

DETERMINAR LA INFLUENCIA DEL PROCESO EDUCATIVO QUE SE BRINDO EN LA ATENCIÓN DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL, EN EL COMPORTAMIENTO DE LA MORTALIDAD PERINATAL EN LA ESE HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO A DICIEMBRE DEL 2010 DEL MUNICIPIO DE MOCOA DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO.

**SANDRA MILENA LOPEZ JURADO
NARLY ELISABETH CANCHALA ORTEGA**

**UNIVERSIDA CATOLICA DE MANIZALES
ESPECIALIZACION ADMINISTRACION DE LA SALUD
CREAD PITALITO – HUILA
MARZO 2012**

DETERMINAR LA INFLUENCIA DEL PROCESO EDUCATIVO QUE SE BRINDO EN LA ATENCIÓN DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL, EN EL COMPORTAMIENTO DE LA MORTALIDAD PERINATAL EN LA ESE HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO A DICIEMBRE DEL 2010 DEL MUNICIPIO DE MOCOA DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO.

**SANDRA MILENA LOPEZ JURADO
NARLY ELISABETH CANCHALA ORTEGA**

Trabajo de Investigación para optar el Título en
Administración de la Salud

Docente
RICHAR NELSON ROMAN MARIN
Ingeniero de Sistemas

**UNIVERSIDA CATOLICA DE MANIZALES
ESPECIALIZACION ADMINISTRACION DE LA SALUD
CREAD PITALITO – HUILA
MARZO 2012**

CONTENIDO

INTRODUCCION	9
TITULO	10
1. DESCRIPCION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
2. ANTECEDENTES.....	12
3. HIPOTESIS	14
4. JUSTIFICACION	15
5. OBJETIVOS.....	17
5.1 OBJETIVO GENERAL	17
5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	17
6. MARCO TEORICO.....	18
6.1 DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES	18
6.2 CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA	19
6.2.1 PANORAMA MUNDIAL.....	19
6.2.2 PANORAMA NACIONAL.....	19
6.3. POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	20
6.3.1 MATERNIDAD SEGURA.....	20
6.3.1.1 Promoción de la maternidad segura	21
6.3.1.2 Coordinación intersectorial e interinstitucional.....	21
6.3.1.3 Fortalecimiento de la Gestión Institucional.	22
6.3.1.4 Fortalecimiento de la Participación.	23
6.4 RESEÑA HISTORICA DEL CONTROL PRENATAL	24
6.5 NORMATIVIDAD PARA EL DESARROLLO DE ATENCION PRENATAL	25
6.6 CONTROL PRENATAL.....	26
6.7 CALIDAD EN EL CONTROL PRENATAL	27
6.7.1 Características de la Atención.	28
6.7.2 Elaboración de la Historia Clínica e Identificación del Perfil de Riesgo.	29
6.7.3 Elementos Básicos de la Historia Clínica Prenatal:	30
6.7.4 Solicitud de Exámenes Paraclínicos	31
6.7.5 Formulación de Micronutrientes	31
6.7.6 Educación Individual a la Materna, Compañero y Familia.....	32

6.7.7 Remisión a Consulta Odontológica General	33
6.7.8 Diligenciamiento y entrega del Carné Materno, Exámenes Paraclínicos y Ecografías, Educación sobre la Importancia de su Uso.....	33
6.7.9 Valoración del Perfil de Riesgo Materno.....	33
6.7.10 Consultas de Seguimiento y Control	34
6.7.11 Complicaciones y Alteraciones durante el Embarazo	34
7. LA MORTALIDAD PERINATAL.....	36
7.1 Mortalidad Perinatal I.....	36
7.2 Mortalidad Perinatal II.....	36
7.3 Mortalidad Perinatal III	36
8. MORTALIDAD PERINATAL – PROTOCOLO	37
8.1 Muerte Perinatal	37
8.2 Muerte Neonatal	37
8.3 Estrategias	37
9. ASPECTOS GENERALES.....	38
9.1 Caracterización del Municipio de Mocoa Departamento del Putumayo.	38
9.2 Municipio De Mocoa	38
9.3 Límites.....	39
10. DEMOGRAFÍA	40
10.1 Población.....	40
10.2 Indicadores demográficos.....	40
11. SALUD	42
11.1 Aseguramiento en Salud.....	42
12. DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN	43
12.1 Razón social: empresa social del estado hospital jose maria hernandez	43
12.2 Portafolio de Servicios:	43
13. DISEÑO METODOLOGICO	44
14. DEFINICIÓN DE VARIABLES	45
14.1 OPERALIZACION DE VARIABLES	46
15. CONSIDERACIONES ETICAS.....	49
16. CRONOGRAMA	50
17. RESULTADOS Y ANALISIS	51
17.1 Graficas y analisis de resultados en la ese hospital jose maria hernandez.	51
17.1.1 CARACTERISTICAS SOCIEODEMOGRAFICAS.....	52

17.1.2 CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS	55
17.1.3 Características de las muertes perinatales.....	59
18. CONCLUSIONES	62
19. RECOMENDACIONES	66
20. GLOSARIO	68
ANEXOS.....	70

LISTA DE GRAFICOS

GRAFICA 1 – MUNICIPIO DE MOCOA-----	3838
GRAFICA 2 – PIRAMIDE POBLACIONAL.-----	400
GRAFICA 3 – COMPORTAMIENTO DE MORALIDAD PERINATAL EN ESE HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ (DESDE EL AÑO 2004 A PRIMER SEMESTRE 2011) -----	51
GRAFICA 4 – EDAD MATERNA -----	52
GRAFICA 5 - PROCEDENCIA. -----	5253
GRAFICA 6 – ESTADO CIVIL. -----	53
GRAFICA 7 – NIVEL EDUCATIVO. -----	5454
GRAFICA 8 – SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.-----	55
GRAFICA 9 – INICIO DE CONTROLES PRENATALES.-----	55
GRAFICA 10 – FRECUENCIA DE CONTROLES PRENATALES.-----	56
GRAFICA 11 – ASISTENCIA AL CURSO PSICOPROFILACTICO. -----	5757
GRAFICA 12 - REGISTRO DE INTERVENCIONES EDUCATIVAS: IMPORTANCIA DEL CONTROL PRENATAL Y CURSO PSICOPROFILACTICO.-----	5758
GRAFICA 13- REGISTRO DE INTERVENCIONES EDUCATIVAS: EN SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA DURANTE EL PROCESO DE GESTACIÓN.-----	58
GRAFICA 14 – REGISTRO DE INTERVENCIONES EDUCATIVAS: EN CUIDADOS DURANTE EL PARTO, POSPARTO Y CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO.-----	59
GRAFICA 15 – EDAD MORTINA O NEONATO. -----	59
GRAFICA 16 – PESO DEL MORTINATO O NEONATO.-----	60
GRAFICA 17 – MOMENTO EN QUE OCURRIÓ LA MUERTE PERINATAL. -----	6161

LISTA DE TABLAS

Tabla N° 1. Indicadores demográficos 2005 y 2010.	41
Tabla N°2. Aseguramiento en salud 2010	42
Tabla N°3. Edad materna.	52
Tabla N°4. Procedencia.	52
Tabla N°5. Estado Civil.	53
Tabla N° 6. Nivel Educativo.	54
Tabla N°7. Seguridad Social.	54
Tabla N°8. Inicio de Controles Prenatales.	55
Tabla N°9. Frecuencia de cumplimiento de controles prenatales.	56
Tabla N°10. Asistencia al curso psicoprofilactico.	56
Tabla N°11. Registro de intervenciones educativas: Importancia del control Prenatal y curso psicoprofilactico.	57
Tabla N° 12. Registro de intervenciones educativas: en signos y síntomas de Alarma durante el proceso de Gestación.	58
Tabla N°13. Registro de intervenciones educativas: En cuidados durante el parto, Posparto y cuidados del recién nacido.	58
Tabla N° 14. Edad del mortinato o Neonato.	59
Tabla N° 15. Peso del bebe.	60
Tabla N°16. Momento en que ocurrió la Muerte Perinatal.	60

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Formulario para evaluación del proceso de control prenatal.	70
Anexo 2. Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo.	72
Anexo 3. Ficha única de notificación de muerte perinatal y neonatal.	75

INTRODUCCION

La búsqueda de la calidad del servicio de control prenatal representa un desafío o incluso una prioridad estratégica para los profesionales de salud; En Colombia como en todo el mundo las instituciones prestadoras de salud poseen escasos procesos de información, capacitación y educación prenatal dirigidos a las embarazadas; Las diferentes prácticas en salud son cada vez más un objetivo del creciente interés para evaluar la calidad de los mismos; con el cual se busca tener diferentes conocimientos de los fenómenos biológicos y sociales que giran alrededor del estado grávido y puerperal.

Este asunto, requiere de mucha investigación que ayude al mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Las consecuencias de este déficit son obvias: ya que imposibilita reconocer signos y síntomas de alarma Gravídico puerperales u otros signos, como también la falta de información de los conceptos básicos sobre el control prenatal, sobre la importancia de traer consigo en cada cita la carpeta con el carné y los exámenes de control prenatal, la falta de información sobre las bondades y ventajas de la lactancia materna, los posibles problemas clínicos de esta, cuales son los cuidados elementales del recién nacido; siendo estos algunos de los problemas que se derivan de la ausencia de un proceso educativo prenatal completo y con calidad dirigido a las gestantes.

Como sabemos la educación prenatal es un proceso que inicia desde antes de la concepción, continúa a través de ésta y va más allá del parto. El cual debe formar parte de los servicios y atención que se les brindan a las personas.

El conocimiento de la calidad del control prenatal y el llenado de las historias clínicas prenatales básicos, son de suma importancia, porque una buena calidad de la misma refleja en gran medida la calidad de la atención de la mujer embarazada. Logrando así una gran disminución de la mortalidad perinatal hasta incluso una mortalidad materna; Para lograrlo es necesario efectuar un control prenatal eficiente y de vital importancia siendo precoz, periódico, completo y extenso.

TITULO

DETERMINAR LA INFLUENCIA DEL PROCESO EDUCATIVO QUE SE BRINDO EN LA ATENCIÓN DEL PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL, EN EL COMPORTAMIENTO DE LA MORTALIDAD PERINATAL EN LA ESE HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO A DICIEMBRE DEL 2010 DEL MUNICIPIO DE MOCOA DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO.

1. DESCRIPCION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una muerte materna o perinatal genera un alto impacto social como también es en muchos casos es el reflejo de una o varias fallas en la atención por parte de los prestadores de salud, por esta razón es sumamente importante estudiar la calidad de la atención que se está brindando a las gestantes que asisten a la consulta de control prenatal, ya que muchas complicaciones del embarazo y muertes derivadas de éstas, son en su mayoría evitables.

El cuestionamiento que se debe hacer es, si está o no garantizada la calidad de la atención a las mujeres embarazadas inscritas en el Programa de Control Prenatal de la institución; Se pretende con este proceso investigativo buscar la información necesaria para determinar dicha calidad y la correcta aplicación de los protocolos institucionales basados en las normas y los lineamientos creados por el Ministerio de la Protección Social para garantizar una atención integral a las gestantes, sin embargo, como ya se mencionó antes, se sigue observando que un gran porcentaje de complicaciones es derivado de fallas en la atención, por lo tanto, generan además de las implicaciones legales, morales y sociales, altos costos en los servicios de salud.

La mayoría de las muertes maternas son prevenibles; con un programa de control prenatal completo y un buen proceso de educación prenatal, lo cual confirma que no se esta garantiza el derecho humano de las mujeres a la maternidad segura.

La muerte de una madre tiene repercusiones emocionales, económicas y sociales importantes y profundas en la familia y en la comunidad, ya que reduce la supervivencia del recién nacido cuando éste vive, disminuye el desempeño escolar de los niños sobrevivientes y representa una pérdida de la productividad económica y de los ingresos familiares, entre otros aspectos, por lo anterior la mortalidad materna es considerada un indicador de desarrollo de un país¹.

Las consecuencias de este déficit son obvias: ya que imposibilita reconocer signos y síntomas de alarma Gravídico puerperales u otros signos, como también los cuidados

¹Arias Iván y cols. Mejoramiento continuo de la atención prenatal y su impacto en la mortalidad perinatal en dos instituciones de salud Popayán, Colombia 1997-1998.

elementales del recién nacido, peligro de los espacios ínter genésicos cortos y la falta de incorporación de métodos específicos de planificación familiar que pueden implementarse en cada caso particular, estos son entre otros, algunos de los problemas que se derivan de la ausencia de un buen proceso educativo prenatal completo y con calidad, dirigido a las gestantes.

Actualmente la mortalidad perinatal representa un evento de interés en salud pública y se constituye como un indicador de desarrollo de los países y regiones que evalúa la calidad de la atención de los servicios de salud.

No se conocen estudios sobre el programa de control prenatal en el municipio de Mocoa Putumayo. Por esta razón se propone esta investigación, para analizar en un periodo de tiempo la calidad de la prestación del servicio de control prenatal que se brinda a las gestantes, el proceso de educación prenatal y la influencia en el comportamiento del evento de mortalidad perinatal en la ESE hospital JoséMaríaHernández, con el fin de obtener datos relevantes que orienten cambios positivos para mejorar esa calidad en el servicio; Es por ello que se tomo la iniciativa de planificar una investigación en esta institución.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿El proceso educativo prenatal que se brindo por parte de los profesionales de salud a las gestantes que asistieron a control prenatal y que sobrellevaron el evento de mortalidad perinatal en la ESE Hospital JoséMaríaHernández del municipio de Mocoa en el Departamento del Putumayo en el periodo de enero a diciembre 2010, se fundamento y ejecuto, dando cumplimiento a la norma técnica correspondiente a la detección temprana de alteraciones en el embarazo según resolución 412 del 2000?

2. ANTECEDENTES

Según la revisión bibliográfica en Colombia se han realizados estudios sobre factores asociados a Mortalidad perinatal de los cuales se puede citar los siguientes:

En el año 2008 en Quibdó Choco, Estudiantes de la especialización de Epidemiología de la fundación del Área Andina, seccional Pereira, realizaron un proyecto investigativo sobre: importancia de identificar factores de riesgo asociados a la mortalidad perinatal, en los resultados más relevantes arrojados de esta investigación se estableció que la mayoría de las madres de esta investigación presentaron edades menores a 35 años, una mínima parte de las maternas, se registro como mayores a 35 años, oriento la fecundidad concentrada en mujeres jóvenes.

Las complicaciones que se presentaron como antecedentes durante el embarazo están principalmente la Preeclampsia, el parto prolongado, la ruptura prematura de las membranas, la desproporción cefálopelvica y en menor frecuencia la sepsis, la eclampsia y el sufrimiento agudo.

En el 2010 se publico en la revista de enfermería: Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 15, un proyecto investigativo realizado por enfermeras sobre: Identificación de los factores que se relacionan con mortalidad perinatal de la población afiliada a una EPS del departamento de Nariño durante el 2007.

En los resultados más relevantes arrojados de esta investigación se estableció que la población total eran las madres con edades comprendidas entre 23 y 26 años de edad, registran el mayor número de casos, procedentes el 56% de cabecera municipal quienes tenían un grado de escolaridad de primaria completa, el 23% con cónyuge, el 26% presentaban antecedentes de Multiparidad; durante el embarazo asistieron a cuatro controles realizados por médico general en el primer nivel de atención, de ellas el 67% no utilizaban método de planificación familiar. Con relación a los riesgos que tenían, se encontraron 3 casos con hipertensión crónica; infecciones urinarias 3 casos; tabaquismo, alcoholismo y alteraciones psicológicas, así como retardo en el crecimiento intrauterino fue reportado un caso; los cuales fueron clasificados como embarazo de alto riesgo; 6 embarazos no se clasificaron, los cuales sí tenían aspectos relevantes a tener en cuenta. El estudio demostró la omisión al momento de escribir o consignar aspectos en la historia clínica. En el proceso de parto y puerperio se identificaron las semanas de gestación entre las 28 y 40 semanas, de las cuales el 71% tuvo parto vaginal; 26,57% cesárea, de las cuales la mitad fueron atendidas por médico obstetra y el restante por médico general; el 11% no registra datos y el 5% corresponde a otros. El nivel de atención fue el nivel 1 en un 70%. Entre las causas más frecuentes de complicaciones en el momento del parto están la retención de restos placentarios, partos pre-término, sufrimiento fetal, shock hipovolémico, hemorragias de tercer trimestre. Con respecto a la notificación obligatoria de casos de mortalidad perinatal reportados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica

(Sivigila), en ninguno de los eventos se realizó investigación de campo; igualmente no hubo comités de análisis de las muertes perinatales. La ficha perinatal se lleva en un 100%, pero al hacer el análisis de la confrontación de los datos con la historia clínica no concuerdan, posiblemente debido a que lo diligencian diferentes profesionales de la salud.

3. HIPOTESIS

Los eventos de mortalidad perinatal que acontecieron en el año 2010 en la ESE Hospital Jose Maria Hernandez del municipio de Mocoa en el Departamento del Putumayo se debe a fallas en el proceso educativo que se brindo en el control prenatal.

4. JUSTIFICACION

El evento de mortalidad perinatal constituye un problema de salud básico en una población; sea sus posibles causas: la calidad que se prestó en el momento de la atención preconcepcional, prenatal, intra-parto y del recién nacido como también por las múltiples consecuencias que afectan a la mujer, a su entorno familiar y que repercuten en su calidad de vida.

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

La muerte materna y la muerte fetal son dos tragedias propias del subdesarrollo con graves repercusiones sociales y psicológicas para el grupo familiar que sobrevive y que trascienden como el resultado final de una serie de circunstancias negativas que van desde la discriminación, la pobreza, la ignorancia, y la falta de recursos hasta la carencia tecnológica y el desacierto o la negligencia de la administración de las instituciones y a la vez en el actuar médico².

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

De acuerdo a la información entregada por la oficina de vigilancia en salud pública de la secretaría de salud departamental, la notificación al sivigila, en el año 2009 la principal causa de enfermedad en menores de 1 año en el municipio fueron los eventos sin establecer con un total de 6 casos reportados correspondiendo al 37.5% del total de patologías en ese grupo de edad, seguida de la mortalidad perinatal con el 37,5% (6 casos), varicela individual con el 18.75% (3 casos) y sífilis congénita con el 6.25% (1 caso)³.

Por eso esta investigación se quiere desarrollar por la importancia que refleja el evento de mortalidad perinatal, ya que el solo hecho de que se presente un caso es un indicador sensible del bienestar de una población.

²Tinoco Gilmat y Cols. Calidad de Servicio de Salud Reproductiva con énfasis en zona y grupo desprotegido. Comisión Interdisciplinaria de Estudios de Género CIEG. Universidad Centroamericana UCA. Primera Edición. Managua. Septiembre 1997.

³ Sistema de Vigilancia en salud Pública, Secretaría de Salud Municipal, 2010

Igualmente esta investigación permite tener una base sólida con información pertinente para orientar posibles correctivos sobre la problemática en el municipio de Mocoa en lo referente al evento de mortalidad perinatal, como también hacer un aporte a la ESE Hospital JoséMaríaHernández que permita mejorar el proceso del programa de control prenatal, y se consolide como una herramienta fortalecida para alcanzar una maternidad segura.

La inquietud surge en una reunión en la secretaria de salud departamental para el análisis de los eventos epidemiológicos más relevantes que se presentaron en los municipios del departamento del putumayo, al cual se hizo presencia en representación de la secretaria de salud municipal.

Para esta investigación se cuenta con el recurso físico de la ESE Hospital JoséMaríaHernández como también con el recurso humano y el apoyo de la secretaria de salud municipal y Alcaldía Municipal por que en primer lugar da respuesta al Plan de Desarrollo Municipal “Mocoa merece lo mejor 2008 -2011”, específicamente en el subprograma de promoción de la salud y la calidad de vida, proyecto salud sexual y reproductiva.

Para el desarrollo de nuestra investigación analizaremos el diligenciamiento de las historias clínicas prenatales de los eventos de mortalidad perinatal que se presentaron en el año 2010, con el fin de obtener la información suficiente que nos permita obtener las conclusiones necesarias para diseñar un plan de mejoramiento que oriente a brindar una atención lo suficientemente segura a las gestantes asistentes a la institución; De ahí el interés por los resultados de esta investigación para direccionar estrategias que posibiliten establecer mecanismos que eviten los eventos de mortalidad perinatal y lograr así una maternidad segura en nuestro territorio mocoense.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar si el proceso de educación prenatal que se brindó en el programa de control prenatal a las gestantes que asistieron a control prenatal y que sobrellevaron el evento de mortalidad perinatal en la ESE Hospital José María Hernández del municipio de Mocoa en el Departamento del Putumayo en el periodo de enero a diciembre 2010, cumple con los requerimientos establecidos en la norma técnica correspondiente a la detección temprana de alteraciones en el embarazo, para analizar su influencia y determinar su comportamiento en los eventos ocurridos de mortalidad perinatal.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar la población objeto de estudio que sobrellevó el evento de mortalidad perinatal teniendo en cuenta su situación socio demográfica.
- Evaluar si los parámetros tenidos en cuenta en la historia clínica de las gestantes sobre el proceso de educación prenatal se ciñen a la norma técnica correspondiente a la detección temprana de alteraciones en el embarazo según resolución 412 del 2000.
- Determinar la influencia existente del proceso de educación prenatal en el comportamiento de los eventos ocurridos de mortalidad perinatal.

6. MARCO TEORICO

6.1 DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES

Definición de Salud Reproductiva y Sexual y de Derechos Reproductivos y Sexuales. “La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.

En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.

Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas

Problemas relacionados con la salud reproductiva.

Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.

“Teniendo en cuenta la definición que antecede, los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso”.

Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y sobre todo el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.

También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos⁴.

4 CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACIÓN Y EL DESARROLLO, Naciones Unidas, documento A/CONF.171/13: Informe de la CIPD.

6.2 CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

6.2.1 PANORAMA MUNDIAL.

En el mundo se estima que todos los años nacen muertos casi 3.3 millones de niños, 2 millones no llegan a las primeras 24 horas y más de 4 millones fallecen en los primeros 28 días de vida, en total las muertes perinatales se estiman en 6.9 millones anualmente. Un 98% de las muertes perinatales se producen en el mundo en desarrollo, aunque en Asia es donde se registra el más alto número, las tasas de mortalidad neonatal y mortinatalidad más elevadas son las del África subsahariana, donde se reportan tasas de 76 por 1000 nacidos vivos y en algunas áreas hasta de 200 por 1000 nacidos vivos. A nivel de América Latina y el Caribe según información publicada por la OPS-CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano), se observa que el área geográfica que presenta una mayor tasa de mortalidad perinatal es el Caribe Latino (52.8 por 1.000 nacidos vivos) conformado por Cuba (4.8%), Haití (70.8%), Puerto Rico (3.23%) y República Dominicana (21.0%). La tasa de mortalidad perinatal en la sub región de Sudamérica y México es de 21.4 por cada 1000 nacidos vivos, se observa una diferencia muy marcada entre Bolivia que presenta la tasa más alta 55 por 1000 nacidos vivos y Chile la más baja 8.8 por mil nacidos vivos.

Para el año 2005 en Latinoamérica se reportaron 11,7 millones de niños nacidos vivos, pero a pesar del crecimiento poblacional en la región las tasas de natalidad y fecundidad han disminuido, al igual que la disminución de las tasas de mortalidad, lo que ha llevado a que diez países de la región hayan completado su transición demográfica o estén cerca de ella, además el envejecimiento de la población, el crecimiento importante de la población adolescente, la feminización de la población y el número de gente en estado de pobreza, estimado en 150 millones en Latinoamérica, aumentan ese rango de inequidad del que se habló antes, y por obvias razones esto trae como consecuencia perpetuación de la pobreza, migraciones a las zonas periféricas de las ciudades y otras regiones, por lo que impactará directamente en los sistemas de salud de cada país e inmensamente en sus situaciones de salud sexual y reproductiva⁵.

6.2.2 PANORAMA NACIONAL

En los últimos años las estimaciones que se tienen de mortalidad perinatal, neonatal e infantil en Colombia, provienen de diferentes fuentes, tales como los censos de población, registro de estadísticas vitales a cargo del DANE y las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDS).

5Protocolo de Vigilancia de la MORTALIDAD PERINATAL Primer semestre de 2007. INS – Subdirección de Vigilancia y Control Página 1 de 35.

De acuerdo con la mortalidad fetal registrada por DANE, para el periodo 1992 – 1997 se registraron en promedio 5943, de las que el 60% correspondieron a mayores de 21 semanas. Para el periodo 1998 – 2002 el promedio de muertes fetales fue de 16296 lo que represento un incremento de casi tres veces frente al periodo anterior; para 2003 se registraron 17872, en el 2004 se registraron 18709 y las cifras preliminares de 2005 registran 22666 muertes fetales lo que evidencia un claro aumento de las mismas, sin embargo a un se debe tener en cuenta el alto sub-registro que presenta este evento, debido a la falta de notificación especialmente de la muertes fetales desde las instituciones prestadoras de servicios de salud y las ocurridas por fuera de las instituciones de salud⁶.

Con la creación de organizaciones como la OMS y la OPS, se dan a conocer las realidades de los países en cuanto a sus cifras de mortalidad materna e índices de natalidad, con el agravante de que esas cifras se vuelven más preocupantes a medida que pasan los años, además, el crecimiento de la población mundial y las bajas coberturas en los programas de salud sexual y reproductiva ponen en evidencia los enormes gastos en salud y las repercusiones sociales que esto implica.

En Colombia para el año 2000 la cantidad de controles prenatales reportados fueron altos, por cada 100 mujeres gestantes, 88 recibieron 4 o más controles, 9 entre 2 y 3 controles y solamente 3 ó menos mujeres tuvieron un solo control prenatal, además en promedio el 75% de las mujeres fueron por primera vez a control prenatal dentro de los primeros tres meses de embarazo y 18% entre el cuarto y quinto mes, lo que habla de una excelente cobertura en cuanto al servicio, el cuestionamiento tiene que ver si esto corresponde con las tasas de mortalidad o complicaciones asociadas al embarazo, ya que la cifra referente a mortalidad materna para el año 2003 es de 104,9 por 100.000 nacidos vivos.

6.3. POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

6.3.1 MATERNIDAD SEGURA.

Las acciones de maternidad segura están dirigidas a garantizarle a la mujer, un proceso de gestación sano y las mejores condiciones para el recién nacido. Para ello, debe darse adecuada y oportuna atención desde la etapa preconcepcional y durante la gestación, el parto y el puerperio, manejar de los riesgos asociados a la maternidad en la madre y el hijo y brindar tratamiento a todas las complicaciones que por factores bio-psicosociales pueden surgir en este periodo.

⁶ Protocolo de Vigilancia de la MORTALIDAD PERINATAL Primer semestre de 2007. INS – Subdirección de Vigilancia y Control Página 1 de 35.

6.3.1.1 Promoción de la maternidad segura

Mediante estrategias de IEC, teniendo en cuenta que se presentan altas tasas de mortalidad materna en el país, la maternidad segura plantea acciones para reforzar en la población los beneficios de la captación temprana y la adherencia al control prenatal de la madre y su familia, así como las medidas de auto cuidado que deben desarrollarse para el beneficio de la madre y el hijo. En concordancia con lo anterior se debe:

- Adelantar acciones para que las mujeres y hombres en edad fértil conozcan sus deberes y derechos en cuanto a los servicios de consulta preconcepcional, control prenatal, parto, puerperio y atención a menores de un año.
- Fomentar acciones de auto cuidado para la maternidad segura que involucren a ambos miembros de la pareja. Estos proyectos deben orientarse a que el hombre participe en el cuidado de la mujer y el recién nacido en la gestación, el parto, el puerperio y el primer año de vida del niño. Las acciones de información, comunicación y educación deben centrarse en los cuidados y controles postparto, los métodos de planificación familiar, la nutrición adecuada y la lactancia materna, los controles de crecimiento y desarrollo, la aplicación adecuada del esquema de vacunación desde el nacimiento y el establecimiento de relaciones psico-afectivas adecuadas dentro de la pareja y de los padres con el nuevo hijo, reconocido como factor protector de la violencia intrafamiliar.
- Promover la discriminación positiva de la mujer gestante o con niños pequeños en las actividades de la vida cotidiana, tales como acceso privilegiado a lugares públicos, el servicio de transporte público, la priorización en situaciones de emergencia, la atención prioritaria en establecimientos comerciales, entre otros.
- Fomentar el uso seguro y racional de los medicamentos en la gestante mediante estrategias dirigidas a los profesionales de la salud, droguistas, expendedores, distribuidores y la comunidad en su conjunto, así como advertir sobre los riesgos que implica la automedicación en la gestación.

6.3.1.2 Coordinación intersectorial e interinstitucional.

En este campo se plantea el establecimiento de alianzas estratégicas para la formulación, desarrollo y evaluación de proyectos dirigidos no sólo de los demandantes de servicios sino también, de manera especial, a los oferentes de los servicios. Las líneas de acción son:

- Promover proyectos de educación formal, no formal e informal para que el personal de salud fortalezca sus competencias en lo que tiene que ver con la maternidad segura en el contexto del respeto por la mujer y sus decisiones. Se deben tener en cuenta la equidad de género en las responsabilidades que debe asumir el hombre en estos eventos, la asunción por parte del personal de salud de sus responsabilidades como servidores públicos y la sujeción a las normas técnicas de detección de alteraciones del embarazo, atención del parto y atención del recién nacido/a.

- Posicionar entre la población la idea de que con controles adecuados y a través de la consulta oportuna es posible reducir los riesgos asociados a la maternidad.
- Estas acciones deben estar especialmente dirigidas a los padres/madres y al personal de salud.
- Coordinar con los organismos de control las acciones jurídicas correspondientes al establecimiento de investigaciones y/o la imposición de sanciones cuando haya lugar.
- Establecer las acciones correspondientes frente al incumplimiento de la legislación vigente relacionada con la protección laboral de la mujer gestante y en lactancia.

6.3.1.3 Fortalecimiento de la Gestión Institucional.

En consecuencia con esta estrategia deben realizarse acciones para:

- Proponer cambios normativos que faciliten el acceso de toda la población a servicios de maternidad segura y de las madres y los recién nacidos asegurados y no asegurados a los diferentes niveles de complejidad según sea el caso.
- Favorecer la identificación de los riesgos para diferentes grupos poblacionales y la prestación de servicios de calidad en todas las regiones del país de acuerdo con las características culturales, étnicas y sociales de las diferentes poblaciones.
- Mejorar la capacidad resolutoria de la red de prestadores de servicios de primer nivel de complejidad mediante el fortalecimiento de la infraestructura y los servicios de transporte de emergencia, especialmente en las zonas de difícil acceso y con mayor mortalidad materna.
- Diseñar, en los servicios de salud, procesos que permitan vincular al compañero de la gestante y su familia a los servicios de atención obstétrica y de atención al recién nacido.
- Fortalecer el recurso humano para el tratamiento de las complicaciones del aborto mediante estrategias integrales que consideren los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.
- Aprovechar el puerperio mediato para la iniciación de otros programas tales como la planificación familiar, el programa ampliado de inmunizaciones y el control del crecimiento y desarrollo del recién nacido, entre otros.
- Fortalecer, en las IPS de los niveles tres y cuatro de complejidad, el manejo de las urgencias obstétricas mediante la adecuada formación del recurso humano y el fortalecimiento de la infraestructura con énfasis en bancos de sangre.
- Fortalecer la capacidad del recurso humano para clasificar el riesgo obstétrico y remitir a la gestante con oportunidad al nivel de complejidad correspondiente durante cualquier momento de la gestación, el parto o el puerperio.
- Desarrollar mecanismos de seguimiento de la norma técnica de atención al recién nacido en todas las instituciones que atienden eventos obstétricos, incluyendo la

aplicación de las inmunizaciones del recién nacido con énfasis en la primera dosis de anti hepatitis B.

- Fortalecer las acciones para orientar e inducir la demanda de los usuarios hacia el control prenatal y la atención del parto institucional especialmente en las poblaciones más vulnerables y en concordancia con los lineamientos del PAB.
- Fortalecer el sistema de vigilancia de casos de muertes maternas en cada uno de los departamentos mediante el mejoramiento del sistema de información y estadísticas vitales y la implementación y fortalecimiento de los comités de vigilancia de mortalidad materna y perinatal en todas las instituciones de salud.
- Mejorar en las direcciones territoriales de salud la capacidad de análisis, seguimiento y toma de decisiones en relación con la mortalidad materna y fortalecer los mecanismos de vigilancia a las instituciones responsables del cumplimiento de acciones obligatorias para la gestante y el recién nacido/a.

6.3.1.4 Fortalecimiento de la Participación.

En este campo, el fortalecimiento del papel que cumple la sociedad es fundamental para el mejoramiento de las condiciones relacionadas con la maternidad y la realización de intervenciones oportunas para que ésta sea segura. En este sentido se han priorizado las siguientes acciones:

- Promover mecanismos de quejas y reclamos que tengan que ver con consecuencias negativas en todo el proceso de gestación, parto y puerperio para la madre, el padre o el menor de un año. En este caso es necesario enfatizar los deberes y derechos no sólo del personal de salud sino también del padre y la madre, teniendo en cuenta que debe existir un grado de información adecuada que permita realizar este ejercicio con responsabilidad.
- Promover la vinculación de los padres y madres de familia a las ligas y asociaciones de usuarios de las EPS y ARS y a instancias de decisión que tengan que ver con la maternidad segura a nivel municipal.
- Potenciación de las redes sociales de apoyo.
- Identificar en los servicios de salud las redes sociales que se rodean a la gestante con el fin de realizar acciones precisas que permitan intercambiar la información y apoyo necesarios durante la gestación, el parto, el puerperio y la lactancia, haciendo especial énfasis en las acciones a realizar en situaciones de emergencia.
- Informar a las organizaciones comunitarias de los riesgos que pueden asociarse a la gestación y la importancia de acudir oportunamente a los servicios de salud en caso de emergencia.
- Vincular al control prenatal a otros miembros del núcleo familiar para que, mediante una adecuada información y formación, puedan acompañar a la mujer gestante en situaciones de emergencia o detectar factores de riesgo que requieran intervención.

- Estimular en las redes sociales identificadas la organización de mecanismos de apoyo (transporte de emergencia, acompañamiento, desplazamiento en zonas de conflicto, entre otros) a las mujeres gestantes en situaciones de emergencia, especialmente en zonas de difícil acceso por diversos factores.
- Trabajar con las redes de apoyo, y en el contexto de la interculturalidad, la transformación de creencias en costumbres y prácticas tradicionales que se han identificado como no seguras y que ponen en peligro la vida de la madre y el recién nacido.
- Poner en conocimiento de las redes sociales los principales riesgos y patologías asociados a la gestación, el parto y el puerperio identificados en cada zona geográfica con el fin de favorecer acciones de intervención oportunas⁷.

6.4 RESEÑA HISTORICA DEL CONTROL PRENATAL

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

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

7 POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, República de Colombia. Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Salud Pública, Bogotá, febrero de 2003.

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

6.5 NORMATIVIDAD PARA EL DESARROLLO DE ATENCION PRENATAL

Según los indicadores dados por la OMS la tasa de mortalidad materna en un país no debe superar 100 por cada 100.000 nacidos vivos, lo que pondría a Colombia por encima de la tasa esperada.

Por esta razón para el año 2004 el Ministerio de la Protección Social formuló como una acción prioritaria el Plan de choque para la reducción de la Mortalidad Materna con el fin de garantizar la atención de todas las mujeres embarazadas y así reducir los riesgos asociados a su condición, este plan está basado en la teoría de los tres retrasos en la atención materna que corresponde a circunstancias establecidas y que se ligan constantemente a las complicaciones durante la gestación, estas son: retraso en reconocer los síntomas y signos de complicaciones, retraso en acudir a la institución de salud cuando la gestante presente complicaciones y retraso en la prestación de los servicios de urgencias en las mismas instituciones de salud.

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

En Colombia para el año de 1993 con la creación de la Ley 100 se pretende mejorar el sistema de salud de la nación, y dentro de ésta se dictan las directrices para la atención obstétrica, la red de prestadores de servicios, el monitoreo y seguimiento y la vigilancia y control de las acciones que permiten la reducción de los factores de riesgo y de la mortalidad materna. Unos años después, el antiguo Ministerio de Salud, hoy Ministerio de la Protección Social, expidió el Acuerdo 117 de 1998 y la Resolución 412 del 2000, que corresponden a documentos de guías de atención y normas técnicas en salud sexual y reproductiva creados con el fin de brindar y garantizar la atención adecuada a toda la población colombiana.

Para el 2004 aparecen nuevos lineamientos de carácter prioritario y concreto referentes a los programas de salud sexual y reproductiva con las directrices incluidas en el Plan de Atención Básica y las circulares 52 y 18, esta última del mismo año, vinculando la seguridad materna dentro de los aspectos de interés en Salud Pública, complementariamente la vigilancia de la mortalidad materna respaldada por resoluciones de estadísticas vitales como son la 1347 de 1997 y la resolución 3148 de 1998, y el decreto 955 del 2002 por el cual se crea la Comisión

Intersectorial de Gestión de Estadísticas Vitales y el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA.

También hay que mencionar a la resolución 2309 por la cual se creó el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad que a su vez estableció estándares mínimos de habilitación en los distintos niveles, condiciones para la prestación de los servicios obstétricos, la atención de las complicaciones, el proceso de referencia y contra referencia y el traslado de pacientes, los cuales fueron reglamentados gracias a este sistema y que actualmente es el pilar fundamental para la verificación de los estándares mínimos exigidos.

6.6 CONTROL PRENATAL

Se define como el “conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional”.

El control prenatal tiene los siguientes componentes:

- El análisis temprano y continuo del riesgo.
- La promoción de la salud, detección temprana y protección específica.
- Las intervenciones médicas y psicosociales

Con base en estos componentes se define una serie de objetivos generales que, a su vez, caracterizan a un buen control prenatal. Tales objetivos son:

- Identificación de factores de riesgo.
- Diagnóstico de la edad gestacional.
- Identificación de la condición y crecimiento fetal.
- Identificación de la condición materna.
- Educación materna y a su núcleo familiar en actividades de promoción y Prevención.

El control prenatal debe ser:

- Precoz: propender a la atención preconcepcional o desde el primer trimestre.
- Periódico: varía según los factores de riesgo, los recursos disponibles en cada región y las normas establecidas.
- De buena calidad: propendiendo a la determinación adecuada de los factores de riesgo.
- Integral: incluyendo el fomento, la prevención, educación y recuperación de la salud.
- Universal: con cobertura total, es decir, a todas de las mujeres gestantes en un área determinada, conforme a lo definido en el sistema general de seguridad social en salud en relación con su identificación en el sistema y para la población más pobre y vulnerable, conforme a las modalidades definidas en la normativa vigente, por medio de subsidios en salud.
- Libre escogencia: garantizando la accesibilidad de la usuaria a la institución más cercana.⁸

6.7 CALIDAD EN EL CONTROL PRENATAL

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

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

Así, si admitimos ofrecer calidad significa corresponder a las expectativas de las pacientes e incluso sobrepasarla. Esto implica conocer las virtudes y fallas del mismo para poder exponerlos o mejorarlos según sea el caso, para ello se de establecer estándares y evaluar en forma fehaciente los principales componentes de la calidad del servicio⁹.

- **Carácter tangible:** Es el aspecto del soporte material del servicio, del personal y de los soportes de comunicación, como son; las condiciones de confort y la limpieza del consultorio, cómo la recibe la recepcionista, la relación interpersonal entre la enfermera o médico y la gestante, la forma de informar, orientar, dar educación por parte del recurso humano.
- **Fiabilidad:** Consiste en realizar correctamente el servicio desde el primer momento. Normalmente el 96% de las pacientes insatisfechas no realizan

⁸Guía de control prenatal y factores de riesgo Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog) Edgar Cancino, MD. ESE Fontibón, Herson León, MD. ESE El Tunal, Rafael Otálora, MD. ESE Suba, Ebert Pérez

⁹Violeta 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

reclamaciones pero no vuelven al consultorio y no lo recomiendan. Si se atiende una gestante mal y no se le presta la debida atención o no le da una completa información – orientación y educación en la primera consulta, esa es la impresión que ella va a tener y luego es muy difícil de modificar.

- Rapidez: Se traduce en la capacidad de realizar el servicio dentro de los plazos aceptables para la gestante. No retener a una materna mucho tiempo en la sala de espera y no dar turnos por periodos muy largos.
- Competencia: Del personal que debe poseer la información y la capacitación necesaria para la realización del servicio. El personal que acompaña al profesional debe conocer todas las indicaciones del servicio para que puedan ser transmitidas claramente a la gestante y evitarle molestias y tramites innecesarios.
- Cortesía: Expresada a través de la educación, la amabilidad y el respeto del personal y del profesional hacia la paciente.
- Credibilidad: Es decir, honestidad del profesional que presta el servicio tanto en sus palabras como en sus actos.
- Seguridad: Ausencia de peligro, riesgo o dudas a la hora de utilizar el servicio.
- Accesibilidad: Que se traduce por la facilidad con la que la gestante puede utilizar el servicio en el momento que lo desee o necesite.
- Comunicación: En varias citas de control prenatal se debe informar a la materna con un lenguaje sencillo, la educación orientada a los cuidados prenatales, portar consigo en cada cita la carpeta con el carné y fotocopia de los exámenes de control prenatal, signos y síntomas de alarma, reconocer los signos y síntomas premonitorios u otros signos y síntomas de acuerdo a la patología que presente la materna, asesoría en planificación familiar en caso de cesárea urgente, lactancia materna, cuidados del recién nacido, cuidados pos parto, planificación familiar pos parto y el riesgo reproductivo.
- Registrar completamente en la historia clínica el proceso de educación prenatal efectuada a la gestante. Estas orientaciones se efectuarán en varias citas durante todo el control¹⁰.
- La consulta tendrá una duración mínima de 20 minutos para poder realizar todo el proceso de educación prenatal completo y con calidad¹¹.

6.7.1 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:

10 República de Argentina. Ministerio de Salud de la Nación .Schwartz. R et al. El cuidado prenatal. Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal. Buenos Aires, 2001.

11Ricardo BB, Duración consulta médica general. Médico-Legal 2007.

- De calidad: El prestador de salud tendrá la capacidad resolutive y el equipo de salud capacitado para brindar una atención integral, humanizada y de alto nivel, de acuerdo con el Decreto 2309/02 del Ministerio de la Protección Social.
- Precoz: La atención debe iniciarse tan pronto se confirme el embarazo.
- Periódica: Garantizar la atención de la gestante a lo largo de su gestación de acuerdo con sus necesidades.
- Con completa cobertura: La atención en salud de la gestante se deberá garantizar de acuerdo con sus necesidades en los diferentes niveles de atención del sistema de salud, de acuerdo con la resolución 5261/94 del Ministerio de Salud “Por el cual se establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del plan obligatorio de salud” y las normas que lo adicionen, modifiquen o complementen.
- Oportuna: Deberá brindarse cuando ésta se requiera, de acuerdo con las necesidades de la usuaria, Identificación e inscripción de las gestantes en el control prenatal.
- Para el desarrollo oportuno de este proceso es preciso implementar los mecanismos que garanticen la detección y captación temprana de las gestantes, ante la sospecha de embarazo y antes de la semana doce de embarazo para detectar, educar, intervenir y controlar oportunamente sus factores de riesgo biosico-sociales, condiciones propias de este estado.

Este proceso implica:

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

6.7.2 Elaboración de la Historia Clínica e Identificación del Perfil de Riesgo.

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

6.7.3 Elementos Básicos de la Historia Clínica Prenatal:

- Identificación de la gestante: nombre completo, documento de identidad, edad, raza, nivel educativo, estado civil, ocupación, régimen de afiliación, procedencia (urbana, rural), dirección y teléfono.
- Antecedentes personales: patológicos, Quirúrgicos, nutricionales, traumáticos, tóxicos-alérgico
- Enfermedades, complicaciones y tratamientos recibidos durante la gestación actual
- Hábitos: nutricionales, actividad física, sexualidad, patrón de sueño, tabaquismo, alcoholismo, consumo de sustancias psicoactivas, abuso de fármacos en general, exposición a tóxicos e irradiación y otros.
- Valoración de condiciones sicosociales: tensión emocional, humor, signos y síntomas neurovegetativos, soporte familiar y de la pareja, violencia domestica, embarazo deseado o programado
- Antecedentes obstétricos: total de embarazos y evolución de los mismos, complicaciones obstétricas y perinatales previas, fecha de la finalización del último embarazo e intervalos intergenesicos
- Antecedentes laborales.
- Antecedentes ginecológicos: Edad de la menarquía, ciclos menstruales, fecha de las dos últimas menstruaciones, edad de inicio de las relaciones sexuales, número de compañeros sexuales, métodos anticonceptivos utilizados y hasta cuándo, antecedente o presencia de flujos vaginales, enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, cirugía ginecológica e historia y tratamiento de infertilidad.
- Antecedentes familiares: trastornos mentales, epilepsia, hipertensión arterial crónica, Preeclampsia, eclampsia, cardiopatías, diabetes, metabólicas, autoinmunes, infecciosas (tuberculosis, HIV, ETS) congénitas, neoplasia, gestaciones múltiples y otras.
- Gestación actual: Edad gestacional probable (fecha de la última regla, altura uterina o ecografía obstétrica), identificar la aparición de síntomas, signos y otros eventos adversos asociados con la gestación, tales como: hipertensión arterial, cefalea, trastornos visuales o auditivos, epigastralgia, edemas progresivos en cara o miembros superiores e inferiores, disminución marcada o ausencia de movimientos fetales, actividad uterina, sangrado genital, amenorrea o leucorrea, sintomatología urinaria, intolerancia a la vía oral, patrón de sueño alterado y otros.
- Otros hallazgos y motivo de consulta: Inicio y evolución de la sintomatología, exámenes previos, tratamiento recibido y estado actual
- Tomar medidas antropométricas: Peso, talla, altura uterina, y valorar el estado nutricional.
- Tomar signos vitales: Respiración, temperatura, pulso y tensión arterial.
- Realizar examen físico completo por sistemas: Debe hacerse céfalo caudal, incluido la cavidad bucal.

- Valoración ginecológica: Realizar examen de senos y genitales, que incluye la valoración de patología infecciosa cervicovaginal y toma de citología vaginal, si no tiene una reciente de acuerdo con la guía de detección del cáncer del cuello uterino. Comprobar la existencia del embarazo, descartar gestación extrauterina e investigar patología anexial.
- Valoración obstétrica, según edad gestacional: determinar altura uterina y correlacionar con el feto o número de fetos, fetocardia y movimientos fetales.

6.7.4 Solicitud de Exámenes Paraclínicos

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

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

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

Glicemia: Prueba de glicemia a la hora con una carga de 50 gr de glucosa, previo ayuno de dos horas, en las gestantes con alto riesgo de diabetes gestacional.

La ecografía obstétrica será solicitada en la primera visita prenatal para confirmar la edad gestacional, solo si la fecha de última regla no es confiable o si se presenta alguna complicación en el primer trimestre del embarazo que lo requiera. Citología cervical: se deberá tomar si la gestante no tiene una reciente, de acuerdo con la guía de detección temprana de cáncer del cuello uterino.

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

6.7.5 Formulación de Micronutrientes

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

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

6.7.6 Educación Individual a la Materna, Compañero y Familia.

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

- Fomentar la integración a la consulta del esposo o compañero o familiar (no solo el acompañamiento a la consulta sino del puerperio).
- Incrementar los factores protectores para la salud de la materna, tales como medidas higiénicas, guía nutricional, fomento de la actividad física, sexualidad, prevención de infecciones vaginales, sueño, vestuario, apoyo afectivo, control prenatal, vacunación y la atención institucional del parto.
- Fortalecer los vínculos afectivos, la autoestima y el auto cuidado como factores protectores.
- Prevenir la automedicación y el consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas durante la gestación. La gestante fumadora debe ser informada sobre los riesgos del cigarrillo en el embarazo (parto pre término, bajo peso al nacer) y la importancia de suspender su consumo o disminuir al mínimo su empleo. De igual forma, el consumo del alcohol y otras sustancias psicoactivas.
- Educación prenatal:
 - Los signos y síntomas de alarma; por los que debe consultar oportunamente, tales como: disminución marcada o ausencia de movimientos fetales, sangrado vaginal o amenorrea o leucorrea, actividad uterina.
 - Signos y síntomas premonitorios como: hipertensión arterial, cefalea, trastornos visuales, trastornos auditivos, epigastralgia, edemas.
 - Otros signos y síntomas urinarios.
- Planificación familiar: Solicitar firma del consentimiento informado de la gestante o carta firmada por la gestante en caso de elegir un método permanente si el parto termina en cesárea urgente o después del parto- consejería en planificación familiar.
- Lactancia materna: Educar y preparar para la lactancia materna exclusiva hasta los 9- 10 meses y con alimentación complementaria hasta los 2 años.
- Cuidados del recién nacido: cuidados del ombligo, horario alimentación.
- La importancia de llevar consigo el carné de control prenatal junto con las fotocopias de los exámenes de laboratorio y todas ecografías a cada cita de control prenatal con la enfermera, médico general o especialista o para facilitar su atención en caso de urgencia en otra institución de salud.
- Brindar espacio para resolver inquietudes e interrogantes de la gestante
- Recomendar sitio para su atención durante las 24 horas del día o de solicitud de información en situaciones de urgencia.

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

6.7.7 Remisión a Consulta Odontológica General

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

6.7.8 Diligenciamiento y entrega del Carné Materno, Exámenes Paraclínicos y Ecografías, Educación sobre la Importancia de su Uso

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

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

6.7.9 Valoración del Perfil de Riesgo Materno

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

- Gestante sin factores de riesgo: Son aquellas que no presentan factores de riesgo biosociales, enfermedades asociadas y propias de la gestación que aumentan su riesgo de morbilidad materna y perinatal con respecto a la población general.
- Gestantes con factores de riesgo: Son aquellas gestantes que de acuerdo con la evaluación que se realice de sus factores de riesgo biosociales, enfermedades asociadas y propias de la gestación tiene mayor riesgo de morbilidad materna y perinatal con respecto a la población general. Estas maternas deberán

ser remitidas al especialista en obstetricia para valoración, quien les definirá un plan de atención integral de acuerdo con su condición de salud. Es deber de los prestadores de salud garantizarle a estas gestantes una atención adecuada, oportuna e integral.

6.7.10 Consultas de Seguimiento y Control

Es el conjunto de actividades realizadas por el médico o el profesional de enfermería en el control prenatal a la materna sin factores de riesgo, que permite el seguimiento al normal desarrollo de la gestación.

Se debe garantizar la prestación de este servicio por un grupo calificado de profesionales. La duración de estas consultas deberá ser mínimo de 20 minutos.

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

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

6.7.11 Complicaciones y Alteraciones durante el Embarazo

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

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

Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbimortalidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna. Para el

desarrollo oportuno de este proceso, es preciso implementar los mecanismos que garanticen la detección y captación temprana de las gestantes, después de la primera falta menstrual y antes de la semana 14 de gestación con el fin de intervenir y controlar oportunamente los factores de riesgo.

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

En la primera consulta prenatal se busca evaluar el estado de salud, los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales asociados al proceso de la gestación y determinar el plan de controles. Ministerio de Salud – Dirección General de Promoción y Prevención Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo, en esta misma se debe realizar una anamnesis completa con identificación de la usuaria, antecedentes personales, patológicos y familiares, acompañado de un examen físico completo y la solicitud de todos los para clínicos de control sugeridos. Se debe hacer entrega de micronutrientes y el carné materno, en el cual se deben registrar los hallazgos clínicos, la fecha probable del parto, los resultados de los exámenes paraclínicos, las curvas de peso materno, altura uterina y tensión arterial media y las fechas de las citas de control.

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

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

Preeclampsia, Eclampsia, Hipertensión Crónica, Hipertensión Transitoria, Diabetes Gestacional Alteraciones Hemorrágicas, dentro de éstas tenemos: Hemorragias de la primera Y segunda mitad del embarazo: Desprendimiento prematuro de placenta.

Estas complicaciones deben ser identificadas de una forma precoz para ser tratadas o remitidas a un nivel de mayor complejidad todo con el fin de reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal.¹²

¹² Norma técnica correspondiente a la detección temprana de alteraciones en el embarazo según resolución 412 del 2000.

7. LA MORTALIDAD PERINATAL

Se define dependiendo de la edad gestacional y el peso al nacer, así:

7.1 Mortalidad Perinatal I

Representa las muertes perinatales que ocurren a partir de la semana 28 de gestación o con un producto que pesa 100 o más gramos y hasta los primeros 7 días de nacido.

7.2 Mortalidad Perinatal II

Incluye las muertes de productos de 22 o más semanas de gestación o mayores de 500 gramos de peso, hasta los 28 días de vida.

7.3 Mortalidad Perinatal III

Productos muertos entre la semana 22 de gestación o mayores de 500 gramos de peso hasta los 7 días de nacido.

Ésta es la definición de la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, empleada por la OMS, el CLAP y el DANE³. La OMS, adicionalmente, clasifica las muertes perinatales como anteparto, cuando la muerte ocurre antes del inicio del trabajo de parto; e intraparto, cuando ocurre luego del inicio del trabajo de parto pero antes del nacimiento. En algunos casos pueden existir dudas cuando la materna consulta con un feto muerto y en trabajo de parto ya establecido. A su vez, la muerte neonatal la divide en temprana, antes de la primera semana de vida y tardía entre la segunda y la cuarta.¹³

¹³Análisis individual de la muerte Perinatal, John Jairo Zuleta Tobón, Juan Guillermo Londoño Cardona, Diana Cecilia Jaramillo Posada

8. MORTALIDAD PERINATAL – PROTOCOLO

8.1 Muerte Perinatal

Es la que ocurre en el periodo comprendido entre las 22 semanas completas (154 días) de gestación o de más de 500 gramos de peso y los siete días completos después del nacimiento o en neonatos.

8.2 Muerte Neonatal

Es la muerte ocurrida entre el nacimiento y los primeros 28 días de vida.

NACIMIENTO

	22 SEM	7 DIAS	28 DIAS
	PERINATALES		
	MORTINATOS	PRECOCES	TARDIAS
	FETALES	NEONATALES	

8.3 Estrategias

Vigilancia pasiva

- Notificación inmediata y semanal obligatoria de las muertes perinatales

Vigilancia activa:

- Concordancia DANE-Sivigila
- Evaluar la concordancia y los ajustes de casos de muertes perinatales reportados por las EEVV del DANE y la notificación al Sivigila a través de comités de EEVV, c/3 meses.

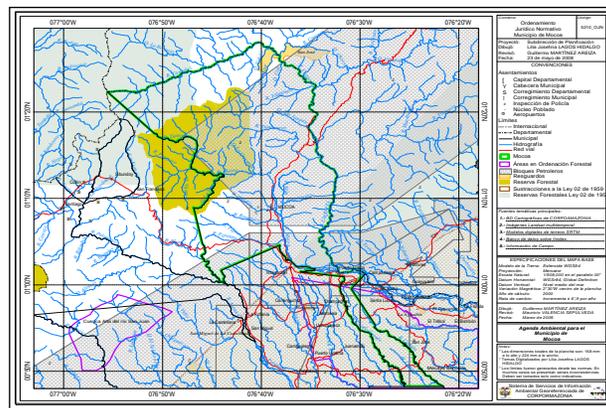
9. ASPECTOS GENERALES

La ESE Hospital José María Hernández donde se realizará el estudio se encuentra ubicado en el municipio de Mocoa en el departamento del Putumayo.

A continuación se relaciona información general sobre el municipio:

9.1 Caracterización del Municipio de Mocoa Departamento del Putumayo.

Grafica 1 – Municipio de Mocoa



Fuente: Instituto Geográfico Agustín Codazzi 2006.

9.2 Municipio De Mocoa

Localizada alrededor de 600 km de Bogotá, desde donde se llega por vía terrestre en un trayecto que se recorre en cerca de 11 h 0 m, en la ruta (Bogotá – Neiva – Pitalito – Mocoa), o por aire a través de la ruta (Bogotá Villagarzón, con escala en Neiva) y con tiempo efectivo de vuelo cerca de 01 h 30 m. En un área aproximada de 1.246 km², de los cuales cerca de 162 km² están establecidos como Reserva Forestal Protectora de la Cuenca Alta del río Mocoa y 137,5 km² en resguardos indígenas Inga Camentsa (Belén del Palmar), Condagua, Kamsá-Biyá, Puerto Limón, Yunguillo, Inga de Mocoa y La Florida, pertenecientes a las etnias Inga, Inga Kamentza, Kamentza y Nasa, principalmente. También cuenta con cerca de 91,7 km² ordenados como área forestal protectora productora Mecaya-Sencella¹⁴

14 Colombia. Instituto Geográfico Agustín Codazzi, IGAC, REVISTA DE ANÁLISIS GEOGRÁFICOS, NO. 38.

9.3 Límites

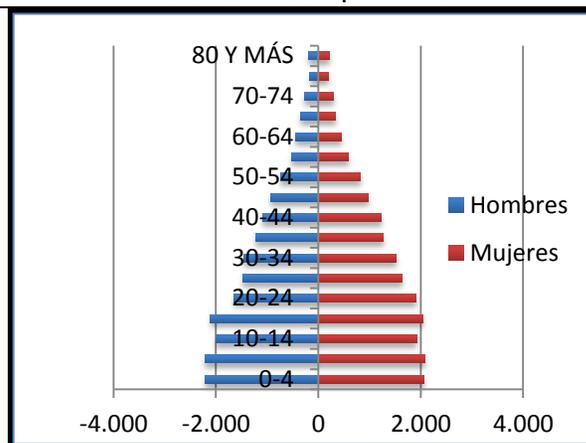
Limita por el norte con el Departamento del Cauca, por el oriente con el Departamento del Cauca y el Municipio de Puerto Guzmán, por el sur con el Municipio de Puerto Caicedo y por el occidente con los Municipios Villagarzón y San Francisco.

10. DEMOGRAFÍA

10.1 Población

La población total que habita en el Municipio de Mocoa según las proyecciones del Dane [2005], para el 2010 es de 38.564 personas aproximadamente, distribuidos en población de hombres 19.049 y de mujeres 19.515.¹⁵

Grafica 2 – Pirámide poblacional.



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Proyecciones Poblaciones 2005.

Los datos arrojados por la pirámide, muestran que no hay discrepancia considerable en cuanto al género; se podría afirmar que por cada hombre hay una mujer; el valor de desigualdad es de 466 a favor del género masculino,

La mayoría de la población se encuentra en el rango de edad entre los 15 a 19 años, y una gran concentración en las etapas de lactancia, niñez temprana, juego, escolar, adolescencia y juventud; en conclusión es una población predominantemente joven.

Se comprende la violencia como la razón principal para que la diferencia entre la población adulta y la población menor de edad sea tan amplia; sin embargo no se desecha la posibilidad de un aumento en la tasa de fecundidad en el Municipio. Por otra parte es posible afirmar que este capital humano, netamente joven, es un riesgo desde la perspectiva alimentaria y nutricional; ello ocurre por la falta de independencia económica, y por el tipo de actividades en las que se desenvuelven los sujetos de este rango poblacional.

10.2 Indicadores demográficos

De acuerdo al DANE para el 2010 indicadores demográficos más representativos.

¹⁵ Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE-Proyecciones Poblaciones. Bogotá; 2005.

Tabla N° 1. Indicadores demográficos 2005 y 2010.

Tasa	Unidad	Análisis
Crecimiento poblacional	1%	Cerca de las metas Para determinar la proyección de la población en relación con la fecundidad y la morbilidad
Natalidad y fecundidad	26.4%	fecundidad fue del 107.9 con una edad media de fecundidad de 27.7 años y un número estimado de nacimientos de 42.021
Tasa de mortalidad Adulta Infantil	5.7% 37.4%	superior a la tasa de mortalidad nacional
Esperanza de vida al nacer General Hombres Mujeres	70.9 años 66.9 años 75.2 años	A nivel nacional la esperanza de vida está en 74 años con relación al Municipio la cifra del indicador de la esperanza de vida es inferior.

Fuente: Censo DANE 2005.

11. SALUD

El Municipio de Mocoa, cuenta con un hospital que ofrece servicios de primer nivel y de segundo nivel el cual se encarga de atender a la población urbana y rural de la zona, como también IPS privadas que atiende a la población mocoense.

11.1 Aseguramiento en Salud

Los datos obtenidos de la Secretaría de Salud Municipal evidencian que el Municipio de Mocoa tiene una cobertura de afiliación en salud que supera el 100% de la población perteneciente al régimen subsidiado. Los datos fueron estimados a partir de los registros de población afiliada al régimen contributivo, al régimen subsidiado y al magisterio. Se utilizó además, la población estimada para el año 2010, proyectada por la Secretaría de Salud Municipal a partir del censo de 2005.

Tabla N°2. Aseguramiento en salud 2010.

Nombre de Municipio	Población SISBEN 1 y 2	SISBEN 1 y 2 No afiliada al subsidiado	SISBEN 1 y 2 afiliada subsidiado	Déficit de Cobertura	% de Cobertura Régimen Subsidiado
MOCOA	37.146	32.840	32.909	0	100,00%

Fuente Secretaria de Salud Municipal, aseguramiento. Informe local.

El 86% de la población de Mocoa se encuentra afiliada a alguna EPS del régimen subsidiado, mientras que el 13.8% se encuentra en el régimen contributivo y en situación de desplazamiento.

12. DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN

12.1 Razón social: empresa social del estado hospital jose maria hernandez

La Empresa Social del Estado Hospital José María Hernández cuenta con patrimonio propio y autonomía administrativa adscrita a la Dirección Seccional de Salud e integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud y sometida al régimen jurídico.

El Hospital tiene jurisdicción en todo el territorio del Departamento del Putumayo; el domicilio y sede de sus órganos administrativos es la ciudad de Mocoa y su objeto es la prestación de servicios de salud de primero, segundo nivel y algunos servicios de tercer nivel de atención.

12.2 Portafolio de Servicios:

Urgencias, Hospitalización, Quirófanos y Sala de Partos, Consulta Externa, Consulta Médica General, Odontología y Salud Oral, Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, Laboratorio Clínico Básico y Especializado, Banco de Sangre y Servicio Transfusional, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna, Cirugía General, Ortopedia y Traumatología, Urología, Anestesiología, Servicios de Apoyo Terapéutico, Psicología, Fonoaudiología, Terapia Física, Terapia Respiratoria, Salud y Terapia Ocupacional, Nutrición y Dietética, Radiología e Imágenes Diagnosticas, Servicios Farmacéuticos, Ambulancia Asistencial Básica y Medicalizada, Atención al Usuario, Telemedicina Y Registro Civil.¹⁶

¹⁶ ESE Hospital Jose Maria Hernandez. Plataforma Estratégica. [Internet]. [Consultado 2011 oct. 17].

13. DISEÑO METODOLOGICO

La investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo, retrospectivo-evaluativo, sobre el proceso de educación prenatal que se brindo en el programa de control prenatal por parte de los profesionales de salud a las gestantes que asistieron a control prenatal y que sobrellevaron las muertes perinatales.

Los datos que se revisaran y analizaran corresponden a los eventos de mortalidad perinatal ocurridos en la ESE Hospital José María Hernández del municipio de Mocoa del Departamento del Putumayo, en el periodo comprendido entre enero y diciembre del 2010.

14. DEFINICIÓN DE VARIABLES

En el estudio fueron consideradas las variables como: Aspectos socio- demográficos entre los cuales encontramos la procedencia, municipio, edad, escolaridad. Estado de salud (antecedentes maternos y ginecobstétricos), proceso educativo, signos de alarma, dando cumplimiento a la norma técnica correspondiente a la detección temprana de alteraciones en el embarazo.

14.1 OPERALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
Edad Materna	Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de su gestación.	La edad de la madre la encontraremos en la información de la historia clínica. Se clasificara en seis categorías:<14 AÑOS, 15 – 19 AÑOS, 20 - 24 AÑOS, 25 – 29 AÑOS, 30 – 39 AÑOS, >40 AÑOS	CUANTITATIVA	NOMINAL	La edad materna será presentada como porcentaje promedio de cada una de las categorías en que se dividen las edades indicadas.
Procedencia	Origen principio del que algo procede. Lugar de Origen	La procedencia la obtendremos de la información de la historia clínica. Se determinará si es rural o urbana	CUALITATIVA	NOMINAL	La procedencia se presentará como un porcentaje de acuerdo si es de la zona urbana o rural.
Estado Civil	Es la situación de las personas en relación a derechos y deberes civiles.	Condición civil de las madres que fueron atendidas en el control prenatal. La obtendremos de la información de la historia clínica. Se determinará si es: CASADO, SOLTERO, DIVORCIADA, UNION LIBRE, SIN INFORMACIÓN.	CUALITATIVA	NOMINAL	El estado civil se realizara por Porcentajes de acuerdo a las respuestas registradas en la historia clínica.
Nivel Educativo	Se refiere al último grado de escolaridad realizado.	Estudios cursados por la madre, el cual se categoriza de la siguiente manera:NINGUNA, PRIMARIA, SECUNDARIA, TECNICA, UNIVERSIDAD, SIN INFORMACION.	CUANTITATIVA	NOMINAL	Escolaridad de la madre será Presentada a través de porcentajes (promedios) de acuerdo al nivel de escolaridad establecido.
Régimen de Seguridad Social en Salud	Conjunto de normas y procedimientos destinados a garantizar la prestación de servicios de salud a los habitantes del país.	El régimen de seguridad social en salud tiene 4 categorías: Contributivo, subsidiado, vinculado y especial.	CUALITATIVA	NOMINAL	El régimen de seguridad social en salud será expresado como porcentajes de cada régimen establecido por el estado, con relación al total de las madres.
Inicio del Controles Prenatales	Edad gestacional en que la madre inicio su primer control prenatal.	Inscripción de las madres al control prenatal. La información la obtendremos de la historia clínica. Se categoriza de la siguiente manera:SemanasGestacionales: Antes de la semana 14 de gestación. Después de la semana 14 de gestación.	CUANTITATIVA	ORDINAL	Inicio del control prenatal de la madre será presentado a través de porcentajes (promedios) de acuerdo a la semana de ingreso al programa de control prenatal.
Frecuencia de Controles Prenatales	Se refiere a la asistencia a control prenatal durante el periodo de gestación.	Numero de controles que fueron realizados durante el embarazo definido así: Menos de 3, Entre 3 y 5 controles y Más de 5 controles.	CUALITATIVA	ORDINAL	Este indicador está representado en Porcentaje, ya que mediremos los controles realizados frente a controles sugeridos por resolución 412 según edad gestacional e inicio del control prenatal.

Asistencia al curso Psicoprofiláctico.	El curso de preparación brinda una orientación a la gestante, sobre los cuidados que debe tener en cuenta durante las etapas de gestación, parto y puerperio.	La asistencia al curso de preparación se obtendrá de la historia clínica y los datos registrados en el formato de seguimiento de la gestante. definidos así: Menos de 3, Entre 3 y 5 sesiones y Más de 5 sesiones.	CUALITATIVA	NOMINAL	Porcentaje del número de sesiones realizadas durante el periodo de gestación.
Registro de intervenciones educativas: importancia del control prenatal y Psicoprofiláctico.	Se refiere a la información respecto a la motivación a la inscripción y cumplimiento del control prenatal y curso de preparación durante todo su proceso de gestación así como a la información del estado de salud.	La información se obtendrá de la historia clínica y los datos registrados en el formato de seguimiento de la gestante. se Determinara mediante los siguientes resultados: Sí o No.	CUALITATIVA	NOMINAL	La información obtenida del proceso educativo se efectuara mediante porcentajes teniendo en cuenta la existencia o no del registro escrito en la historia clínica sobre la intervención educativa.
Registro de intervenciones educativas: en signos y síntomas de alarma durante el proceso de gestación.	Se refiere a la instrucción educativa que se debe impartir sobre los cuidados durante el embarazo y factores de riesgo tanto para la madre como para el bebe.	La información se obtendrá de la historia clínica y los datos registrados en el formato de seguimiento de la gestante. se Determinara mediante los siguientes resultados: Sí o No	CUALITATIVA	NOMINAL	La información obtenida del proceso educativo se efectuara mediante porcentajes teniendo en cuenta la existencia o no del registro escrito en la historia clínica sobre la intervención educativa.
Registro de intervenciones educativas: en cuidados durante el parto, posparto y cuidados del recién nacido.	Se refiere a la instrucción educativa que se debe impartir sobre los cuidados durante el parto, posparto, factores de riesgo, complicaciones y cuidados, tanto para la madre como para el bebe.	La información se obtendrá de la historia clínica y los datos registrados en el formato de seguimiento de la gestante. se Determinara mediante los siguientes resultados: Sí o No	CUALITATIVA	NOMINAL	La información obtenida del proceso educativo se efectuara mediante porcentajes teniendo en cuenta la existencia o no del registro escrito en la historia clínica sobre la intervención educativa.
Edad mortinato o neonato.	Se define la edad al morir del mortinato o neonato como el tiempo de gestación en el momento del evento perinatal.	La edad del mortinato o neonato se obtendrá de la historia clínica o en la ficha de notificación obligatoria. Se clasificara en tres categorías: Antes de la semana 20, Durante la semana 20 hasta la semana 30. Durante la semana 31 hasta la semana 40 de gestación. Después de la semana 40 de gestación.	CUANTITATIVA	ORDINAL	La información obtenida será presentada a través de porcentajes (promedios) teniendo en cuenta el tiempo de gestación en el momento del evento perinatal.

Peso del mortinato o neonato.	Se refiere al peso en gramos del mortinato o neonato en el momento del evento perinatal.	La cifra del peso del mortinato o neonato se obtendrá de la historia clínica o en la ficha de notificación obligatoria. Se clasificará en 5 categorías: <1000 grs, 1000 – 1499, grs , 1500 – 2499 grs, 2500 – 3999 grs y >o = a 4000gramos	CUANTITATIVA	ORDINAL	La información obtenida será presentada a través de porcentajes (promedios) teniendo en cuenta el peso del mortinato o neonato en el momento del evento perinatal.
momento en que ocurrió la muerte perinatal	Se define como el periodo de ocurrencia de la muerte del mortinato o neonato.	El periodo de ocurrencia de la muerte del mortinato o neonato se obtendrá de la historia clínica o en la ficha de notificación obligatoria. Se clasificará en 4 categorías: Anteparto, Intraparto, Preatla y Postalta.	CUALITATIVA	NOMINAL	La información obtenida será presentada a través de porcentajes (promedios) teniendo en cuenta el periodo de ocurrencia de la muerte del mortinato o neonato.

15. CONSIDERACIONES ETICAS

Para iniciar el estudio del cual se tomaran los datos, se solicitó autorización al Secretario de Salud Municipal de Mocoa y al Gerente del Hospital José María Hernández de Mocoa – putumayo, para la utilización de la información obtenida.

Los resultados de la Investigación se darán a conocer a las instituciones participantes, a través de una presentación oral y escrita a las instituciones de Salud involucrada.

16. CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES											
ACTIVIDADES	MESES										
	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO
Revisión bibliográfica	X										
Elaboración del proyecto.	X	X									
Ajustes y correcciones		X									
Socialización del primer avance.			X								
Presentación en la ESE HJMH.				X							
Aplicación de instrumentos					X	X					
Tabulación de datos						X					
Obtención de resultados						X					
Análisis de información						X	X				
Redacción informe final								X	X	X	
Presentación informe final										X	X
Sustentación											X

17. RESULTADOS Y ANALISIS

El total del censo. Los registros hablan de 10 muertes perinatales ocurridos en la ESE Hospital José María Hernández.

Dado que los datos obtenidos corresponden a la revisión documental realizada a las historias clínicas de las gestantes con eventos de mortalidad perinatal en el año 2010. Se toma el 100% de los casos de mortalidad perinatal, lo cual representa el total de la población.

Grafica 3 – Comportamiento de mortalidad perinatal en ese Hospital Jose Maria Hernandez (Desde el año 2004 a primer semestre 2011)



Fuente: Secretaria de Salud Departamental Putumayo. 2010 hasta Enero a Octubre 2011.

Como podemos observar el comportamiento de este evento ha sido variable, el mayor numero de casos fue reportado en el año 2006, 2007 respectivamente y el año 2011 que no ha terminado con 15 casos hasta la fecha.

17.1 Graficas y análisis de resultados en la ese hospital Jose maria Hernandez.

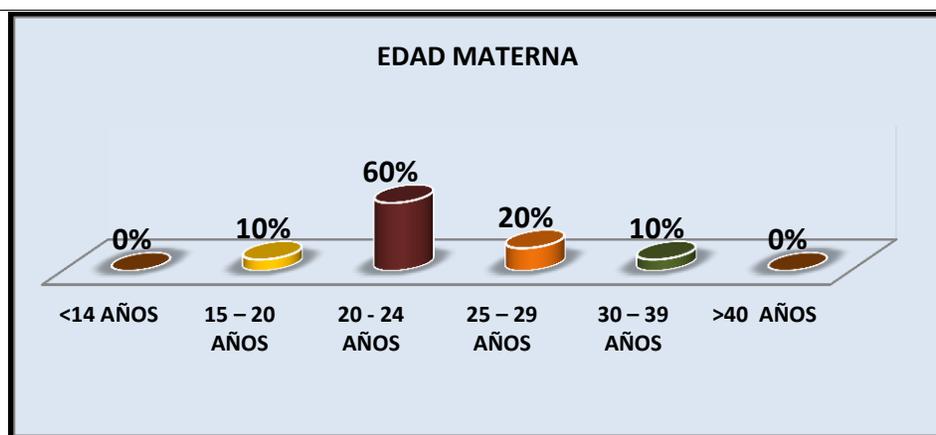
Conforme a la programación inicial se evaluaron 10 historias clínicas en la ESE Hospital José María Hernández.

17.1.1 CARACTERISTICAS SOCIEODEMOGRAFICAS

Tabla N°3. EDAD MATERNA

EDAD MATERNA	No.	%
<14 AÑOS	0	0%
15 – 19 AÑOS	1	10%
20 - 24 AÑOS	6	60%
25 – 29 AÑOS	2	20%
30 – 39 AÑOS	1	10%
>40 AÑOS	0	0%
Total	10	100%

Grafica 4 – EDAD MATERNA



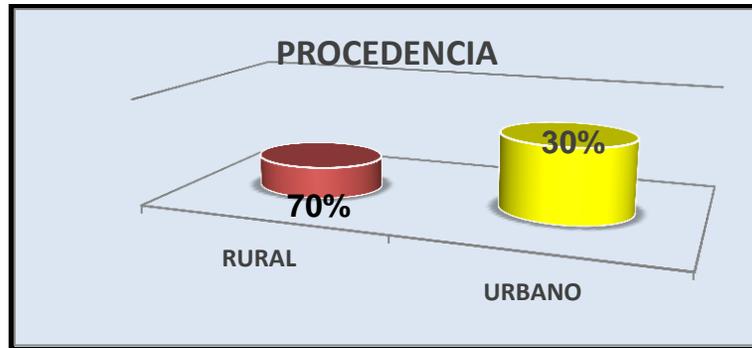
Fuente: historias Clínicas 2010.

La edad de las madres de los casos de muertes perinatales corresponde a un 60% al grupo etareo de 20 a 24 años, con un 20% las madres que tienen edad entre los 25 y 29 años, las madres adultas de 30 y 39 años un 10% y el grupo de las madres jóvenes menores de 20 años el 10%.

Tabla N°4. Procedencia.

PROCEDENCIA	No.	%
URBANO	7	70%
RURAL	3	30%
Total	10	100%

Grafica 5 – Procedencia.



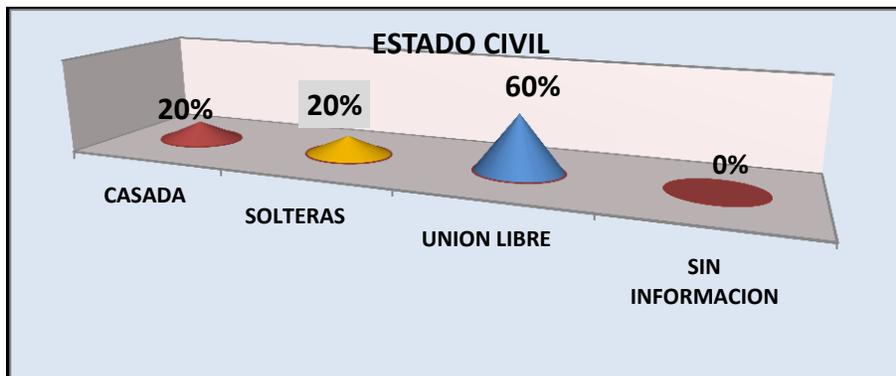
Fuente: historias Clínicas 2010.

De acuerdo al área de procedencia, el 70% de las madres pertenecían al área urbana y 30% del área rural.

Tabla N°5. Estado Civil.

ESTADO CIVIL	No.	%
CASADA	2	20%
SOLTERAS	2	20%
UNION LIBRE	6	60%
SIN INFORMACION	0	0%
Total	10	100%

Grafica 6 – Estado Civil.



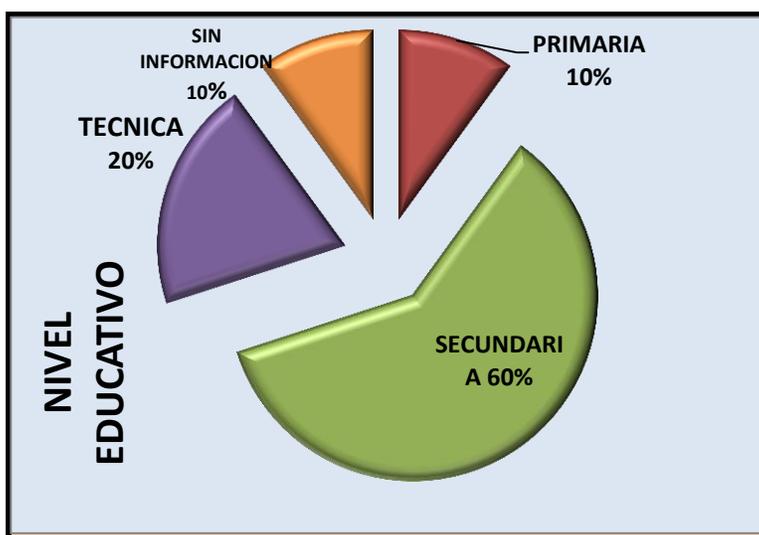
Fuente: historias Clínicas 2010.

El tipo de estado civil de las madres de los casos de muertes perinatales correspondió 60% en convivencia de unión libre, casadas el 20%, seguidas de las madres solteras con otro 20%.

Tabla N° 6. Nivel Educativo.

NIVEL EDUCATIVO	No.	%
NINGUNA	0	0%
PRIMARIA	1	10%
SECUNDARIA	6	60%
TECNICA	2	20%
UNIVERSIDAD	0	0%
SIN INFORMACION	1	10%
Total	10	100%

Grafica 7 – NIVEL EDUCATIVO.



Fuente: historias Clínicas 2010.

El nivel educativo de las madres en los casos de muertes perinatales correspondió a: el 60% en secundaria, seguida de las madres con un 20% en técnica y el 10% a primaria y sin información el 10%.

Tabla N°7. Seguridad Social.

SEGURIDAD SOCIAL	No.	%
SUBSIDIADO	9	90%
CONTRIBUTIVO	1	10%
SIN INFORMACION	0	0%

Total	10	100%
-------	----	------

Grafica 8 – Seguridad Social en Salud.



Fuente: historias Clínicas 2010.

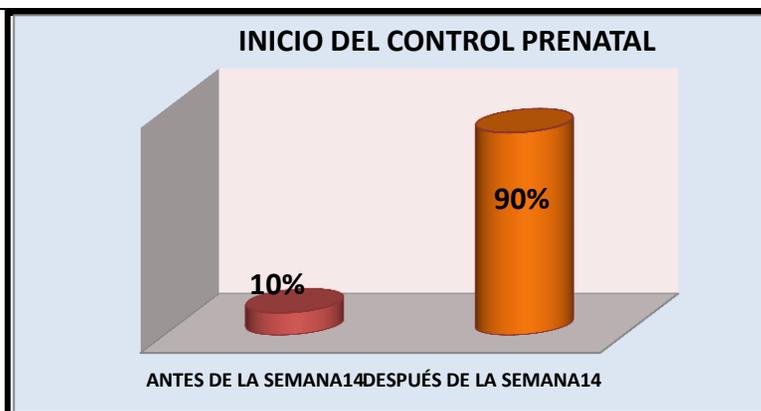
De acuerdo al régimen de seguridad social en salud, el 90% de las madres pertenecían al régimen subsidiado y solo el 10% al régimen contributivo.

17.1.2 CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

Tabla N°8. Inicio de Controles Prenatales.

INICIO DE CONTROLES PRENATALES	No.	%
ANTES DE LA SEMANA 14 DE GESTACIÓN	1	10%
DESPUÉS DE LA SEMANA 14 DE GESTACIÓN.	9	90%
Total	10	100%

Grafica 93 – Inicio de Controles Prenatales.



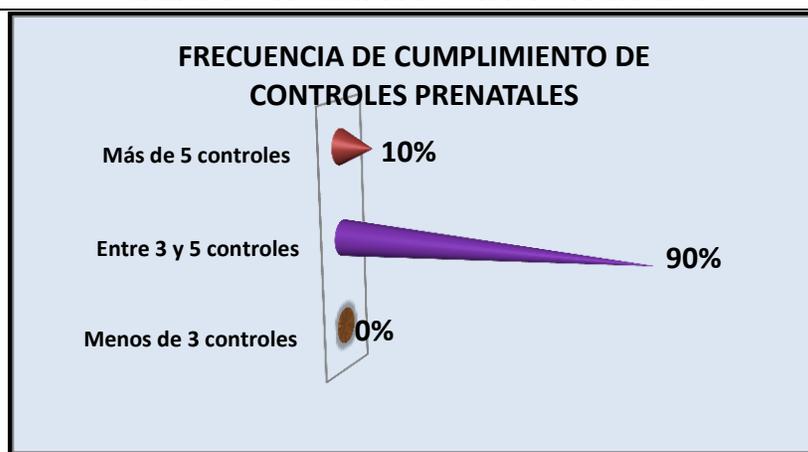
Fuente: historias Clínicas 2010.

En los casos de muertes perinatales el 90% de las madres iniciaron el control prenatal después de la semana 14 de gestación y solo el 10% antes de las 14 semanas de gestación. Teniendo en cuenta las recomendaciones internacionales y nacionales, en el primer trimestre toda mujer gestante debe iniciar su control prenatal.

Tabla N°9. Frecuencia de cumplimiento de controles prenatales.

FRECUENCIA DE CUMPLIMIENTO DE CONTROLES PRENATALES	No.	%
Menos de 3 controles	0	0%
Entre 3 y 5 controles	9	90%
Más de 5 controles	1	10%
Total	10	100%

Grafica 40 – Frecuencia de Controles Prenatales.



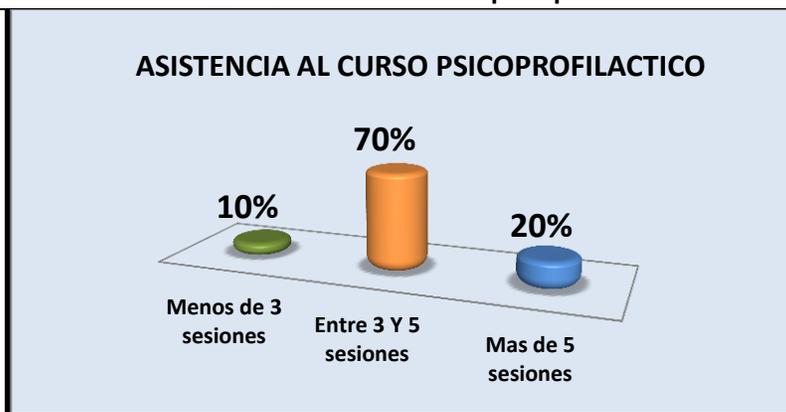
Fuente: historias Clínicas 2010.

De 10 eventos de mortalidad perinatal notificados, el 90% de las madres tuvieron entre 3 y 5 controles y solo el 10% más de 5 controles prenatales. Con lo anterior se evidencia la falta de conocimiento y adhesión al programa de control prenatal.

Tabla N°10. Asistencia al curso psicoprofiláctico.

ASISTENCIA AL CURSO PSICOPROFILÁCTICO.	No.	%
Menos de 3 Sesiones	1	10%
Entre 3 y 5 Sesiones	7	70%
Más de 5 Sesiones	2	20%
Total	10	100%

Grafica 11 – Asistencia al Curso psicoprofilactico.



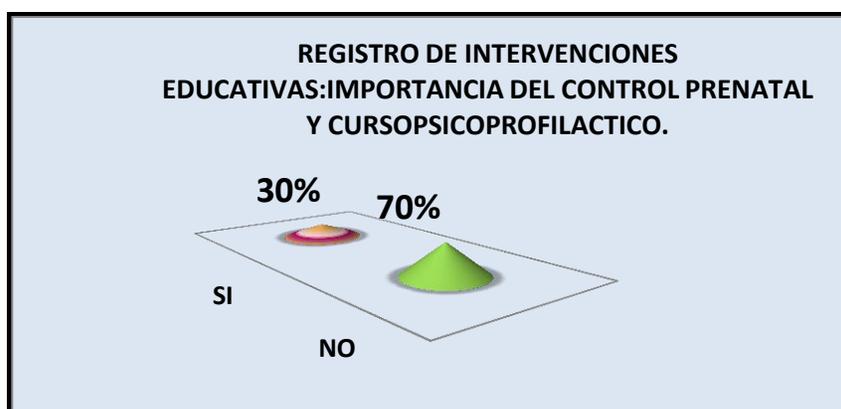
Fuente: historias Clínicas 2010.

De 10 eventos de mortalidad perinatal notificados, el 70% de las madres asistieron entre 3 y 5 sesiones del curso psicoprofiláctico y solo el 20% más de 5 sesiones prenatales. Con lo anterior se evidencia la falta de adhesión al curso psicoprofiláctico.

Tabla N°11. Registro de intervenciones educativas: Importancia del control prenatal y curso psicoprofiláctico.

REGISTRO DE INTERVENCIONES EDUCATIVAS: IMPORTANCIA DEL CONTROL PRENATAL Y CURSO PSICOPROFILACTICO.	No.	%
SI	3	30%
NO	7	70%
Total	10	100%

Grafica 12 - REGISTRO DE INTERVENCIONES EDUCATIVAS: IMPORTANCIA DEL CONTROL PRENATAL Y CURSO PSICOPROFILACTICO.



Fuente: historias Clínicas 2010.

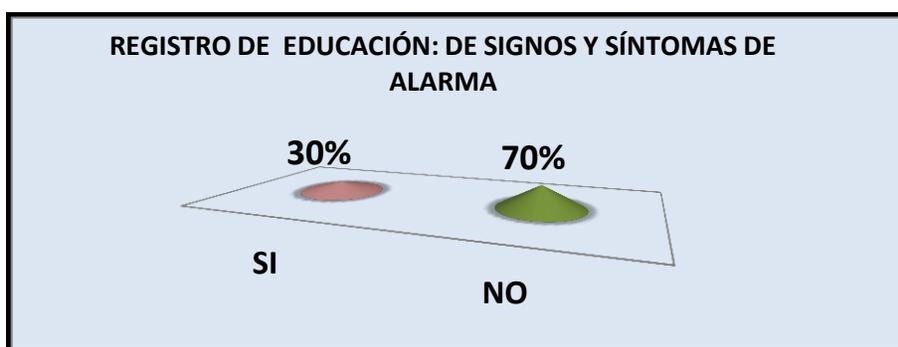
Se evidencio registro escrito del proceso de educación prenatal, importancia del control y curso psicoprofiláctico solo en el 30% de las historias clínicas de las madres que

padecieron de mortalidad perinatal y en el 70% no se encontró registro de las actividades educativas realizadas.

Tabla N° 12. Registro de intervenciones educativas: en signos y síntomas de alarma durante el proceso de Gestación.

REGISTRO DE INTERVENCIONES EDUCATIVAS: EN SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA DURANTE EL PROCESO DE GESTACIÓN.	No.	%
SI	3	30%
NO	7	70%
Total	10	100%

Grafica 13- Registro de Intervenciones educativas: en signos y síntomas de alarma durante el Proceso de Gestación.



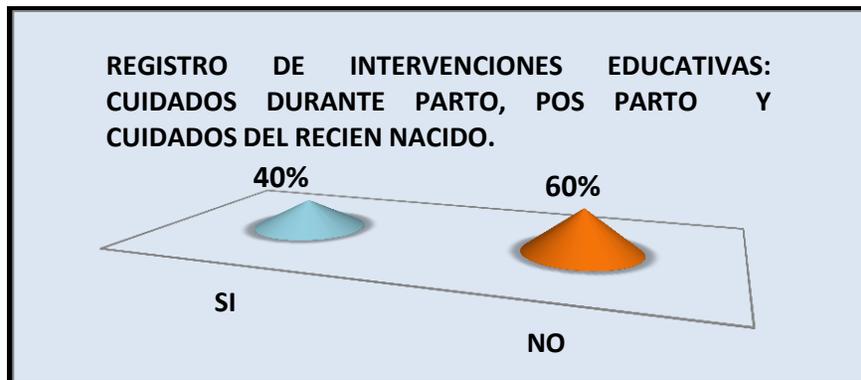
Fuente: historias Clínicas 2010.

El proceso de la educación prenatal se encuentra registrado solo en el 30% de las historias clínicas de las madres que padecieron de mortalidad perinatal en lo referente a la educación de signos y síntomas de alarma.

Tabla N°13. Registro de intervenciones educativas: En cuidados durante el parto, posparto y cuidados del recién nacido.

REGISTRO DE INTERVENCIONES EDUCATIVAS: EN CUIDADOS DURANTE EL PARTO, POSPARTO Y CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO.	No.	%
SI	4	40%
NO	6	60%
Total	10	100%

Grafica 14 – Registro de intervenciones educativas: En cuidados durante el parto, posparto y cuidados del recién nacido.



Fuente: historias Clínicas 2010.

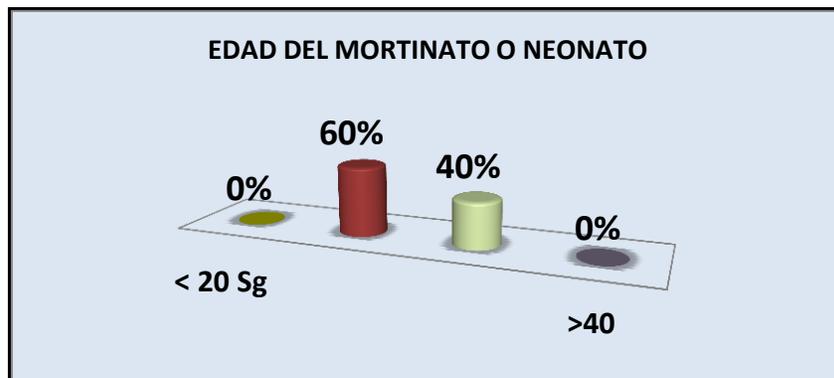
Las instrucciones de la educación sobre el cuidado durante el parto, pos parto y cuidados del recién nacido, se evidencio solo en el 40% de las historias clínicas de las madres que padecieron de mortalidad perinatal.

17.1.3 Características de las muertes perinatales

Tabla N° 14. Edad del mortinato o Neonato.

EDAD DEL MORTINATO O NEONATO	No.	%
< 20 Sg	0	0%
20- 30Sg	6	60%
31 - 39Sg	4	40%
>40	0	0%
Total	10	100%

Grafica 15 – Edad mortinato neonato.



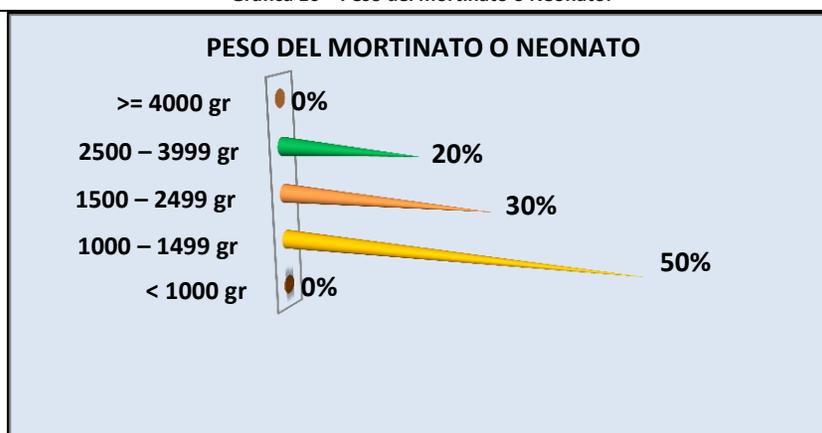
Fuente: historias Clínicas y ficha de notificación obligatoria.

El 60% de las muertes perinatales ocurrieron durante la semana 20 y 30 de edad gestacional y el 40% en la 31 y 39 semanas de edad gestacional.

Tabla N° 15. Peso del bebe.

PESO DEL BEBE.	No.	%
< 1000 gramos	0	0%
1000 – 1499 gramos	5	50%
1500 – 2499 gramos	3	30%
2500 – 3999 gramos	2	20%
>= 4000 gramos	0	0%
Total	10	100%

Grafica 16 – Peso del mortinato o Neonato.



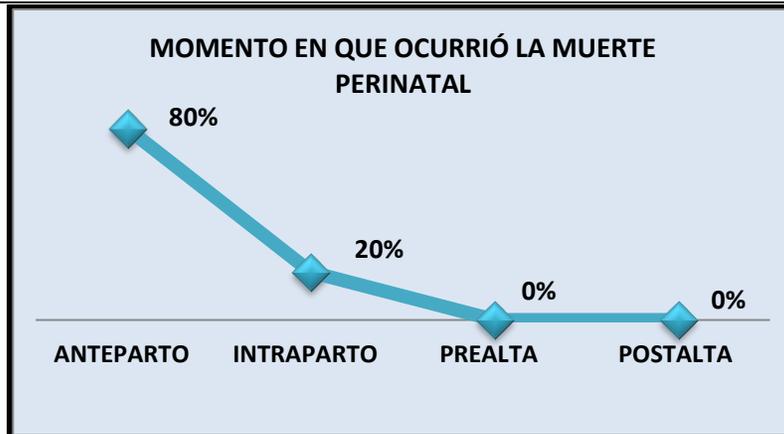
Fuente: historias Clínicas 2010.

El mayor porcentaje corresponde a los mayores de un kilo con el 50%, seguidos con un 30% los menores de 2500 gramos y con un 20% los menores de 4000 gramos.

Tabla N°16. Momento en que ocurrió la Muerte Perinatal.

MOMENTO EN QUE OCURRIÓ LA MUERTE PERINATAL	No.	%
Anteparto	8	80%
Intraparto	2	20%
Prealta	0	0%
Postalta	0	0%
Total	10	100%

Grafica 17 – Momento en que ocurrió la muerte perinatal.



Fuente: historias Clínicas 2010.

En las muertes perinatales el momento de ocurrencia de mayor incidencia fue en el anteparto en el 80% de los casos, seguido de las ocurridas en el intraparto con el 20%.

18. CONCLUSIONES

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

El proceso de educación que se debe prestar en el programa de control prenatal, evaluado a partir del registro de historias clínicas, y teniendo en cuenta que de acuerdo con la Norma detección temprana de las alteraciones del embarazo en donde se estipula los parámetros a registrar durante el control prenatal, éstos deben quedar consignados en la historia clínica para demostrar que se realizaron durante la consulta de control prenatal, sin embargo llama la atención que de la información que se observó, se detectaron carencias trascendentales en cuanto al registro habitual, continuo y uniforme de información relacionada con la educación o información prenatal como es promoción y prevención de estilos de vida saludable, prevención de factores de riesgo.

Es importante resaltar que ninguno de los ítems evaluados en lo referente a las intervenciones educativas que se debe brindar a toda gestante, a la pareja y familia, se cumplió de manera óptima, por el contrario temas que se vienen trabajando y se hace mucha referencia en su obligatorio cumplimiento en los últimos años como son la educación en los signos de alarma no tienen el nivel de cumplimiento esperado.

CARACTERÍSTICAS SOCIEODEMOGRÁFICAS:

- La población del estudio está conformada por 10 Usuarías que sobrellevaron el evento de mortalidad perinatal, atendidas en el Hospital José maría Hernández durante el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2010.
- Podemos deducir que la edad de la mayoría de las gestantes se encuentra en la edad adecuada para un embarazo, de 20 a 24 años, que corresponde a un 60% y un 20% a las madres de edad entre los 25 y 29 años, sin embargo el evento de mortalidad perinatal no estuvo exento de presentarse entre las beneficiarias del programa, esto obliga a analizar si es necesario replantear estrategias específicas en el proceso del programa de control prenatal para todas las gestantes independientemente si esta catalogada en los rangos de edad considerados de alto riesgo.
- El nivel educativo de las madres en los casos de muertes perinatales correspondió a: el 60% en secundaria, seguida de las madres con un 20% en técnica y el 10% a primaria y sin información el 10%. La gran mayoría de las gestantes poseen un grado de escolaridad suficiente para recibir un proceso de educación prenatal completo respecto a su embarazo. El hecho de recibir educación y consejería es un

factor determinante del conocimiento de los signos y síntomas de alarma que ponga en riesgo la gestación.

- Respecto al área de procedencia, el 70% de las madres pertenecían al área urbana y solo el 30% del área rural y de acuerdo al régimen de seguridad social en salud, el 90% de las madres pertenecían al régimen subsidiado y solo el 10% al régimen contributivo.
- Entonces por que se reflejo en las madres el desconocimiento de la importancia del control prenatal y la falta de motivación al inicio del mismo en el primer trimestre de la gestación.

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS:

- Teniendo en cuenta las recomendaciones internacionales y nacionales, en el primer trimestre toda mujer gestante debe iniciar su control prenatales de las 14 semanas de gestación; Es muy preocupante que las madres en cuanto a la búsqueda oportuna para el inicio en el control prenatal, el 90% de ellas, iniciaron su control después de la semana 14 de gestación, lo que lleva a un control prenatal tardío o insuficiente, es importante determinar: la falta de captación precoz de las gestantes, que esta pasando con la demanda inducida y las estrategias IEC (información, educación y comunicación) que se deben realizar.
- De 10 eventos de mortalidad perinatal notificados, el 90% de las madres tuvieron entre 3 y 5 controles y solo el 10% más de 5 controles prenatales. Con lo anterior se evidencia la falta de conocimiento y adhesión a l programa de control prenatal y al curso psicoprofilactico.

REGISTRO DE INTERVENCIONES EDUCATIVAS:

- Es muy preocupante que en el proceso de la educación prenatal se encuentra registrado solo en el 30% de las historias clínicas de las madres que padecieron de mortalidad perinatal en lo referente a la educación de signos y síntomas de alarma.
- Este sub ítem se refiere al registro correcto y completo de datos básicos en las historias clínicas de las madres que asistieron al control prenatal, en lo concerniente a la información del estado de salud así como la información respecto al tratamiento o medidas a tomar frente a los hallazgos y asesorías del control prenatal durante el periodo de gestación. Se observo que no se registró esta asesoría y en cuanto a la planeaciones muy preocupante que no se evidencio una programación con las madres.
- Cuidados durante el parto, posparto y cuidados del recién nacido.

- Este sub ítem se refiere a la instrucción educativa que se debe impartir sobre los cuidados durante el parto, posparto, factores de riesgo, complicaciones y cuidados, tanto para la madre como para el bebé. Se evidenció en el 40% de las historias clínicas de las madres que padecieron de mortalidad perinatal y en el 60% no se registró la asesoría suministrada que se debe impartir en toda gestante durante el proceso de educación prenatal, es muy preocupante la no evidencia de la educación y motivación al parto institucional.

CARACTERÍSTICAS DE LAS MUERTES PERINATALES:

- La edad gestacional en la cual se produjo la eventualidad de la muerte perinatal predominó en pretermino con un 60% de las muertes perinatales ocurrieron durante la semana 20 y 30 de edad gestacional, dentro de este grupo aquellos que no habían alcanzado su madurez pulmonar, al menos por la edad gestacional y el 40% en la 31 y 39 semanas de edad gestacional.
- Cuando notamos el peso al nacer que alcanzaron la gran mayoría corresponde a más de un kilo, con el 50%, seguidos con un 30% los menores de 2500 gramos y con un 20% los menores de 4000 gramos. Seguidos con relación a la edad gestacional Y según fines de manejo de neonatología en parámetros internacionales Y nacionales, la sobrevivencia maneja pacientes desde 1500 gramos.
- El momento de ocurrencia de mayor incidencia fue en el anteparto en el 80% de los casos, seguido de las ocurridas en el intraparto con el 20% es muy preocupante que la mayoría de las muertes perinatales sean en estas etapas donde las madres se encontraban inscritas al programa de control prenatal, pero las acciones para lograr una maternidad segura se quedaron cortas. lo que muestra que no se está realizando de manera adecuada el seguimiento integral a la salud de las gestantes para evitar complicaciones que tienen que ver con el adecuado crecimiento del feto y el bienestar de la madre.
- En los ítems que evaluaron el proceso de educación prenatal, consideramos que lo que pretendía la institución o se planeó aparentemente, no se consiguió ejecutar de una manera que impacte de manera positiva a las gestantes, debido al bajo porcentaje del resultado que se encontró en los registros que fueron consignados en la historias clínicas, de los eventos de mortalidad perinatal evaluados. Es por ello que consideramos que deben ser objeto de exploraciones futuras.
- No se evidenció planificación de los futuros controles con las madres es por ello que es cuestionable si se cumplió o no una atención de calidad.

- De acuerdo al análisis del registro de las historias clínicas, se observó una falta de eficiencia en el programa de control prenatal en lo referente al proceso de educación con la gestante, sobre los cuidados para ella y su futuro bebé, importancia del cumplimiento a los controles prenatales y curso psicoprofiláctico, ya que la frecuencia de asistencia no alcanza las normas mínimas establecidas, lo que afecta en la poca motivación para lograr una adecuada evolución de su embarazo, es por ello que es importante el trato y cuidado que se debe tomar con la futura madre, para favorecer la interacción, fomento de la confianza, seguridad en la usuaria y concientizarla en que no está exenta del peligro que significa la muerte perinatal.
- Al analizar las Historias Clínicas de las Gestantes del periodo comprendido entre Enero a Diciembre del 2010. En la ESE HJMH de Mocoa, consideramos que las madres no brindaron educación orientada a la promoción de factores protectores para su salud y la del bebé y la importancia en los cuidados para la prevención del flagelo de la muerte perinatal.

19. RECOMENDACIONES

- Es muy importante que los diferentes actores institucionales y sociales que tienen competencia y responsabilidad en cuanto al programa de control prenatal actúen articuladamente, trabajen uniendo fuerzas, reorganizando la vigilancia y control de la prestación de los servicios de salud y la utilización de los recursos destinados en el programa de control prenatal, de acuerdo con los parámetros de eficiencia y calidad.
- Proyectarse a la comunidad a través de los diferentes medios de comunicación disponibles con el fin de ofrecer el servicio de control prenatal y curso psicoprofiláctico.
- Buscar estrategias para verificar que cada semana la gestante asista a las sesiones del curso psicoprofiláctico y mensualmente al programa de control prenatal, ya que así se lograría brindar una educación apropiada a las usuarias, además así se puede lograr darles un seguimiento más personalizado a las mujeres que presenten factores de riesgo.
- Capacitar y trabajar articuladamente con todas las áreas de servicio de la institución, para que ayuden en la captación y no devuelvan ninguna gestante.
- En la mayoría de los eventos de mortalidad perinatal son casos evitables y causados por la falta de conocimiento o por la falta de control materno, es por eso necesario recomendar y buscar estrategias, para motivar a las gestantes a estar en control materno mensual, es necesario tener un control total del embarazo de la gestante.
- Implementar estrategias para mejorar el registro de información e educación brindadas a las gestantes, teniendo en cuenta que se registren y especifiquen cada uno de los aspectos que se le dan a la gestante tales como: signos de alarma, cambios durante la gestación, puerperio, cuidados con el recién nacido con el soporte de la firma de la usuaria.

- Implementar un programa de educación continuada en control prenatal para los profesionales de salud implicados en el mismo.
- Cumplir con responsabilidad con todas las actividades e insumos requeridos para su desarrollo, incluidas en la norma Técnica de: DETECCIÓN DE ALTERACIONES DEL EMBARAZO, que incluye: Promoción de la salud en la atención a la embarazada:
- Educar sobre los deberes y derechos sexuales y reproductivos, en cuanto a los servicios de control prenatal, parto, puerperio, planificación familiar y atención a menores de un año incluyendo la vacunación.
- Fomentar acciones de autocuidado para la maternidad segura que involucren a ambos miembros de la pareja, orientando a que el hombre participe en el cuidado de la mujer y el recién nacida/o en la gestación, el parto, el puerperio y el primer año de vida del niño/a.
- La información, comunicación y educación deben centrarse en los cuidados y controles postparto, la importancia de la planificación familiar, la nutrición adecuada, la lactancia materna exclusiva y el ingreso en el Programa IAMI, los controles de crecimiento y desarrollo, la aplicación adecuada del esquema de vacunación desde el nacimiento y el establecimiento de relaciones psicoafectivas adecuadas dentro de la pareja y de los padres con el nuevo hijo/a, reconocido como factor protector de la violencia intrafamiliar.
- Informar sobre signos y síntomas de alarma de complicaciones del embarazo así como los riesgos que implica la automedicación en la gestación.
- Cumplir con la política de disminución de la mortalidad Materna Perinatal, como una prioridad en el desarrollo de las actividades procedimientos e intervenciones para evitar este flagelo.
- Promover la discriminación positiva de la mujer gestante o con niños/as pequeños/as en las actividades de la vida cotidiana, tales como acceso privilegiado a lugares públicos, el servicio de transporte público, la priorización en situaciones de emergencia, la atención prioritaria en establecimientos comerciales, entre otros.

20. GLOSARIO

- **ABORTO.** La terminación de un embarazo, ya sea en forma espontánea por el cuerpo o inducido por medio de una intervención médica antes de la vigésima semana.
- **EMBARAZO DE ALTO RIESGO.** Embarazo en el que existe la posibilidad de que se desarrolle un problema que podría poner en peligro la vida o salud de la madre o del bebé o de ambos.
- **FETO.** Producto de la concepción, desde la octava semana de gestación hasta su nacimiento.
- **MUERTE NEONATAL.** Muerte que ocurre durante las primeras cuatro semanas de vida.
- **NEONATAL.** Perteneciente a las primeras cuatro semanas de vida.
- **PARTO.** Proceso de dar a luz, dividido en tres etapas que terminan con la dilatación cervical completa, el nacimiento y la expulsión de la placenta.
- **PARTO DE UN FETO MUERTO.** La muerte de un feto antes o durante el parto.
- **PERINATAL.** Antes, durante e inmediatamente después del parto.
- **PRE ECLAMPSIA.** Trastorno hipertensión del embarazo sin ataques o estado de coma.
- **AMENAZA DE ABORTO.** Toda paciente con embarazo menor de 20 semanas con sangrado, dolor o hallazgos ecográficos que lo corroboren con membranas íntegras y sin modificaciones cervicales.
- **AMENAZA DE PARTO INMADURO.** Es la presencia de actividad uterina regular comprobada por monitoreo fetal que produzca modificaciones cervicales entre las semanas 20 y 27.
- **DISMINUCIÓN DE MOVIMIENTOS FETALES.** Movimientos fetales menores a 10 en un periodo de 12 horas de observación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Guía de control prenatal y factores de riesgo Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. 2009, Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog) Edgar Cancino, MD. ESE Fontibón, Herson León, MD. ESE El Tunal, Rafael Otálora, MD. ESE Suba, Ebert Pérez.

Protocolo de Vigilancia de la MORTALIDAD PERINATAL Primer semestre de 2007. INS – Subdirección de Vigilancia y Control Página 1 de 35.

POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, República de Colombia. Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Salud Pública, Bogotá, febrero de 2003.

ANEXOS

Anexo 1. FORMULARIO PARA LA RECOLECCION Y EVALUACIÓN DEL PROCESO DE CONTROL PRENATAL A PARTIR DE HISTORIAS CLÍNICAS DE LOS EVENTOS DE MORTALIDAD PERINATAL REPORTADOS EN LA ESE HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ 2010.

No. de historia clínica: _____ Fecha:

PROCESO DE EDUCACIÓN PRENATAL.

Se realiza a toda mujer que asiste a control prenatal:

N o	ITEM	SI	NO	NA
1	¿Se encuentra registrada la edad de la paciente?			
2	¿Se inicio el control prenatal en el primer trimestre?			
3	¿Está consignada la edad gestacional en cada control?			
4	¿Están anotadas las ecografías gestacionales realizadas?			
5	¿Se encuentran registrados los antecedentes personales, familiares, Ginecobstétricos, quirúrgicos, alérgicos, patológicos y psicosociales?			
6	¿Están consignados los signos vitales en cada control?			
7	¿Está registrado el peso de la paciente en cada control?			
8	¿Está el registro de altura uterina en cada control?			
9	¿Se registró la posición fetal en la paciente del tercer trimestre?			
10	¿Se registró fetocardia en cada control del tercer trimestre?			
11	¿Se registraron en la historia clínica las actividades educativas realizadas?			
12	¿Se registro la última citología Cérvico vaginal realizada por la gestante?			
13	¿Se puede obtener la información sobre los exámenes prenatales recomendados?			
14	¿Se registro las ecografías realizadas según edad gestacional?			
15	¿Está registrado el diagnóstico obstétrico?			
16	¿Está definido por escrito el plan con la Paciente?			
17	¿Esta registrado las instrucciones del cuidado del carnet de control prenatal y la carpeta con fotocopias de los exámenes de laboratorio y ecografías?			
18	¿Esta registrada la educación de signos y síntomas de alarma?			
19	¿Esta registrada la educación de otros signos y síntomas de alarma?			
20	¿Esta registrada la educación de planificación familiar?			
21	¿Esta registrada la educación de cuidados durante el embarazo y postparto?			
22	¿Esta registrada la educación de la lactancia materna?			
23	¿Esta registrada la educación del cuidado del recién nacido?			
24	¿Educación programada con temas específicos en la sala de espera			
25	¿Actividades de educación en salud en cada consulta prenatal por todo el personal, incluido el médico			

26	¿Educación para el uso de diversos anticonceptivos y riesgo reproductivo			
27	¿Educación para la prevención de enfermedades de transmisión sexual			
28	¿Educación sobre importancia de detección de ca ginecológico			
29	¿Educación sobre la importancia de la lactancia materna			
30	¿Educación sobre cuidados con las mamas y preparación de pezones			
31	¿Educación sobre importancia del control prenatal			
32	¿Educación sobre importancia del control pos-parto, signos y síntomas pos-parto			
33	¿Educación sobre el método anticonceptivo quirúrgico, ligadura Pomeroy en Caso de cesárea urgente			
34	¿Educación para la prevención de enfermedades de transmisión sexual			
35	¿Educación sobre importancia del control de crecimiento y desarrollo del niño			
36	¿Educación sobre signos y síntomas de alarma y otros signos y síntomas			
37	¿Educación sobre el cuidado del recién nacido			
38	¿Educación sobre importancia del registro civil del recién nacido			
39	¿Educación sobre importancia de la aplicación del toxoide tetánico			
40	¿Educación sobre la importancia de la aplicación de vacunas del PAI al niño			
41	¿Educación sobre la importancia del carnet de control prenatal y de la carpeta con fotocopias de los exámenes de control prenatal en cada consulta			

Anexo 2. NORMA TECNICA PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO

CONDICIONES DE CUMPLIMIENTO
CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO
IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN DE LAS GESTANTES EN EL CONTROL PRENATAL
Ordena prueba de embarazo si éste no es evidente.
Administración de Toxoide tetánico y diftérico
Informa a la mujer y al compañero, acerca de la importancia del control prenatal, su periodicidad y características
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MÉDICINA GENERAL(89.0.2.01)
En la primera consulta prenatal busca evaluar el estado de salud, los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales asociados al proceso de la gestación y determina el plan de controles.
Elabora la historia clínica e identifica los factores de riesgo:
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MÉDICINA GENERAL(89.0.2.01)
Registra los datos de Identificación: Nombre, documento de identidad, edad, raza, nivel socioeconómico, nivel educativo, estado civil, ocupación, régimen de afiliación, procedencia (urbano, rural), dirección y teléfono
Anamnesis:
Antecedentes personales: Patológicos, quirúrgicos, nutricionales, traumáticos, tóxico-alérgicos, (medicamentos recibidos, tabaquismo, alcoholismo, sustancias psicoactivas, exposición a tóxicos e irradiación y otros). Enfermedades, complicaciones y tratamientos recibidos durante la gestación actual.
Antecedentes obstétricos:
Gestaciones: Total de embarazos, intervalos intergenesicos, abortos, ectópicos, molas, placenta previa, abrupto, ruptura prematura de membranas, polidramnios, Oligoamnios, retardo en el crecimiento intrauterino.
Partos: Numero de partos, fecha del último, si han sido únicos o múltiples, prematuro a término o prolongado, por vía vaginal o por cesárea, retención placentaria, infecciones en el postparto, número de nacidos vivos o muertos, hijos con malformaciones congénitas, muertes perinatales y causas y peso al nacer.
Antecedentes ginecológicos: Edad de la menarquía, patrón de ciclos menstruales, fecha de las dos últimas menstruaciones, métodos anticonceptivos utilizados y hasta cuando, antecedente o presencia de flujos vaginales, enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA, historia y tratamientos de infertilidad,
Valoración de condiciones psico-sociales: Tensión emocional, humor, signos y síntomas neurovegetativos, soporte familiar y de la pareja, embarazo deseado y o programado
Examen físico
Toma medidas antropométricas: peso, talla, altura uterina y valorar estado nutricional.
En cada consulta corrobora los datos de ganancia de peso materno y altura uterina para la edad gestacional, con las tablas correspondientes
Toma signos vitales: Pulso, respiración, temperatura y tensión arterial.
La toma de la tensión arterial la hace con la gestante sentada, en el brazo derecho, después de 1 minuto de reposo
Realiza examen físico completo por sistemas: lo hace céfalo caudal incluida la cavidad bucal
Valoración ginecológica: Realiza examen de senos y genitales que incluye valoración del cuello, toma de citología, tamaño y posición uterina y anexos, comprueba la existencia del embarazo, descarta gestación extrauterina e investiga patología anexial.
Toma medidas antropométricas: peso, talla, altura uterina y valorar estado nutricional.
Valoración obstétrica: Determina altura uterina, número de fetos, situación y presentación fetal, fetocardia y movimientos fetales.
Solicitud de exámenes paraclínicos
Hemograma completo que incluya: Hemoglobina, hematocrito, leucograma y velocidad de sedimentación (Hemograma : hemoglobina, hematocrito, recuento de eritrocitos, índice eritrocitario, leucograma, recuento de plaquetas e índices plaquetarios)
Hemoclasicación
Serología (Serología prueba no treponema VDRL en suero o LCR)
Uro análisis
Pruebas para detección de alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos (glicemia en ayunas, glucosa en suero, LCR u otro fluido diferente a orina 90.3.8.41) para detectar diabetes pre gestacional; en pacientes de alto riesgo para diabetes mellitus, prueba de

tolerancia oral a la glucosa desde la primera consulta (Glucosa, curva de tolerancia cinco muestras).
Ecografía obstétrica: Una ecografía en el primer trimestre. (Ecografía Pélvica Obstétrica con evaluación de la circulación placentaria y fetal)
Ofrece consejería (Consulta de Primera Vez por citología y prueba Elisa para VIH (VIH 1 y 2 anticuerpos y Hbs Ag (Serología para hepatitis B antígeno de Superficie
Frotis de flujo vaginal en caso de leucorrea o riesgo de parto prematuro
Citología cervical de acuerdo con los parámetros de la norma de detección del cáncer de cuello uterino
Administración de Toxoide tetánico y diftérico
La aplicación de estos biológicos, se realiza de acuerdo con el esquema de vacunación vigente y los antecedentes de vacunación de la gestante.
Formulación de micronutrientes
Formula suplemento de Sulfato Ferroso en dosis de 60 mg de hierro elemental/día y un miligramo día de Acido Fólico durante toda la gestación y hasta el 6º mes de lactancia. Además debe formularse calcio durante la gestación, hasta completar una ingesta mínima diaria de 1.200-1.500 mg.
Educación individual a la madre, compañero y familia sobre
Fomenta los factores protectores para la salud de la gestante y de su hijo tales como medidas higiénicas, dieta, sexualidad, sueño, vestuario, ejercicio y hábitos adecuados, apoyo afectivo, control prenatal, vacunación y la atención institucional del parto.
Importancia de la estimulación del feto
Preparación para la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta los dos años.
Fortalecimiento de los vínculos afectivos, la autoestima y el auto cuidado como factores protectores.
Prevención de la automedicación y del consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas durante la gestación.
Orientación sobre signos de alarma por los que debe consultar oportunamente, tales como edema, vértigos, cefalea, dolor epigástrico, trastornos visuales y auditivos, cambios en la orina, sangrado genital y ausencia de movimientos fetales según la edad gestacional.
Remisión a consulta odontológica general
Remite a consulta odontológica en la fase temprana del embarazo. Esta remisión debe hacerse de rutina independiente de los hallazgos del examen médico o tratamientos odontológicos en curso.
Diligencia y entrega el carné materno y educa sobre la importancia de su uso.
En el carné materno, registra los hallazgos clínicos, la fecha probable del parto, los resultados de los exámenes paraclínicos, las curvas de peso materno, altura uterina y tensión arterial media y las fechas de las citas de control.
Control prenatal por médico (Consulta de Control o Seguimiento de Programa por Medicina General)
El médico realiza el control prenatal a las gestantes cuyas características y condiciones indiquen una gestación de alto riesgo.
Los últimos 2 controles prenatales los realiza el médico con frecuencia quincenal, para orientar a la gestante y su familia sobre el sitio de la atención del parto y del recién nacido y diligenciar en forma completa la nota de remisión.
En la consulta de seguimiento y control prenatal por médico incluye:
Anamnesis. Indaga sobre el cumplimiento de las recomendaciones y la aplicación de los tratamientos prescritos.
Examen físico completo
Analiza los resultados de exámenes paraclínicos: este proceso debe permitir verificar los hallazgos de laboratorio y en caso de anormalidades realiza exámenes adicionales o formula el tratamiento requerido.
Para el caso específico del VDRL, cuando este es negativo y no se evidencian condiciones de riesgo, el examen se repite en el momento del parto. Si hay condiciones de alto riesgo para presentar infecciones de transmisión sexual, repite la serología en el tercer trimestre. Si la serología es positiva, se confirma el diagnóstico e inicia tratamiento a la pareja de acuerdo con los lineamientos de la Guía de atención para la Sífilis.
Si el parcial de orina es normal se repite cada trimestre, pero si es patológico se solicita los urocultivos y antibiogramas necesarios.
Solicita exámenes paraclínicos. Durante el segundo trimestre los exámenes paraclínicos requeridos son los siguientes: Uroanálisis, Prueba para detección de diabetes gestacional, ecografía obstétrica entre las semanas 19 a 24.
En el tercer trimestre, las pruebas que se requieren son el Uroanálisis y la serología según el riesgo.
Analiza las curvas de ganancia de peso, crecimiento uterino y presión arterial media
Formulación de micronutrientes
Informa y educa sobre la importancia de la atención del parto institucional, sobre condiciones particulares y sobre signos de alarma por los que debe consultar oportunamente
Remisión a curso de preparación para el parto.
Informa, educa y brinda consejería en planificación familiar. Solicita firma del consentimiento informado de la gestante en caso de elegir método permanente para después del parto.
Educa y prepara para la lactancia materna exclusiva hasta los seis (6) meses y con alimentación complementaria hasta los dos (2) años.
Diligencia y entrega el carné y da indicaciones sobre el siguiente control según condiciones y criterio médico. En el último control se da instrucciones a la madre para que presente su carné materno en la institución donde se le atenderá el parto.

Anamnesis: indaga sobre el cumplimiento de recomendaciones y aplicación de tratamientos y remite si hay presencia de signos o síntomas
Realizar examen físico completo
Analiza las curvas de ganancia de peso, crecimiento uterino, presión arterial media
Analiza los resultados de exámenes paraclínicos: este proceso debe permitir verificar los hallazgos de laboratorio y en caso de anomalías realiza exámenes adicionales o formula el tratamiento requerido.
Para el caso específico del VDRL, cuando este es negativo y no se evidencian condiciones de riesgo, el examen se repite en el momento del parto. Si hay condiciones de alto riesgo para presentar infecciones de transmisión sexual, repite la serología en el tercer trimestre. Si la serología es positiva, confirma el diagnóstico e inicia tratamiento a la pareja de acuerdo con los lineamientos de la Guía de atención para la Sífilis.
Si el parcial de orina es normal se repite cada trimestre, pero si es patológico se solicitan los urocultivos y antibiogramas necesarios.
Solicitud de exámenes paraclínicos. Durante el segundo trimestre los exámenes paraclínicos requeridos son los siguientes: Uroanálisis, Prueba para detección de diabetes gestacional, ecografía obstétrica entre las semanas 19 a 24.
En el tercer trimestre, las pruebas que requieren son el Uroanálisis y la serología según el riesgo.
Análisis de las curvas de ganancia de peso, crecimiento uterino y presión arterial media
Formulación de micronutrientes
Informa y educa sobre la importancia de la atención del parto institucional, sobre condiciones particulares y sobre signos de alarma por los que debe consultar oportunamente
Remite a curso de preparación para el parto.
Informa, educa y brindar consejería en planificación familiar. Solicitar firma del consentimiento informado de la gestante en caso de elegir método permanente para después del parto.
Educa y prepara para la lactancia materna exclusiva hasta los seis (6) meses y con alimentación complementaria hasta los dos (2) años.
Diligencia y entrega el carné y da indicaciones sobre el siguiente control según condiciones y criterio médico. En el último control con enfermera se da instrucciones a la madre para que asista al siguiente control con médico.
Remite a la gestante a la consulta médica si encuentra hallazgos anormales que sugieren factores de riesgo, ó si los exámenes paraclínicos reportan anomalías.

Anexo 3. Ficha única de notificación de muerte perinatal y neonatal

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Subsistema de Información SIVIGILA Ficha de Notificación	
---	--

Datos básicos											
REG-R02.001.4010-001 V.00 AÑO 2010											
1. INFORMACIÓN GENERAL											
1.1. Nombre del evento											
1.2. Fecha de notificación											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Código</td> <td style="width: 10%;">Día</td> <td style="width: 10%;">Mes</td> <td style="width: 10%;">Año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		Código	Día	Mes	Año						
Código	Día	Mes	Año								
1.3. Semana* <small>* Epidemiológica</small>	1.4. Año: <small>Año</small>										
1.5. Departamento que notifica											
1.6. Municipio que notifica											
1.7. Razón social de la unidad primaria generadora del dato											
1.8 Código de la UPGD											
1.9. NIT UPGD											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Depto.</td> <td style="width: 20%;">Municipio</td> <td style="width: 20%;">Código</td> <td style="width: 20%;">Sub.</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		Depto.	Municipio	Código	Sub.						
Depto.	Municipio	Código	Sub.								
2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE											
2.1. Primer nombre											
2.2. Segundo nombre											
2.3. Primer apellido											
2.4. Segundo apellido											
2.5 Teléfono											
2.6 Fecha de nacimiento											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Día</td> <td style="width: 20%;">Mes</td> <td style="width: 20%;">Año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		Día	Mes	Año							
Día	Mes	Año									
2.7. Tipo de documento de identificación											
<input type="checkbox"/> RC <small>(1) Registro T. de ID.</small> <input type="checkbox"/> TI <small>(2) T. de ID.</small> <input type="checkbox"/> CC <small>(3) C.C.</small> <input type="checkbox"/> CE <small>(4) C. extranjería</small> <input type="checkbox"/> PA <small>(5) Pasaporte</small> <input type="checkbox"/> MS <small>(6) Menor sin ID.</small> <input type="checkbox"/> AS <small>(7) Adulto sin ID.</small>											
2.8. Número de identificación											
2.9. Edad											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">5</td> </tr> <tr> <td style="font-size: x-small;">Años</td> <td style="font-size: x-small;">Meses</td> <td style="font-size: x-small;">Días</td> <td style="font-size: x-small;">Horas</td> <td style="font-size: x-small;">Minutos</td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	Años	Meses	Días	Horas	Minutos
1	2	3	4	5							
Años	Meses	Días	Horas	Minutos							
2.10. Unidad de medida de la edad											
2.11. Sexo											
<input type="checkbox"/> M <small>(1) Mes.</small> <input type="checkbox"/> F <small>(2) Fem.</small>											
2.12. País de ocurrencia del caso											
2.13. Departamento/Municipio de ocurrencia del caso											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Depto.</td> <td style="width: 20%;">Municipio</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		Depto.	Municipio								
Depto.	Municipio										
2.14. Área de ocurrencia del caso											
<input type="checkbox"/> 1 Cabecera municipal <input type="checkbox"/> 2 Centro poblado <input type="checkbox"/> 3 Rural disperso											
2.14.1. Cabeecera mpal/Centro poblado/Rural disperso											
2.16. Barrio de ocurrencia											
2.15.2. Localidad											
2.16. Dirección de residencia											
2.17. Ocupación del paciente											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Código</td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>		Código									
Código											
2.18. Tipo de régimen en salud											
<input type="checkbox"/> 1 Contributivo <input type="checkbox"/> 2 Subsidado <input type="checkbox"/> 3 Ocupación <input type="checkbox"/> 4 Especial <input type="checkbox"/> 5 No afiliado											
2.19. Nombre de la administradora de servicios de salud											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Código</td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>		Código									
Código											
2.20. Pertenencia étnica											
<input type="checkbox"/> 1 Indígena <input type="checkbox"/> 2 ROM <input type="checkbox"/> 3 Raízal <input type="checkbox"/> 4 Palenquero <input type="checkbox"/> 5 Afro colombiano <input type="checkbox"/> 6 Otros											
2.21. Grupo poblacional											
<input type="checkbox"/> 9 Desplazados <input type="checkbox"/> 13 Migratorios <input type="checkbox"/> 14 Carcelarios <input type="checkbox"/> 5 Otros grupos poblacionales											
3. NOTIFICACIÓN											
3.1. Departamento y municipio de residencia del paciente											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Depto.</td> <td style="width: 20%;">Municipio</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		Depto.	Municipio								
Depto.	Municipio										
3.2. Fecha de consulta											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Día</td> <td style="width: 20%;">Mes</td> <td style="width: 20%;">Año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		Día	Mes	Año							
Día	Mes	Año									
3.3. Inicio de síntomas											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Día</td> <td style="width: 20%;">Mes</td> <td style="width: 20%;">Año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		Día	Mes	Año							
Día	Mes	Año									
3.4. Clasificación inicial de caso											
<input type="checkbox"/> 1 Sospechoso <input type="checkbox"/> 2 Probable <input type="checkbox"/> 3 Conf. por laboratorio <input type="checkbox"/> 4 Conf. clínica <input type="checkbox"/> 5 Conf. neo epidemiológico											
3.5. Hospitalizado											
<input type="checkbox"/> 1 Si <input type="checkbox"/> 2 No											
3.6. Fecha de hospitalización											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Día</td> <td style="width: 20%;">Mes</td> <td style="width: 20%;">Año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		Día	Mes	Año							
Día	Mes	Año									
3.7. Condición final											
<input type="checkbox"/> 1 Vivo <input type="checkbox"/> 2 Muerto											
3.8. Fecha de defunción											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Día</td> <td style="width: 20%;">Mes</td> <td style="width: 20%;">Año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		Día	Mes	Año							
Día	Mes	Año									
3.9. No. certificado defunción											
3.10. Causa básica de muerte											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">CIE-10</td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>		CIE-10									
CIE-10											
3.11. Nombre del profesional que diligenció la ficha											
3.12. Teléfono del profesional que diligenció la ficha											
4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES - AJUSTES											
4.1. Seguimiento y clasificación final del caso											
<input type="checkbox"/> 0 No aplica <input type="checkbox"/> 3 Conf. por laboratorio <input type="checkbox"/> 4 Conf. clínica <input type="checkbox"/> 5 Conf. neo epidemiológico <input type="checkbox"/> 6 Descartado <input type="checkbox"/> 7 Otra actualización											
4.2. Fecha de ajuste											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Día</td> <td style="width: 20%;">Mes</td> <td style="width: 20%;">Año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		Día	Mes	Año							
Día	Mes	Año									

sivigila@ins.gov.co/soporte sivigila@ins.gov.co Desde 1917 comprometidos con la Salud Pública