paciente debe tener en cuenta un formato de normativas y procedimientos que lo lleven hacia un fin deseado teniendo en cuenta la estructura de los servicios y los procesos administrativos ²⁸

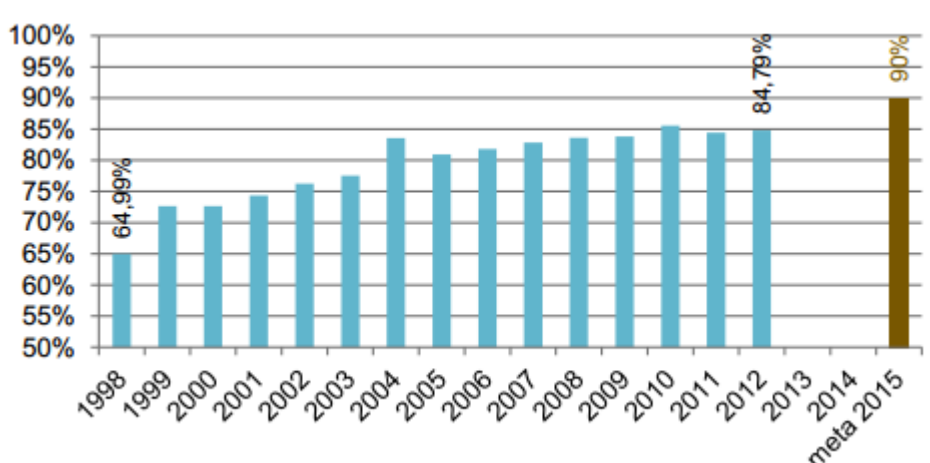
Cobertura del control prenatal Colombia

En el país, se han realizado algunas evaluaciones del uso de servicios prenatales a partir de la valoración de control prenatal adecuado con base en 4 controles durante la gestación, encontrando algunos factores sociodemográficos asociados.

Uno de los análisis que se ha desarrollado frente a la salud materno infantil en Colombia ³⁵ evidencia que existe una relación directa entre un control oportuno (visto como aquel que se inicia antes del 5° mes de gestación) y la edad (es menos frecuente en las adolescentes que el control prenatal sea oportuno), el estado civil de la gestante (más oportuno para las casadas) y en el caso que tenga una residencia urbana. Así mismo se encontró que el hecho de recibir atención por parte de un médico estaba en relación con la paridad, la escolaridad, el estado civil y la residencia.

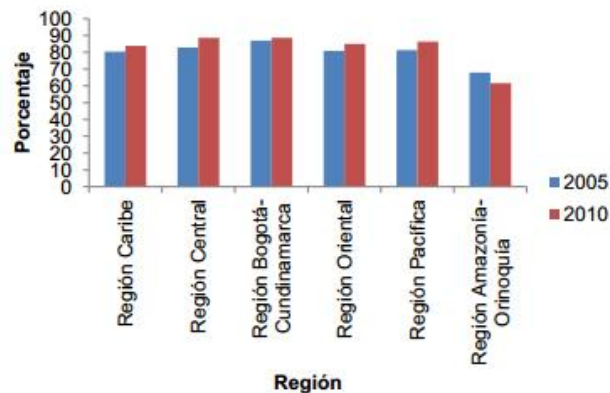
Dentro del estudio de determinantes de uso de servicios prenatales desarrollado con base en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud respecto al litoral pacífico (Aguado, 2007), se encontró que las variables que más inciden en el uso —por parte de las madres— de los servicios de atención prenatal calificada, parto institucional y atención posparto son, en orden de importancia: la afiliación a un régimen de seguridad social en salud, el orden de nacimiento de los hijos e hijas, el nivel de educación y el lugar de residencia de la madre lo que concuerda con otros trabajos de investigación a nivel mundial.

Grafica 1. Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales



Tomado de: *Monitoreo de objetivos de desarrollo del milenio. Boletín de monitoreo y evaluación, Corte Octubre 2014. Disponible en <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/bolet%3ADn%20ODM%202014.pdf>*

Grafica 2: Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales por regiones



Fuente: DANE, y Sistema de Información en Salud del Ministerio de la Protección Social, SISPRO, Cubo de indicadores- 2005 a 2010.

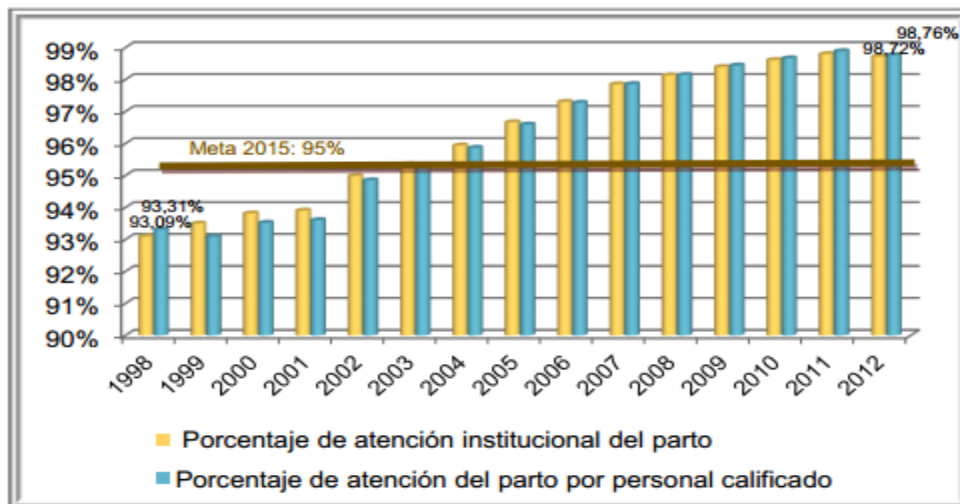
Tomado de: *Análisis de Situación de Salud según regiones Colombia. Ministerio de salud y protección social dirección de epidemiología y demografía. Grupo asis. Ministerio de Salud. 2013. Disponible en:*

<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/An%C3%A1lisis%20de%20situaci%C3%B3n%20de%20salud%20por%20regiones.pdf>

A nivel nacional, se observa una tendencia ascendente de la cobertura del control prenatal hasta el 2010, manteniendo un comportamiento estable a partir de ese año. Estas cifras se pueden contrastar con las de países como Bolivia, con una cobertura de control prenatal del 90% ³⁶ para el 2008 y Chile con 98% ³⁷ para el 2010. Sin embargo en Colombia para el 2010, solamente el 88.6% de las mujeres embarazadas acudieron a 4 o más controles prenatales, variando de 91.2% a 81.4% en zonas urbanas y rurales respectivamente. Es necesario recordar que la Organización Mundial de la Salud considera que el número mínimo adecuado de controles prenatales es de cuatro ³⁸

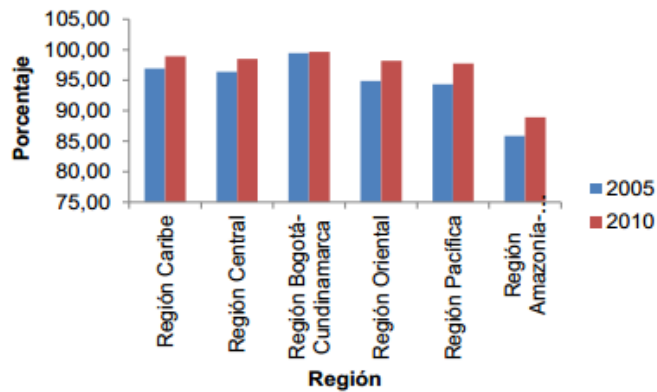
Un indicador del impacto del control prenatal es el porcentaje de partos institucionales que en Colombia han venido en aumento del 6% de 1998 a la fecha. Alcanzando la meta del 95% para 2015 desde 2003 y manteniendo en incremento constante, para 2013 98.7% de partos fueron Atendidos en instituciones prestadoras de salud.

Grafica 3. Porcentaje de atención institucional de parto y porcentaje de partos atendidos por personal calificado



Fuente: Estadísticas Vitales del DANE. La meta del 95% se logró anticipadamente.

Grafica 4. Cobertura de atención institucional de parto según regiones



Fuente: DANE y Sistema de Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO, Cubo de indicadores- 2010.

Tomado de: *Análisis de Situación de Salud según regiones Colombia. Ministerio de salud y protección social dirección de epidemiología y demografía. Grupo asis. Ministerio de Salud. 2013. Disponible en:* <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/An%C3%A1lisis%20de%20situaci%C3%B3n%20de%20salud%20por%20regiones.pdf>

Aspectos del control prenatal en Bolívar

En la encuesta nacional de salud para el departamento de Bolívar 2007, del total de usuarias de consulta externa en control prenatal, en el momento de la encuesta el 35,7% de mujeres utilizó el servicio por primera vez.

El 36,4% de las usuarias ha recibido la recomendación de asistir acompañadas a los controles.

Se realizó pesaje en un 90,0%, toma de altura de la barriga en un 84,1%, toma de presión arterial en un 89,9%, realización de un examen general en un 40,0% y toma de sonidos de la barriga en un 65,4%.

Al 93,7% de usuarias de consulta externa en control prenatal, le ordenaron exámenes de sangre, al 77,2% de las embarazadas le ordenaron examen VDRL o para sífilis y al 99,6% le ordenaron examen de orina.

A las gestantes se les ordenó realizarse las siguientes pruebas: VIH/SIDA al 79,3%, citología vaginal al 46,3%, ecografía obstétrica al 92,8%. En el control prenatal al 73,2% de las usuarias le aplicaron vacunas.

El 59,1% de las usuarias requirió remisión para atención odontológica. De las 18.200 gestantes usuarias-mes de consulta externa en el departamento al 74,9% le formularon calcio en algún control prenatal.

Al 68,5% de las usuarias se les habló sobre la importancia de dar sólo leche materna al bebé durante los primeros 6 meses, el 82,0% de la mujeres confirmó que le habían hablado sobre evitar el consumo de alcohol, fumar o consumir medicamentos no formulados, al 58,1% de gestantes sobre los signos de enfermedad que la obligan a consulta, el 77,8% de usuarias confirmó que le hablaron sobre la importancia de tener un parto en una institución de salud y el 63,1% de mujeres, recibió información sobre los métodos para evitar quedar embarazada de nuevo. ³⁹

En el 2005 80,8% de las embarazadas recibió complemento de hierro siendo para 2010 en región de Bolívar norte de un 92,8% y región de Bolívar sur, correspondiente a un 87,5%, cifras que muestran mejoría de la cobertura.

En el año 2005 se encontró que el 76,2% de embarazadas recibió dos o más dosis de vacuna del toxoide tetánico y el 4,6% de gestantes ninguna dosis; mientras que en el año 2010 se encontró que el 73% de gestantes recibió dos o más dosis de vacuna del toxoide tetánico, observándose leve descenso de la cobertura y que solo el 2,6% no tuvo aplicación de vacuna antitetánica, cifra que mejoró al compararla con el dato de 2005. Sin embargo hay que tener en cuenta un porcentaje

considerable sin información por lo que no se pueden generar datos confiables sobre variaciones de la cobertura.

En 2005 al 30,5% de embarazadas le fue ordenada una prueba de VIH.

En cuanto a déficit de micronutrientes, el estudio realizado en el año 2007 se reveló que en el primer y tercer trimestre de gestación 46. 9% de gestantes presenta anemia (hemoglobina en 11g)

MORTALIDAD MATERNA

La mortalidad materna es uno de los indicadores reconocidos internacionalmente como síntesis de la situación de salud en una sociedad y esta sensiblemente relacionados con la calidad de la atención en salud que se brinde a estas poblaciones (el control prenatal y la atención del parto y puerperio).

La morbimortalidad materna y perinatal es un problema prioritario de salud pública, siendo expresión de desigualdad, la mayor cifra de muertes maternas se dan en países con menor desarrollo, siendo dentro de los mismos más afectada la población pobre y de áreas rurales (4-40)

La cobertura y contenidos de la atención prenatal y durante el parto constituyen factores estrechamente ligados a la salud materno-infantil y son, por lo tanto, elementos que deben ser tomados en cuenta al evaluar la situación general de salud de un país. Es indispensable no sólo el aumento de la cobertura del control prenatal en la población, sino una adecuada intervención de los factores de riesgo que permitan lograr un impacto positivo en la reducción de la morbilidad y mortalidad.²³

El seguimiento a los programas de prevención y promoción a gestantes y evaluación de la calidad permite realizar intervenciones efectivas a favor de una mejora continua en los controles prenatales.---puede ir en calidad

Es prioridad mundial la salud materna e infantil, Colombia se ha comprometido con los objetivos de desarrollo del milenio (ODM), el ODM número 5 sobre salud materna busca disminuir en $\frac{3}{4}$ partes para el año 2015 las muertes maternas en el mundo, en el Conpes 140 de 2011 sobre las metas de Colombia para los objetivos del milenio se establece para el año 2015 la meta de 48.8 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. (41)

En el mundo cada día mueren 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, el 99% de esos casos ocurren en países en desarrollo. la mayoría de ellos en África subsahariana y Asia meridional.

A pesar de importantes esfuerzos en muchas regiones, entre el año 1990 y el 2010 la razón de mortalidad materna a nivel mundial solo ha disminuido en un 3,1% anual, cifra que está lejos de alcanzar la reducción del 5,5% anual para lograr el Objetivo Desarrollo Mundial (ODM) número 5 “Mejorar la Salud Materna” 42

A nivel mundial el escenario de la mortalidad materna muestra que Irlanda, Suecia, Italia, Israel tiene la razón de mortalidad materna más baja (4 – 7 por 100.000 nacidos vivos); mientras que países como Chad y Somalia reportan razones de mortalidad materna extremadamente altas (1100 y 1000 por cada 100.000 nacidos vivos).

En Latinoamérica, la razón de mortalidad materna ha presentado un comportamiento hacia la disminución : para 1990 en 140 por cada 100.000 nacidos vivos, para 2010, de 80 por 100.000 NV.

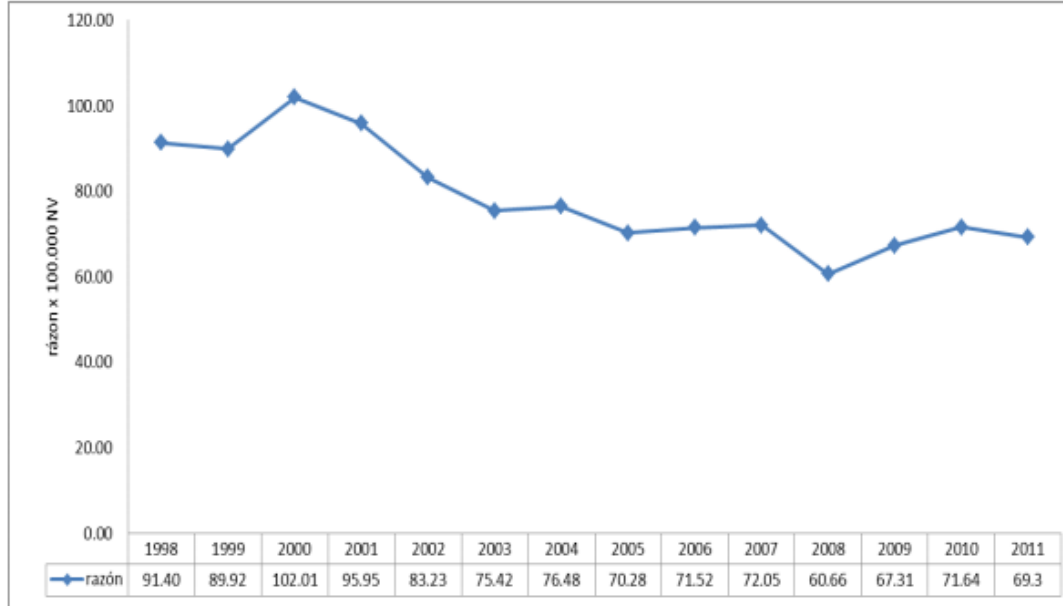
Entre países de América, el nivel de desarrollo marca grandes diferencias: En Canadá la muertes estimadas son 12 por cada 100.000 nacidos vivos, Chile 25 muertes maternas por cada 100.000 NV en el año 2010, mientras que Haití continua con la razón más alta de la región, 325 por cada 100 nacidos vivos, Bolivia con 190, Ecuador 110 por cada 100 nacidos vivos, Perú 67 por cada 100 nacidos vivos. En Colombia la razón de muerte materna se estimó para 2010 en 71,64 por cada 100

mil nacidos vivos la probabilidad de morir por una causa materna durante la vida reproductiva de una mujer es de 1 en 460 mujeres, mientras que en Chile es de 1 en 2000 mujeres. ⁴²

Según un informe del Observatorio Nacional de Salud, Colombia, para el periodo 1998 - 2011 ha presentado una disminución en las muertes maternas durante las últimas décadas, según datos procesados de las estadísticas vitales publicadas por el DANE: Para 1998 la Razón de mortalidad materna fue de 88,2 y en 2011 de 69,3, en 2008 se presentó el menor número de casos y la menor RMM (435; 60,8 por 100 000 nacidos vivos) y en el año 2000 se presentó el mayor número de casos y la mayor RMM (766; 101.7 por 100.000 nacidos vivos).⁴³

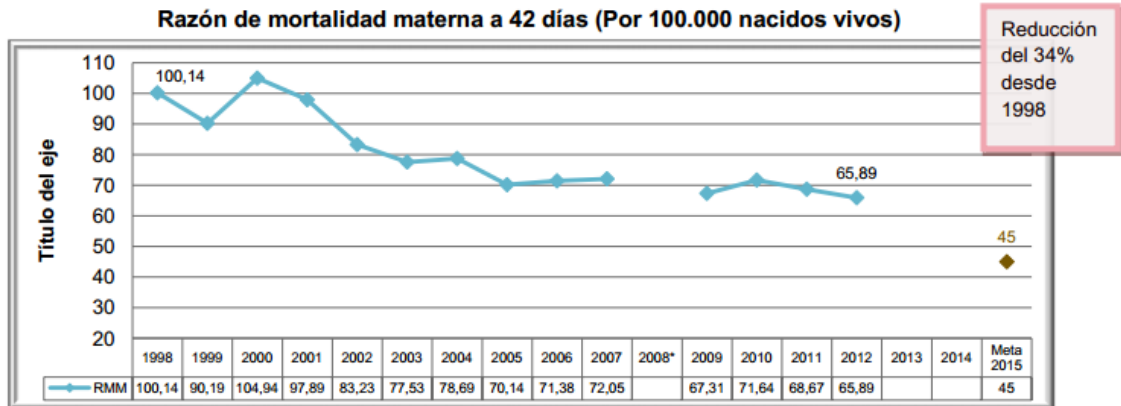
Estos datos deben ser analizados a la luz de muchos factores, a saber, el subregistro, la implementación de herramientas para mejorar la recolección de estadísticas vitales, la desigualdad en el territorio nacional, las barreras de acceso, el uso de modernos métodos anticonceptivos, el embarazo adolescente, entre otros.

GRAFICA 5. Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos. Colombia 1998-2011



Fuente: Cálculos con base en la información de Estadísticas Vitales -DANE

GRAFICA 6. Razón de mortalidad materna a 42 días (por 100.000 nacidos vivos)

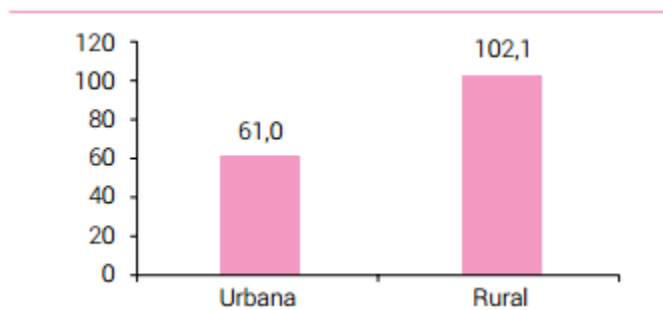


Fuente: Estadísticas vitales del DANE, procesado por el MSPS a partir de datos crudos, sin ajuste. *Indicador del año 2008 no calculado por subregistro pendiente por ajuste

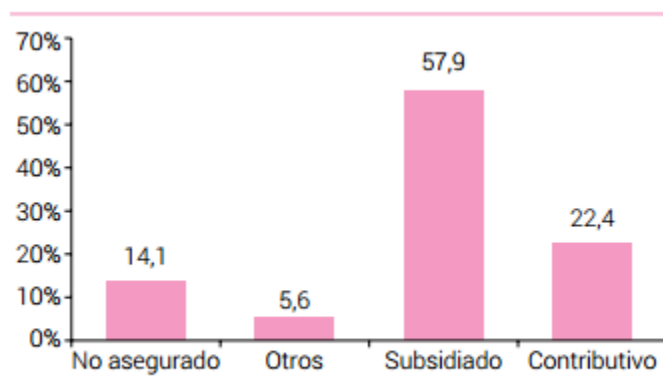
La Razón de mortalidad materna en Colombia presentó una disminución de 3,0% anual (IC 95% 1,8%-4,3%) en el periodo comprendido entre 1998-2011.

Distribuido según área de procedencia y seguridad social, la mayor parte de las gestantes que fallecieron en 2010 pertenecen al área rural y régimen subsidiado de salud.

GRAFICA 7. Razón de mortalidad materna en áreas urbanas y rurales. 2010



GRAFICA 8. Proporción de mortalidad por tipo de afiliación en salud



Fuente: Elaboración PNUD a partir de la información del DANE-EEVV.

Tomado de: *Objetivo de desarrollo del milenio, Programa de las naciones unidas para el desarrollo (PNUD) 2014. Disponible en: <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/english/MDG%20Country%20Reports/Colombia/informeanualodm2014.pdf>*

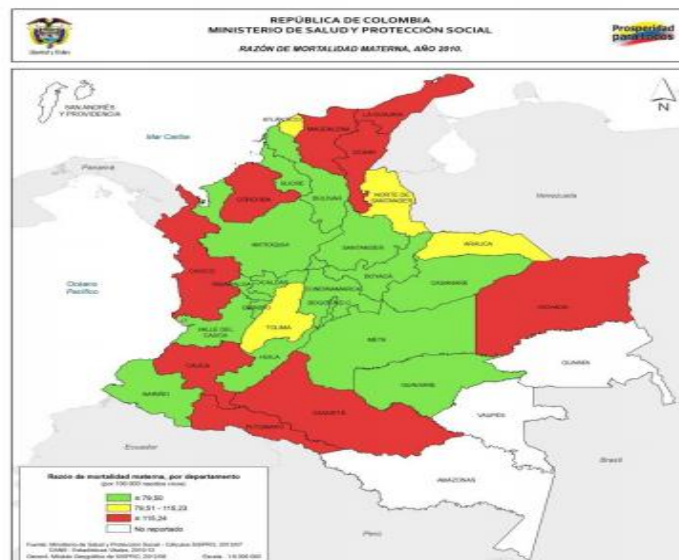
El departamento que presentó la mayor reducción anual fue Caquetá con 7,8%, seguido por Bogotá (6,4%), Valle del Cauca (5,7%), Norte de Santander (5,6%), Nariño (5,6%) Huila (5,5%) Chocó y Tolima (5,5%), Boyacá (3,9%) y Cundinamarca

(3,7%). Antioquia tuvo una reducción más discreta (2,5%) menor que el promedio de reducción para el país.

Los departamentos de Chocó, San Andrés y Providencia, Vichada, Cauca, La Guajira, Guainía, Putumayo, Guaviare, Amazonas, Vaupes, Nariño y Cesar, fueron los departamentos con mayor razón de mortalidad materna, la cual se mantuvo por encima de la media del país. Los departamentos con menor razón de mortalidad materna, que se conservaron menores al promedio nacional, fueron Quindío, Boyacá, Santander, Tolima, Bogotá, Risaralda, Norte de Santander, Huila, Valle del Cauca y Antioquia.

En el mapa #1 se identifican cuales son los departamentos con mayor razón de mortalidad materna para el año 2010

MAPA 1. Razón de mortalidad materna según departamentos



Fuente: DANE y Sistema de Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO, Cubo de indicadores- 2010.

Mapa 6. Tasas de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos, según departamentos. Colombia, 2010

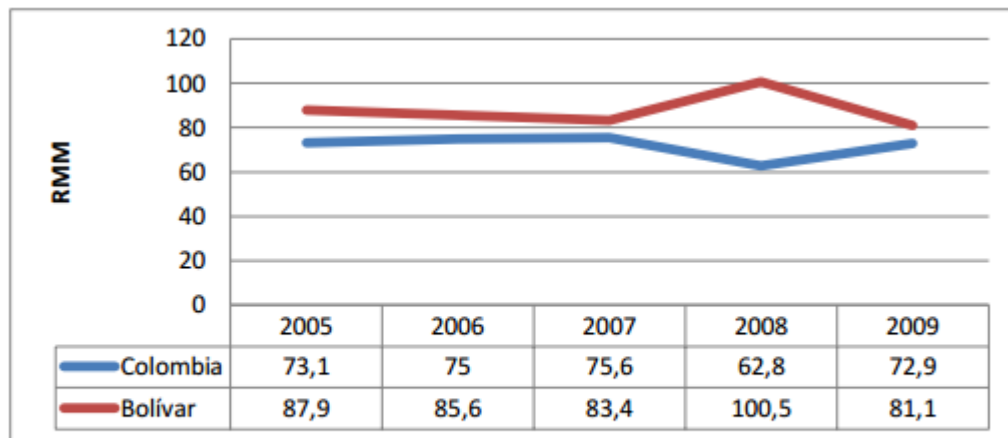
Tomado de: Análisis de Situación de Salud según regiones Colombia. Ministerio de salud y protección social dirección de epidemiología y demografía. Grupo asis. Ministerio de Salud. 2013. Disponible en:

<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/An%C3%A1lisis%20de%20situaci%C3%B3n%20de%20salud%20por%20regiones.pdf>

Como observamos Bolívar persiste con tasas de mortalidad significativamente altas a pesar de los esfuerzos por disminuir las cifras.

En los últimos años, en Bolívar, la tendencia va hacia el aumento, observándose el mayor pico en el año 2008, con una razón de mortalidad materna de 100,5 x 100.000 N.V. la cual disminuyó considerablemente para el año 2009 (81,1x 100.000 N.V.) debido a las acciones desarrolladas en plan de mejoramiento para la reducción de la mortalidad materna, tales como promoción de salud y calidad de vida, fortalecimiento de accesibilidad a servicios de salud, Información y educación sobre señales de alarma en la comunidad, vigilancia de morbilidad materna extrema. Sin embargo este aumento se puede explicar como un esfuerzo en mejorar el registro y captación de casos de mortalidad materna. 44

GRAFICA 9. Tendencia razón de mortalidad materna en Bolívar-Colombia 2005-2009



Fuente: DANE. Estadísticas vitales 2005 - 2009

Entre los factores que se pueden relacionar con este evento, existen barreras geográficas para acceder a los servicios de mediana y alta complejidad, dificultad en los procesos de referencia y contrareferencia de los pacientes. Se han detectado debilidades relacionadas con la aplicación de normas y protocolos, que se refleja en la calidad de los servicios. Al igual que factores culturales relacionados con la poca asistencia a control prenatal o atención de parto domiciliario y poco empoderamiento de la comunidad frente a derechos sexuales y reproductivos. 44

La causas de mortalidad materna en el periodo 2010-2011, según el SIVIGILA, se relacionan a continuación:

TABLA 3. Estadística causas de mortalidad materna 2010-2011

CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA		
CAUSA	NUMERO DE CASOS	PORCETAJE DEL TOTAL DE MUERTES
Trastornos hipertensivos	299	22.4
Complicaciones hemorrágicas	262	21
Sepsis no ginecobstetricas	85	6.2
Sepsis ginecobstetricas	83	6.2
Infecciones respiratorias	74	5.5
En estudio	64	4.8
Aborto	60	4.5
Tromboembolismo pulmonar	22	4.1
Cardipatias	50	3.7
Oncologicas	46	3.4

Durante el año 2010 ocurrieron 485 muertes maternas en el país. El 40,41% (196 muertes) se deben a afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte, el 21,44% (104 muertes) a edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio y el 16,70% (81) ⁴⁵

Las principales causas de las muertes maternas que se presentaron en Bolívar del 2005 al 2009, según fuente DANE, son en primer lugar los trastornos hipertensivos durante el embarazo, el parto y el puerperio (26,2%), seguido de complicaciones del trabajo del parto y del parto (20.8%). Lo cual no es ajeno a la realidad nacional donde los dos primeros lugares se deben a Trastornos hipertensivos y complicaciones hemorrágicas, y va de la mano con las documentaciones científicas que resaltan que el tiempo de mayor riesgo para muerte materna son el parto y las primeras dos horas del puerperio relacionados con crisis hipertensivas y hemorragias.

Cabe anotar que en el 27,5% de los casos se registraron como otras afecciones obstétricas no clasificadas no definiéndose la causa de muerte, lo cual no es determinante para el análisis de los casos. ⁴⁴

Hay consenso en identificar que casi la totalidad de las causas de muertes maternas del país podrían evitarse con programas de control prenatal de calidad, servicios oportunos y calificados en el proceso del parto, de un buen seguimiento postparto y servicios de planificación familiar. Para 1998 el porcentaje de nacimientos con cuatro o mas controles prenatales es del 64.5%, para el 2007 el valor es de 83.6%

TABLA 4. Situación reportada por la OMS para el año 2010 en Colombia

Atención prenatal (%) 2008-2012*, Por lo menos 1 visita	97
Atención prenatal (%) 2008-2012*, Por lo menos 4 visitas	88.6
Atención durante el parto (%) 2008-2012*, Nacimientos atendidos por personal especializado	99
Atención durante el parto (%) 2008-2012*, Partos en instituciones	99.1
Atención durante el parto (%) 2008-2012*, Cesárea	43.8
Tasa de mortalidad derivada de la maternidad , 2008-2012*, registrada	72.9
Tasa de mortalidad derivada de la maternidad , 2010, ajustada	92
Tasa de mortalidad derivada de la maternidad , 2010, Riesgo de mortalidad de la madre en su vida: (1 en:)	430

46

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

El presente proyecto es de tipo cualitativo prospectivo, donde se evaluara la calidad del programa de Control Prenatal que presta la ESE Clinica Maternidad Rafael Calvo C. Unidad operativa local Jose Isabel Villarreal Torres en el Municipio de Villanueva, se realizara la evaluación teniendo en cuenta los estandares de Habilitación minimos para la prestación con Calidad del Programa de Control Prenatal, de la ESE Municipal durante los meses de mayo a octubre del año 2014.

La población objeto de la presente investigación son las Gestantes inscritas al programa de Control Prenatal de la ESE Clinica Maternidad Rafael Calvo C. Unidad Operativa Local Jose Isabel Villarreal Torres del Municipio de Villanueva entre los meses de mayo a octubre del año 2014.

Se tomo una muestra de las Gestante inscritas entre el periodo de tiempo mencionado aplicando la formula de muestra representativa teniendo un nivel de confiabilidad del 99% y un margen de error del 1%, para la revision de historias clinicas basandose en la adherencia a la guia de atención de la Resolución 0412 del año 2000 y aplicación de encuestas de satisfacción. Los siguientes fueron los criterios de inclusion y exclusion usados en el estudio para la selección dela población objeto:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Gestantes inscritas en el programa de Control Prenatal entre los meses de mayo a octubre de 2014 en la ESE Clínica Maternidad Rafael Calvo C. Unidad Operativa Local José Isabel Villarreal Torres.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres en edad fértil que no estén inscritas en el programa de Control Prenatal de la ESE Clínica Maternidad Rafael Calvo C. Unidad Operativa Local José Isabel Villarreal Torres del Municipio de Villanueva
- Sexo masculino
- Mujeres en edad no fértil

MATERIALES

- Encuestas de satisfacción al usuario(ESE Clinica Maternidad Rafael Calvo C. UOL)
- Auditoria de Historia Clínica de Control Prenatal
- Verificación adherencia guía de Atención Control Prenatal Resolucion 0412
- Estandares de Habilitación 1441 de 2013 (Consultorio de Control Prenatal y Sala de Espera)
- Estandares Habilitación Infraestructura

Características de la población

La población objeto escogida aleatoriamente y de acuerdo a la formula anteriormente mencionada fue de 180 gestantes con diferentes riesgos obstétricos y de todos los rangos de edad.

Variables

Aplicados a la institución

Tabla 5. Variables aplicadas Institución

VARIABLE	CLASIFICACION	OPCIONES
Infraestructura cumple requisitos de habilitación	Cualitativa/Nominal Dicotomica	Si No
Recurso humano idoneo	Cualitativa/Nominal Dicotomica	Si No
Procesos cumplen con todos los requisitos de guía 0412	Cualitativa/Nominal Dicotomica	Si No
Satisfacción del usuario	Cualitativa/Nominal Dicotomica	Satisfecho No satisfecho

Tabla 6. Variables aplicadas a paciente

VARIABLE	CLASIFICACION	OPCIONES
Edad	Cualitativa/Nominal Intervalo	Se establecerán intervalos según resultados obtenidos
PRIMER CONTROL	Cuantitativa	Nº semana
Numero de controles durante el embarazo	Cuantitativa Continua	Menos de 4
		4 A 6
		Mas De 6

Primera consulta fue realizada	Cualitativa/Nominal Dicotomica	Medico
		Enfermera
Factores de riesgo	Cualitativa/Nominal Dicotomica	Si
		No
Historia clínica	Cualitativa/Nominal Dicotomica	Incompleta
		Completa
Hemograma	Cualitativa/Nominal Dicotomica	Si
		No
Hemoclasificacion	Cualitativa/Nominal Dicotomica	Si
		No
Ruta para madre Rh negativa	Cualitativa/Nominal Dicotomica	Si
		No
VDRL	Cualitativa/Nominal Dicotomica	Si
		No
VIH	Cualitativa/Nominal Dicotomica	Si
		No
Glicemia	Cualitativa/Nominal Dicotomica	Si
		No
Educación	Cualitativa/Nominal Dicotómica	Si
		No
Ecografía obstétrica 1 trimestre	Cualitativa/Nominal Dicotómica	Si
		No
	Cualitativa/Nominal	Si

Ecografía obstétrica 2 trimestre	Dicotómica	No
Ecografía obstétrica 3 trimestre	Cualitativa/Nominal Dicotómica	Si
		No
Citología cervical	Cualitativa/Nominal Dicotómica	Si
		No
Frotis vaginal	Cualitativa/Nominal Dicotómica	Si
		No
Urocultivo	Cualitativa/Nominal Dicotómica	Si
		No
Otros de acuerdo a factores de riesgo	Cualitativa/Nominal Dicotómica	Si
		No
Toxoide tetánico	Cualitativa/Nominal Dicotómica	Si
		No
Formulación de micronutrientes	Cualitativa/Nominal Dicotómica	Si
		No
Diligenciamiento del carnet	Cualitativa/Nominal Dicotómica	Si
		No
Grado de satisfacción	Cualitativa/Nominal	Bueno
		Regular
		Malo

8 DESARROLLO DEL PROYECTO

1. Selección de la muestra (embarazadas que asisten al control prenatal, Historias clínicas, centros de salud)
2. Elaboración de los instrumentos (listas de verificación y encuestas).
3. Verificación del cumplimiento de la normatividad y condiciones de calidad en consultorios y en atención a gestantes por parte de los profesionales de salud.
4. Consolidación y análisis de la información

8.1 Análisis del proyecto

Se recolectan datos durante seis meses, en total se revisan 155 historias de gestantes, que ingresaron a control prenatal entre mayo a octubre de 2014, todas las pacientes pertenecen a zona rural, municipio de Villanueva, veredas y corregimientos de la zona y han ingresado a su control prenatal en la ESE del municipio de Villanueva. Los datos se ingresan a una matriz en Excel diseñada para ese fin.

Se encuentra como generalidad que solo hay 21 historias clínicas completas para la edad gestacional

Las edades de las gestantes incluidas en el estudio se distribuyen: 7 tienen menos de 15 años, 64 entre 15-19 años, 77 entre 19-35 años, 4 mayor de 35 años, y una sin información.

Tabla 7: Rangos de edades gestantes inscritas en programa de control prenatal

<15	15 - 19	20 - 35	>35	Total
7	64	77	5	153
5	42	50	3	100

Grafica 10: Rangos de edad por grupo poblacional gestantes inscritas al programa de control prenatal



En cuanto a la vinculación en el régimen de seguridad social en salud, la mayoría de pacientes pertenecen al régimen subsidiado, aún hay 10 pacientes vinculadas, y 27 sin información.

Tabla 8: Aseguradora a la cual pertenecen las gestantes inscritas al programa de control prenatal

EPS	AFILIADOS
AMBUQ	32
CAPRECOM	29
COOSALUD	12
MUTUAL	42
SALUD VIDA	1
VINCULADAS	10
SIN INFORMACIÓN	27

Grafica 11: Aseguradora a la cual pertenecen las gestantes inscritas al programa de control prenatal

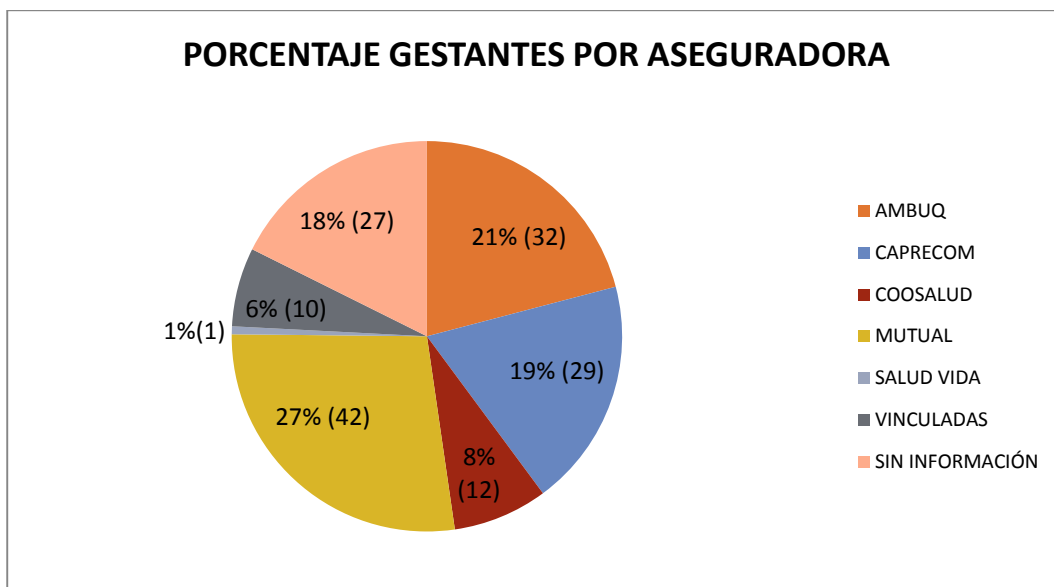
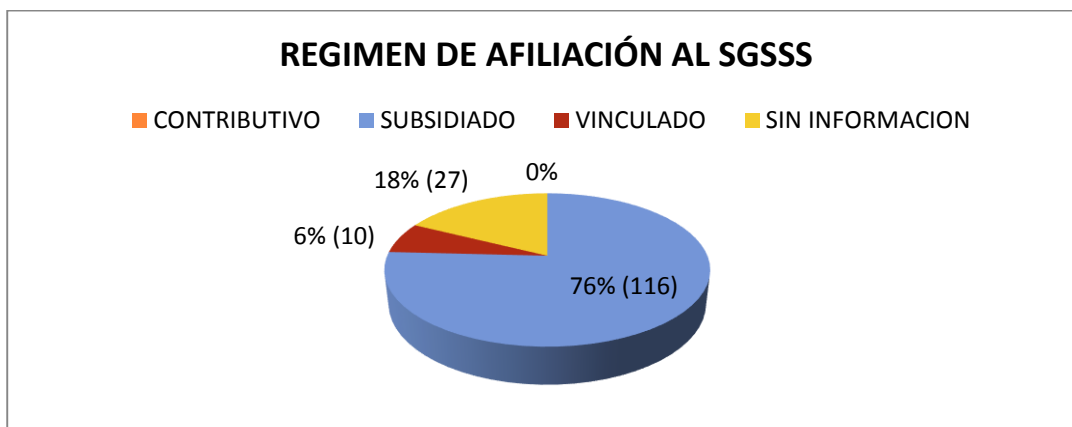


Tabla 9: Régimen de salud al que pertenecen las gestantes inscritas al programa de control prenatal

CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	VINCULADO	SIN INFORMACION
0	116	10	27

Grafica 12: Régimen de salud al que pertenecen las gestantes inscritas al programa de control prenatal



Llama la atención que por lo menos el 6.5% de las gestantes se encuentran vinculadas, aun siendo una población priorizada en cobertura en salud, probablemente hay más dentro de las pacientes con esta información faltante, lo que puede ser una alerta en cuanto a la asesoría prestada a estas gestantes o el grado de compromiso de ellas mismas con su embarazo.

Grafica 13: Edad gestacional al ingreso al control prenatal

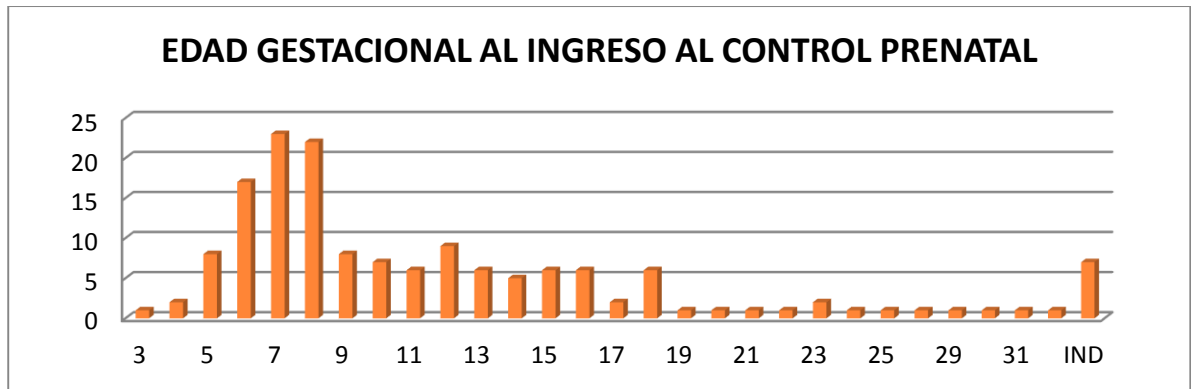


Tabla 10: Edad gestacional al ingreso al control prenatal

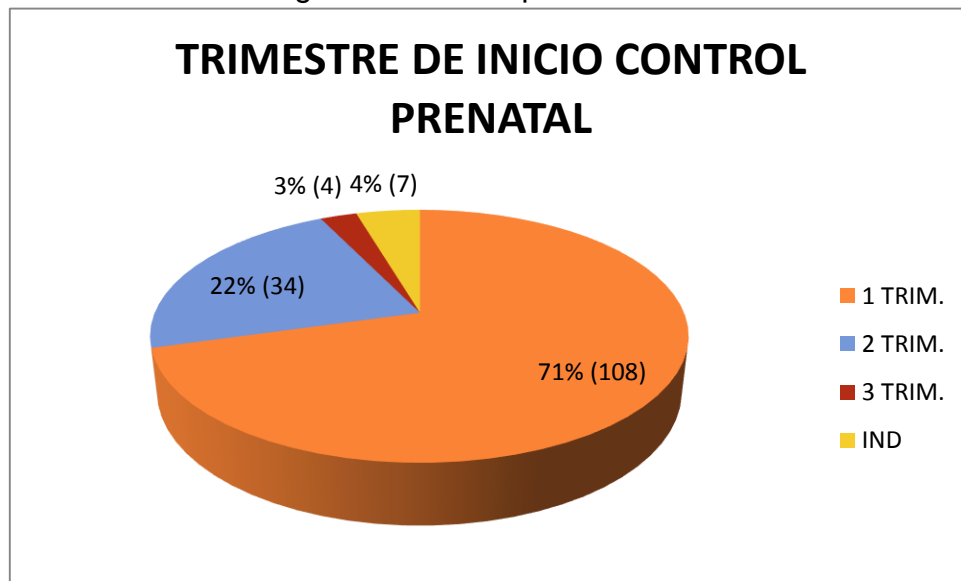
SEMANA	Nº PACIENTES	TOTAL GESTANTES	% TRIMESTRE	POR			
3	1	108,0	70,6				
4	2						
5	8						
6	17						
7	23						
8	21						
9	8						
10	7						
11	6						
12	9						
13	6						
14	5				34,0	22,2	
15	6						
16	6						
17	2						
18	6						
19	1						

20	1		
21	1		
22	1		
23	2		
24	1		
25	1		
26	1		
29	1	3,0	2,0
30	1		
32	1		
INDEFINIDO AVANZADO	8	8,0	5,2
TOTAL	153	153	100,0

Tabla 11: Trimestre de ingreso al control prenatal

TRIMESTRE INICIO CONTROL PRENATAL			
1 TRIM.	2 TRIM.	3 TRIM.	IND
108	34	4	7

Grafica 14: Trimestre de ingreso al control prenatal

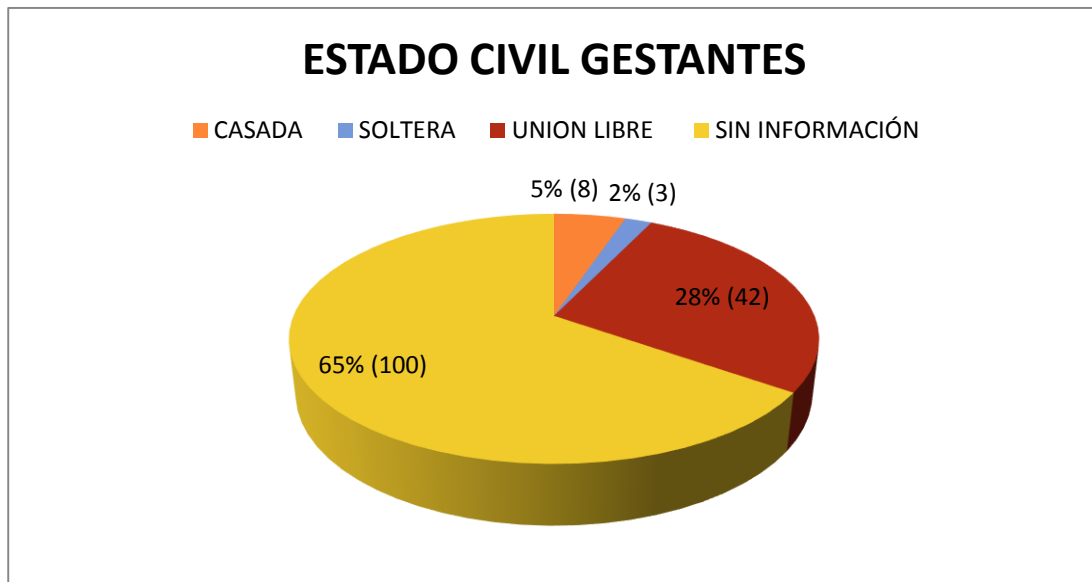


Todas las consultas de primera vez son realizadas por médico general

Tabla12: Estado civil gestantes inscritas al control prenatal

ESTADO CIVIL			
CASADA	SOLTERA	UNION LIBRE	SIN INFORMACIÓN
8	3	42	100

Grafica 15: Estado civil gestantes inscritas al control prenatal



Comparando el estado civil con el inicio del control prenatal, encontramos que las pacientes casadas en su totalidad iniciaron el control prenatal de manera precoz. Las pacientes solteras también iniciaron de manera precoz, son todas adolescentes menores de 18 años y fueron clasificadas como alto riesgo obstétrico

Sin embargo el 65% de las pacientes no tienen reporte de su estado civil en la historia clínica por lo cual se pierde información valiosa para analizar este dato demográfico en una población estadísticamente significativa

Los parámetros antropométricos fueron registrados peso y talla 90 pacientes 58.8%, no registrados en 63 pacientes 41.2%

Tabla 13: Registro en historia clínica de talla y peso de gestantes

REGISTRO DE TALLA Y PESO EN HC		
	PACIENTES	%PACIENTES
REGISTRADA	90	59%
NO REGISTRADA	63	41%

A pesar de que la norma insiste en la importancia de consignar estos parámetros en primera cita, un porcentaje alto de pacientes no presentan registros en historia clínica, aunque la mayor parte de las pacientes lo tiene registrado en carnet, esta ausencia de datos en los registros clínicos dificulta llevar un control de las variaciones de peso e IMC durante el embarazo.

En cuanto al **diagnóstico del embarazo** 144 pacientes fueron diagnosticadas con gravidez positivo consignado en historia clínica, 89 pacientes tienen fecha de la última menstruación consignada en historia clínica (amenorrea), 75 pacientes tienen ecografía obstétrica ordenada al ingreso del control prenatal.

Tabla 14: Método utilizado para confirmar gestación al ingresar a control prenatal

DIAGNOSTICO DE EMBARAZO (155 PACIENTES)		
METODO DIAGNOSTICO	NºPACIENTES	PORCENTAJE SOBRE TOTAL
GRAVINDEIX	144	94%
FUM (AMENORREA)	89	58%
ECOGRAFIA OBSTETRICA	75	49%

Del total de pacientes 102 tienen reporte de hemograma y 137 de hemoclasificación a su ingreso registrada en la historia clínica. De las 137 pacientes que tienen tipo sanguíneo registrado en historia clínica 4 dieron como resultado Rh negativo, pero solamente 1 tiene evidencia de solicitud de Coombs.

En lo que respecta al diagnóstico de enfermedades infecciosas 103 pacientes tienen solicitud de VDRL en el primer trimestre y 76 en tercer trimestre, 66 pacientes tienen registrados resultados de prueba VIH en la historia clínica.

No hay reportes de citología vaginal, IgG toxoplasma, TEST de O Sullivan ni urocultivo, en cambio en estas pacientes se solicita uroanálisis, contrario a la norma.

Tabla 15: Paraclínicos solicitados según norma técnica Res. 0412 de 2000

PARACLINICOS	PACIENTES
Hemograma	102
Hemoclasificación	137
Glucemia	0
VIH Tipo 1 y 2	66
VDRL 1 TRIM.	103
VDRL 3 TRIM.	76
Hepatitis B	0
Toxoplasma	0
Uroanálisis	0
Urocultivo	0
Frotis Vaginal	0
Citología	0
Eco. Obstétrica	75

Grafica 16: Paraclínicos solicitados según norma técnica Res. 0412 de 2000



A 107 pacientes (69%) se le realiza consejería antitetánica y se consigna en historia clínica

Los antecedentes patológicos deben ser consultados y consignados en la primera historia clínica de la gestante, de las historias consultadas encontramos los siguientes resultados:

De las 155 pacientes 146 se les indago y se consignaron antecedentes de preeclampsia/eclampsia

De las 146, 8 referían tener antecedentes positivos de preeclampsia en embarazos anteriores, llama la atención que de estas 8, la mitad, es decir, 4 pacientes fueron clasificadas como de bajo riesgo obstétrico

Un total de 146 pacientes se les indago y consigno antecedentes de diabetes, todas niegan haber tenido o tener diabetes

Se indagan antecedentes de hipertensión crónica a 143 pacientes, 5 registran positivo para esta patología, solo 1 es clasificada como alto riesgo obstétrico

A 114 pacientes se les indaga cardiopatía, todas negativa y 144 pacientes registran no tener condición médica grave

De 145 pacientes consultadas ninguna ha presentado antecedentes de tuberculosis

De las pacientes del estudio 69 son primigestantes, 45 es su segundo embarazo, 20 el tercero, 8 el cuarto y 11 el quinto o más. De las 84 pacientes que tienen embarazos anteriores 43 tuvieron parto vaginal y 31 cesárea, también 31 pacientes reportan que han tenido embarazos culminados en aborto y 6 en óbito fetal

Tabla 16: Paridad de gestantes al ingreso del control prenatal

PARIDAD		
PRIMIGESTANTE	MULTIGESTANTE	GRANMULTIPARA
69	53	31

Grafica 17: Paridad de gestantes al ingreso del control prenatal

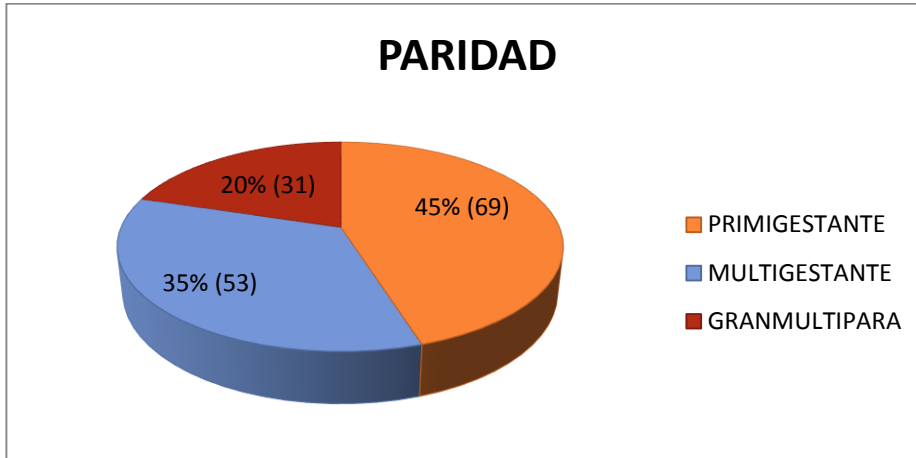
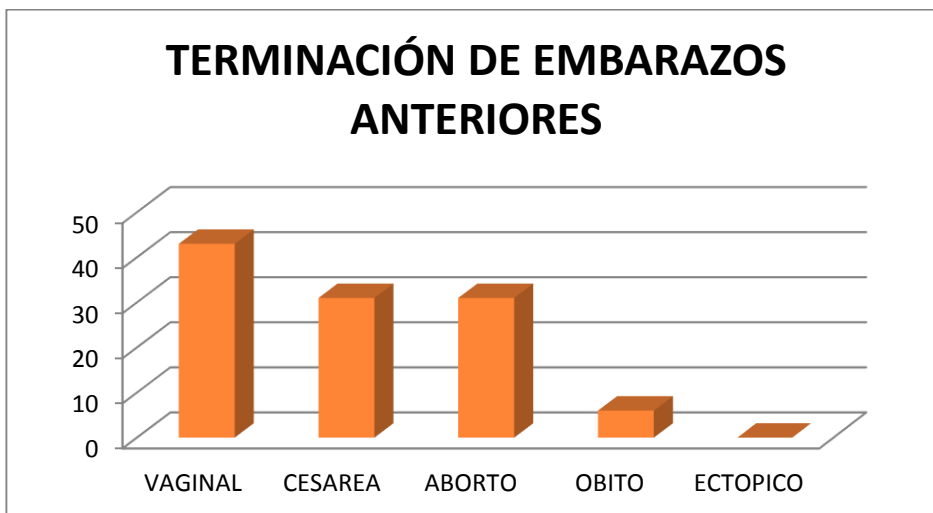


Tabla17: Antecedentes obstétricos referente a la terminación de la gestación

ANTECEDENTES OBSTETRICOS (TERMINACIÓN EMBARAZO)				
VAGINAL	CESAREA	ABORTO	OBITO	ECTOPICO
43	31	31	6	0

Grafica 18: Antecedentes obstétricos referente a la terminación de la gestación

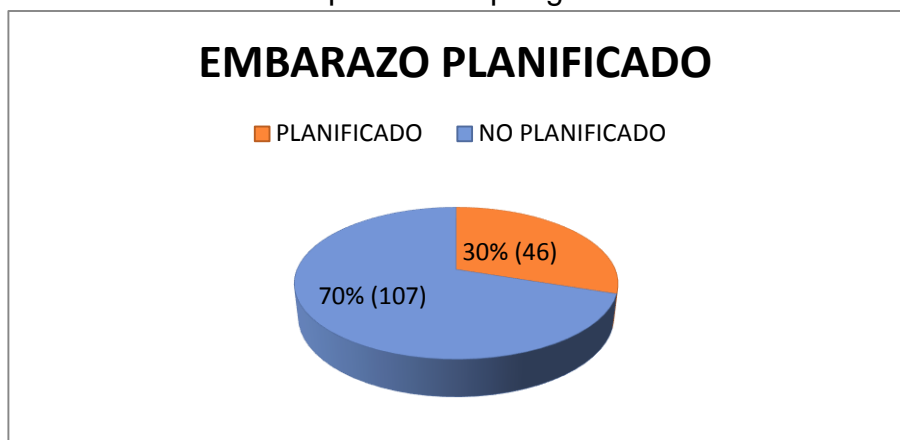


Todas las pacientes tienen consignado si el embarazo fue planeado o no, resultados

Tabla 18: Embarazo planeado por gestante

PLANIFICACIÓN EMBARZO	
PLANIFICADO	NO PLANIFICADO
46	107

Grafica 19: Embarazo planificado por gestante



Aunque no es uno de los objetivos del estudio indirectamente podría reflejar el impacto de otro programa que va de la mano con control prenatal y es planificación familiar

Lo que se convierte en una oportunidad para engranar los dos programas antes de la gestación, en los periodos intergenésicos y cuando la mujer decide que tiene paridad satisfecha. Y también la remisión para iniciar control prenatal una vez se diagnostica el embarazo

Todas las pacientes fueron clasificadas en su primera consulta tal como lo indica la norma: 114 pacientes fueron clasificadas como bajo riesgo obstétrico y 39 pacientes como alto riesgo

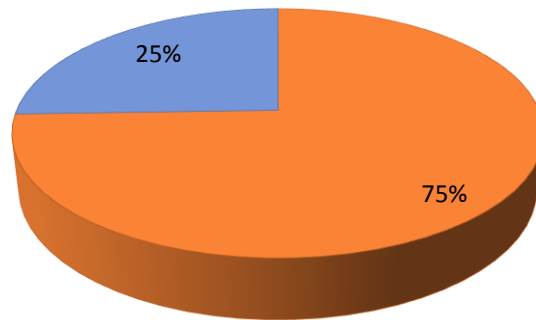
Tabla 19: Clasificación de riesgo obstétrico durante control prenatal

CLASIFICACIÓN DE RIESGO OBSTETRICO	
BAJO	ALTO
114	39

Grafica 20: Clasificación de riesgo obstétrico durante control prenatal

CLASIFICACIÓN RIESGO OBSTETRICO

BAJO ALTO



Sin embargo al revisar las historias clínicas se evidencia que al clasificar no se tuvieron en cuenta variables como la edad o el número de gestaciones, que predisponen a complicaciones durante el parto o trabajo de parto.

7 gran multíparas fueron consideradas de bajo riesgo, de las cuales una tiene antecedentes de dos mortinatos y dos abortos.

Esto podría eventualmente retrasar la remisión a segundo nivel de pacientes que podrían requerir un control más estricto, una variable que atenúa el impacto que podría generar una clasificación inadecuada es que todas las gestantes de este municipio son remitidas en las últimas semanas para control ginecológico y tienen atención de su trabajo de parto o cesárea en segundo nivel de Cartagena.

No se indaga sobre violencia

Aunque a todas las pacientes se le formularon micronutrientes, no se registra la formulación especificada dosis y presentación farmacéutica sino que se rotulan como tal en general

No se registra educación a gestante de alto riesgo, no se registra asesoría de control prenatal

La historia clínica prenatal no cumple con los requisitos básicos según la guía, aunque muchos estudios se solicitaron, no aparecen los resultados en las historias clínicas por lo que se reportó como información faltante. En la práctica esto supone

un retraso en el flujo de información, especialmente cuando la paciente llega donde otros profesionales de la salud, prácticamente es responsabilidad de la gestante proporcionar los resultados de laboratorio sin que se lleve un record de estos. Ya que la información no está registrada también supone un riesgo no poder detectar alteraciones tempranas por medio de records médicos, esto podría retrasar las intervenciones especialmente cuando el control prenatal no es realizado por el mismo profesional periódicamente o cuando la paciente es remitida especialista.

Se encontró que todas las pacientes portan su carnet con datos de signos vitales registrados, lo que permite muchas veces establecer diagnósticos tempranos en pacientes asintomáticas.

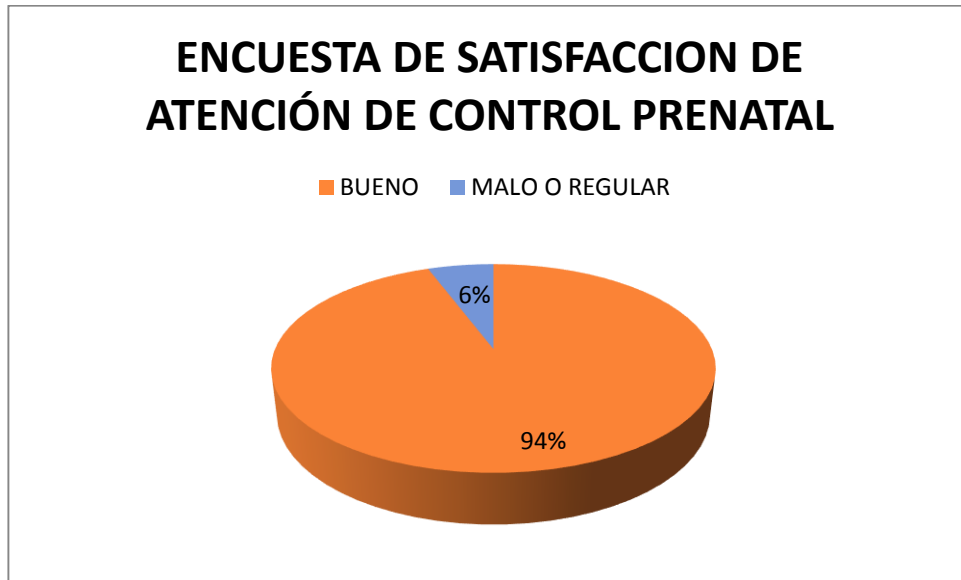
Se registra educación sobre factores de riesgo y lactancia en la historia de enfermería, fue llamativo que en las historias clínicas de medicina no registra educación a la gestante aunque ellas refieren que se les explica encada consulta y tienen la percepción de que se maneja buen flujo de información especialmente en lo referente a la vía del parto e importancia de realizarse los paraclínicos.

En cuanto a la calidad percibida por las pacientes se revisan 210 encuestas de atención al usuario tomadas aleatoriamente, que fueron realizadas por pacientes en distintos estados de su control prenatal, de las cuales 198 pacientes consideran el control prenatal realizado como bueno. Y 12 como regular o malo.

Tabla 20: Encuesta de satisfacción gestantes

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN	
BUENO	MALO O REGULAR
198	12

Grafica 21: Encuesta de satisfacción gestantes



El alto porcentaje de satisfacción con el control prenatal a pesar de que no cumple con todos los requisitos de calidad objetiva, se debe a la percepción de las usuarias, en primer lugar desde el cambio en la administración del centro de salud se han presentado mejoría en infraestructura con respecto a las instalaciones anteriores a la operación, se ha incrementado y fortalecido el programa en cuanto al recurso humano y se ha implementado la búsqueda activa, por tanto las gestantes se han sentido más motivadas a asistir a controles y se han empezado a educar sobre la importancia de este, también la falta de conocimiento de las gestantes sobre que se considera un adecuado control prenatal y requisitos de habilitación tiene como resultado que realicen comparaciones con lo que antes tenían acceso y no con el ideal. La calidez y buen trato del personal es otro factor que impacta positivamente en la percepción del usuario. Por tanto la calidad subjetiva es determinante en el grado de satisfacción de las usuarias quienes califican como buenas las instalaciones del centro médico, la atención del personal de enfermería y personal médico y el tiempo dedicado a la semana para consultas prenatales que ha mejorado la oportunidad. Los puntos que consideran menos a favor es el tener que desplazarse a Cartagena para la realización de estudios.

Infraestructura

Al realizar verificación de cumplimiento de estándar de habilitación en infraestructura (sala de espera y consultorio de control prenatal) teniendo como referencia decreto 4445 de 1996, observamos los siguientes hallazgos:

- La sala de espera con cumple con el estándar de 3 m² por consultorio ya que cuenta el servicio de consulta externa cuenta con 4 consultorios médicos, 2 de enfermería y laboratorio clínico y solo cuenta con un área de 15 metros cuadrados
- Unidades sanitarias insuficientes por sexo según la norma, cuenta solo con 2 unidades sanitarias en el servicio de consulta externa
- No cuenta con oficina de trabajo social
- Consultorio de control prenatal no cuenta con lavamanos, área para que la gestante se coloque bata para revisión médica.

Dotación consultorio control prenatal

Al realizar verificación de equipos biomédicos con los que cuenta consultorio encontramos los siguientes hallazgos:

- Balanza
- Tallimetro
- Tensiómetro
- Cinta métrica
- Equipo de órganos
- Doppler fetal
- Fonendoscopio
- Baja lenguas
- Bata para pacientes

Condensando el análisis de la calidad del control prenatal en los puntos antes descritos podemos definir

Calidad objetiva

1. Integridad: Solucionar el problema de la gestante.
2. Contenido: Hacer todo lo que haya que hacer.

3. Destreza: Hacerlo bien.
4. Oportunidad: Hacerlo a tiempo.
5. Eficiencia: Cuidado de los recursos.

Se realiza de manera integral y oportuna, sin embargo en cuanto a contenido y destreza hay puntos críticos por mejorar, por tanto no podemos hablar de una atención eficiente hasta que no se cumplan todos los objetivos del control prenatal y este sea fácilmente medible y reproducible. La oportunidad es difícilmente medible con la información que se dispone, si bien las citas son asignadas a tiempo, no podemos afirmar si las acciones del control prenatal son realizadas en la edad gestacional indicada.

Calidad Subjetiva

Características de la atención

De calidad equipo de salud e infraestructura

Precoz

Oportunidad horarios de citas

En cuanto a calidad subjetiva las pacientes perciben un trato amable y cordial, sienten que reciben educación sobre su control prenatal y los cuidados de su embarazo, también que hay claridad con respecto a la vía de parto y la remisión a ginecólogo. A pesar de las características sociodemográficas de la población están incentivadas en su mayoría a iniciar de manera precoz el control prenatal (70.6% han iniciado en primer trimestre), los horarios de cita son percibidos como oportunos sin tiempos de espera prolongados.

9 CONCLUSIONES

El control prenatal en la ESE e Villanueva, presenta fallas estructurales y de recurso humano. Sin embargo paralelamente se ha presentado una mejoría sustancial en la prestación del servicio, en la infraestructura y la conformación del talento humano con respecto a administraciones anteriores. En el momento hay más disponibilidad de profesionales, se realiza búsqueda activa. Todas estas mejoras en la prestación del servicio generan un impacto positivo en la paciente a pesar de que aún quedan puntos a mejorar.

La mayor debilidad del control prenatal del municipio es la historia clínica, la cual se encuentra en muchos casos incompleta, aunque se le realiza educación a las pacientes y se solicitan paraclínicos no se consigna su solicitud, solamente hay información de esto a través de las encuestas realizadas a las pacientes o manifestado verbalmente al personal de salud. Esto impacta en la calidad de la información

Además es evidente que algunos exámenes no son priorizados en el control prenatal, como el test de O Sullivan, urocultivo, IgG de toxoplasma, es más, en algunas ocasiones son reemplazados por otros exámenes similares que no son los que dicta la norma, como glicemia en ayunas, test de tolerancia a la glucosa y urianalisis. No se está cumpliendo con la detección temprana de estado portador de estafilococo agalactie y por tanto no se está realizando adecuada profilaxis de sepsis neonatal temprana, esto se pudo corroborar al revisar historias clínicas del principal centro de referencia de Cartagena y municipios cercanos, Clínica Maternidad Rafael Calvo, donde cero pacientes llegan con resultados de cultivos vaginales.

No se encontraron registros de pruebas complementarias, función renal o hepática en pacientes de riesgo

No hay registro de tamizaje de Estafilococo vaginal, lo cual afecta el protocolo de prevención de sepsis neonatal temprana y podría incidir en uso irracional de antibióticos durante y posterior a trabajo de parto.

BIBLIOGRAFIA

¹Boulet SE, Parker C, Atrash H. Preconception care in international settings. *Matern Child Health J* 2006;10:S29-S35.

²Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de medicina. Control prenatal. Disponible en: http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/control_prenatal.html

³Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud.. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/hpp/ottawacharterSp.pdf>

⁴Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2005. Cada madre y cada niño contarán. Ginebra(Suiza); 2005. Disponible en: <http://www.who.int/world-healthday/previous/2005/es/>

⁵República de Colombia, Ministerio de Salud. Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. (Resolución 412 de 2000).. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=9774&IDCompany=3>

⁶Morales-Osorno B, Martínez DM, Cifuentes-Borrero R. Morbilidad materna extrema en la Clínica Rafael Uribe Uribe, Cali (Colombia), en el período comprendido entre enero del 2003 y mayo del 2006. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2007;58:184-8.

⁷Say L, Raine R. A systematic review of inequalities in the use of maternal health care in developing countries: examining the scale of the problem and the importance of context. *Bull World Health Organ* 2007;85:812-9.

⁸Luque MA, Bauernfeind A. Prevención de la mortalidad materna: Un ejemplo de intervención comunitaria en salud en el Congo. *Index Enferm[online]*2007;16:137. Visitado en 2008 Nov 20. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962007000200003&lng=es&nrm=iso.

⁹Murillo L, Miranda W. Calidad del control prenatal en el Centro de Salud Ciudad Sandino, Managua. Agosto - Octubre 2004. (tesis).Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud; 2004. Visitado en 2009 Ene 21. Disponible en: http://www.minsa.gob.ni/bns/tesis_sp/40.pdf

- ¹⁰Carroli G, Rooney C, Villar J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. *Paediatr Perinatal Epidemiol* 2001;15 Suppl 1:1-42.
- ¹¹Vecino-Ortiz AI. Determinants of demands for antenatal care in Colombia. *Health Policy* 2008;86:363-72 M, et al. La atención prenatal en la ciudad fronteriza de Tijuana (México). *Rev Panam Salud Pública* 2000;7:97-101.
- ¹² Ramirez M., Richardson V., Avila H, Caraveo V., Salomon R., Barcardi M. La atención prenatal en la ciudad fronteriza de Tijuana (México) *Revista Panamericana de Salud Publica* 2000; 7:97-101
- ¹³Costello A, Osrin D, Manandhar D. Reducing maternal and neonatal mortality in the poorest communities. *BMJ* 2004;329:1166-8.
- ¹⁴Rodríguez LA, Rey JJ. Mortalidad evitable en Santander 1997-2003. *MedUNAB* 2006;9:5-13
- ¹⁵Pan American Health Organization. Renewing primary health care in the Americas. A position paper of the Pan American Health Organization/WHO. Washington, D.C.: PAHO; 2005. Disponible en <http://www.paho.org/English/AD/THS/OS/PHC-position-paper.pdf>
- ¹⁶. Organización Panamericana de la Salud. Informe “La salud en las Américas 200-2005”, publicado en el libro: *Salud en las Américas 2007*, 2 vols., www.paho.org/hia.
- ¹⁷. Pazmiño S., Guzman N., Control prenatal y su impacto en la mortalidad materna, Analisis de una tendencia, 1994-2004. Cali, Colombia
- ¹⁸. Caceres F. El control prenatal, una reflexión urgente. Pazmiño S., Guzman N., Control prenatal y su impacto en la mortalidad materna, Analisis de una tendencia, 1994-2004. Cali, Colombia
- ¹⁹. Noguera A., Dueñas M., Evaluación de la calidad de la atención del programa de control prenatal a partir de la atención brindada a las usuarias en el centro de salud suroccidente de la ese Popayán enero de 2011 – junio de 2011. Universidad del Cauca. Disponible en: <http://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/1734/NogueraAstrid2011.pdf?sequence=1>
- ²⁰. Parada A., Villacis C., Becerra D., Negrete L., Adherencia al control prenatal en la clínica de gestantes adolescentes del hospital de Engativá de Bogotá. 2012, Universidad Nacional de Colombia. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/6455/1/598441.2012.pdf>

- ²¹ Castaño K., Calidad de la atención en el control prenatal: opinión de las usuarias de una institución prestadora de servicios de Bogotá D.C. – Colombia. 2009. Universidad Javeriana. Disponible en:
<http://javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis23.pdf>
- ²² Castillo Ávila IY, Villarreal Villanueva MP, Olivera Correa E, Pinzón Consuegra A, Carrascal Soto H. Satisfacción de usuarias del control prenatal en instituciones de salud públicas y factores asociados. Cartagena. Hacia promoc. salud. 2014; 19(1):128-140.
- ²³ Caballero Salazar Francisco. Grado de satisfacción de los usuarios que ofrece la selección de medicina general de la consulta externa de la clínica Solón de Núñez frutos en febrero de 2008. Universidad de las ciencias y el arte de Costa Rica. Proyecto de graduación para optar por la maestría de administración con énfasis en servicios de salud. Costa Rica, Julio 2008
- ²⁴ Objetivos de desarrollo de nuevo milenio, Colombia, 2014. Programade las naciones unidas para el desarrollo. Disponible en:
<http://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/english/MDG%20Country%20Reports/Colombia/informeanualodm2014.pdf>
- ²⁵ Ministerio de la protección social. Percepción de la calidad según usuarios de instituciones prestadoras de servicios de salud. Programa de reorganización, diseño y modernización de redes prestadoras de servicios. Línea base de 2006 para evaluar el impacto del programa. Ejecutada por Facultad nacional de salud pública “Héctor Abad Gómez” Colombia viernes 22 de diciembre, 2006
- ²⁶ The Cochrane Library, Issue No.2. Oxford, Update Software, 2002.
- ²⁷ República de Colombia, Decreto 1011/06. “Por el cual se define el Sistema Obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- ²⁸ Tinoco Gilmat y Cols. Calidad de Servicio de Salud Reproductiva con énfasis en zona y grupo desprotegido. Comisión interdisciplinaria de Estudios de Genero CIEG. Universidad Centroamericana UCA. Primera Edición. Managua. Septiembre 1997.
- ²⁹ Malagón Londoño Gustavo. Garantía de la calidad de atención en salud. México DF: Editorial McGreahill 2000.
- ³⁰ Donabedian A. La calidad en la atención médica: definición y métodos de evaluación. México: Prensa Médica Mexicana, 1984.

- ³¹República de Argentina. Ministerio de Salud de la Nación .Schwarcz. R et al. El cuidado prenatal. Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal. Buenos Aires, 2001.
- ³²Abaunza y col. "Calidad del subprograma del control prenatal en el Jirical y Malpaisillo". 1985. Tesis. (Doctor en Medicina y Cirugía) UNAN-Managua.
- ³³Violeta HA. Control prenatal. Dr. Roberto A S, coordinador, Temas de medicina General Integral 2ª ed. Ciudad de la Habana; Ciencias Médicas; 2004. p. 147-151.
- ³⁴Gagnon Aj. Educación individual o en grupos para el parto y la paternidad. In, The Cochrane Library, Issue, 2, 2005. Oxford: Update Software.
- ³⁵Ruiz J, Romeno G, Moreno H., Factores de riesgo de salud materno-infantil en madres adolescentes de Colombia. Revista Panamericana de Salud Publica vol.4 n.2 Washington Aug. 1998
- ³⁶World Health Organization. Sitio Web WHO. [Online].; 2004 [cited 2011 Marzo 18. Available from: HYPERLINK "<http://www.who.int/topics/pregnancy/en/index.html>" <http://www.who.int/topics/pregnancy/en/index.html> .
- ³⁷World Health Organization. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth: Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. 2009th ed. WHO (2009): WHO publications; 2006.
- ³⁸Instituto Nacional de Estadística & Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDSA Bolivia La Paz; 2008
- ³⁹Encuesta Nacional de Salud 2007. Departamento Bolívar Rodríguez J, Ruiz F, Peñaloza E, Eslava J, Gómez LC, Sánchez H, Amaya JL, Arenas R, Botiva Y. Ministerio de protección social, Colciencias, Cendez, Sei, Pontificia Universidad Javeriana
- ⁴⁰ PAHO. Reducción de la Mortalidad y la Morbilidad Maternas Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe. 2003
- ⁴¹ Colombia. Departamento Nacional de Planeación. CONPES 140 de 2011 Modificación a Conpes social 91 del 14 de junio de 2005: "Metas y Estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- ⁴² Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa. Mortalidad Materna. Nota descriptiva N°340. Mayo 2012.

⁴³Instituto Nacional de Salud. Segundo Informe Observatorio Nacional de Salud Mortalidad 1998-2011 y situación de salud en los municipios de frontera terrestre en Colombia. Análisis de la mortalidad materna. Colombia 1998 – 2011. Diciembre 2013.

⁴⁴Anexos del plan nacional de desarrollo 2000-2007. Disponible en <https://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=u5i1XxlpFJA%3D&tabid=1238>

⁴⁵Fino E, Cuevas L. Mortalidad relacionada con el embarazo Colombia 1985-2005: Orinoquia, Amazonía y Chocó. Universidad de Antioquia Facultad Nacional de Salud Pública “Hector Abad Gómez” .2007

⁴⁶UNICEF 2008-2010 disponible en:
http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/colombia_statistics.html