

**EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO DE LA NORMA TÉCNICA PARA LA  
DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO A LAS  
GESTANTES QUE ASISTIERON A CONTROL PRENATAL EN VIDACOOIP IPS,  
DURANTE EL PERIODO DE ENERO 2012-DICIEMBRE 2012**

**EDUARDO JOHAN CANTILLO PALOMINO**

**OLGA LUCIA DE AVILA ARRIETA**

**VIRGINIA MANTILLA OSPINO**



**UNIVERSIDAD LA COSTA CUC  
DEPARTAMENTO DE POSGRADOS  
ESPECIALIZACIÓN EN GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD  
BARRANQUILLA  
2013**

**EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO DE LA NORMA TÉCNICA PARA LA  
DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO A LAS  
GESTANTES QUE ASISTIERON A CONTROL PRENATAL EN VIDACOOIP IPS,  
DURANTE EL PERIODO DE ENERO 2012-DICIEMBRE 2012**

**EDUARDO JOHAN CANTILLO PALOMINO**

**OLGA LUCIA DE AVILA ARRIETA**

**VIRGINIA MANTILLA OSPINO**

**Proyecto de Grado para optar el título de especialista: Gestión de la Calidad  
y Auditoría en Salud**

**Asesores:**

**María Del Pilar Meléndez**

**Humberto Cadavid Aldana**

**UNIVERSIDAD LA COSTA CUC  
DEPARTAMENTO DE POSGRADOS  
ESPECIALIZACIÓN EN GESTIÓN DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD  
BARRANQUILLA  
2013**

**NOTA DE ACEPTACION**

---

---

---

---

FIRMA DEL PRESIDENTE DEL JURADO

---

FIRMA DEL JURADO

---

FIRMA DEL JURADO

## **DEDICATORIA**

Queremos dedicar este proyecto a nuestras familias que nos brindaron todo su apoyo y comprensión para alcanzar nuestros objetivos personales, profesionales y laborales.

También se lo dedicamos a todos los profesionales de la salud, que al igual que nosotros, escogieron la noble profesión para servir a quienes sufren una alteración en su estado de salud.

Este pequeño pero significativo aporte, nace no solo de una inquietud, sino de las experiencias vividas y compartidas durante la ocurrencia de innumerables eventos en la atención en salud.

EDUARDO JOHAN CANTILLO PALOMINO

OLGA LUCIA DE AVILA ARRIETA

VIRGINIA MANTILLA OSPINO

## **AGRADECIMIENTO**

Primero que todo queremos darle gracias al Dios, que nos dio la vida, la sabiduría, y fortaleza para concluir este proyecto de investigación y toda la especialización.

En segundo lugar a nuestros padres, hermanos, esposos, esposas e hijos, quienes sacrificaron muchos momentos y fechas especiales para formar parte de nuestro proyecto al apoyarnos incondicionalmente, para alcanzar nuestras metas.

En tercer lugar queremos agradecerles a nuestros profesores y asesores, hombres y mujeres con un alto sentido del deber y de la ética profesional, que con su enseñanza y apoyo incondicional nos ayudaron a conseguir nuestros objetivos. A nuestros amigos y compañeros, pero sobre todo con una alta sensibilidad humana.

## **RESUMEN**

Es un estudio descriptivo que tiene como principal objetivo Realizar auditoria a la adherencia de las guía de práctica clínica de control prenatal, con el fin de caracterizar la atención clínica e identificar los principales nudos críticos de la Atención Prenatal de la IPS VIDACOOOP en la ciudad de Branquilla

El resultado de la auditoria al proceso actual de la IPS VIDACOOOP de la ciudad de Barranquilla en el año 2012, están basados en el grado de aplicación a la norma técnica de las alteraciones del embarazo contenida en la resolución 412 del 2000, con la información obtenida a partir de las historias clínicas.

### **PALABRAS CLAVES:**

Control prenatal, norma técnica, alteraciones del embarazo.

## **ABSTRACT**

This descriptive study whose main objective adherence Perform audit of clinical practice guideline prenatal control, in order to characterize the clinical care and identify the main critical points of the Prenatal Care in the VIDACCOOP IPS in Branquilla city.

The result of the audit the current process in VIDACCOOP IPS in Barranquilla city in 2012, are based on the degree of implementation of the technical standard pregnancy changes in resolution 412 of 2000, with the information obtained from medical records.

### **KEYWORDS:**

Prenatal care, technical standard, abnormal pregnancy.

## CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	10
1. JUSTIFICACION	11
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	13
4. SISTEMATIZACIÓN DELPROBLEMA	14
5. PROPÓSITO	16
6. OBJETIVOS	17
6.1 OBJETIVO GENERAL	17
6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
7. MARCO REFERENCIAL	19
8. MARCO TEÓRICO	21
8.1 RESOLUCIÓN NÚMERO 412 DE 2000	21
8.2 GUIA PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO	31
8.3 GENERALIDADES DEL CONTROL PRENATAL	44
8.4 HISTORIA DEL CONTROL PRENATAL	45
8.5 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CONTROL PRENATAL VIDACOOIP IPS	46
8.6 GENERALIDADES DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	49
8.7 LA AUDITORIA EN SALUD Y LA ADHERENCIA A GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	50



8.8 LA AUDITORIA EN SALUD Y EL CONTROL PRENATAL	51
8.9 CALIDAD EN EL CONTROL PRENATAL	53
8.10 ESTUDIOS DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL CONTROL PRENATAL	58
9. METODOLOGÍA	62
9.1 TIPO DE ESTUDIO	62
9.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	62
9.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	62
9.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	62
9.5 FUENTE DE INFORMACIÓN	63
9.6 UNIDAD DE ANÁLISIS	63
9.7 OPERALIZACIÓN DE VARIABLES	64
9.8 RECOLECCIÓN Y REGISTRO DE DATOS	66
9.9 TABULACIÓN DE DATOS	66
9.10 PLAN DE ANÁLISIS	66
9.11 PRESENTACIÓN DE LOS DATOS	66
10. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	67
10.1 ASPECTOS ÉTICOS	67
11. RESULTADOS	68
12. CONCLUSIONES	79
13. RECOMENDACIONES	81
14. LISTA DE ABREVIATURAS	82
15. BIBLIOGRAFÍA	83

## INTRODUCCIÓN

El Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.

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

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

Con el fin de lograr la reducción de la mortalidad materna y perinatal, se hace necesario establecer parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante el control prenatal; de acuerdo con la Política nacional de salud sexual y reproductiva (2003-2007) y el Plan de acción aprobado por la Asamblea General de la ONU de 2002 sobre Niñez y Adolescencia , suscrito por Colombia, que buscan reducir la mortalidad materna en 50% en este período y 75% para 2015; así como también aumentar la cobertura y calidad del parto institucional en 95%, y fortalecer la vigilancia y prevención de la mortalidad materna y perinatal en el país.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Cáceres F. El control prenatal: una reflexión urgente. Revista colombiana de obstetricia y ginecología. 2009 May 21;p. 165-170.

## 1. JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha trabajado arduamente en el transcurso de los años en mejorar la salud materna y neonatal, y crear medidas tendientes en impactar la mortalidad de este grupo etario. En respuesta a lo anterior muchos países han adoptado medidas para cumplir este objetivo.

En Colombia se ha trabajado con el mismo fin; con la expedición de la resolución 412/2000 se consideran de obligatorio cumplimiento algunas Normas Técnicas, entre ellas la correspondiente a Detección Temprana De Alteraciones Del Embarazo desarrollada por los Prestadores De Servicios De Salud con el CPN. Para VIDACOOIP IPS, es importante que los profesionales de la salud cumplan con las GPC de CPN, las cuales ya han sido adaptadas de acuerdo con las características de la población demandante.

Durante el transcurso del año 2011, por medio de las auditorias de historias clínicas de médico general se ha detectado falta de adherencia en la prescripción de al menos un paraclínico en el I trimestre de gestación, y fallas en la adherencia de las GPC en los criterios de remisión de las gestantes a asesoría preparto, cita con odontología y charlas educativas.

Con respecto a auditoria de las historias clínicas de enfermería, el nivel de cumplimiento de la prescripción de suplementos prenatales y remisión a nutrición también presentan problemas; por lo tanto el principal interés en este proyecto es evaluar el cumplimiento de las GPC de CPN para detectar los componentes de menor cumplimiento y los trimestres de gestación críticos donde hay menor porcentaje de cumplimiento de GPC, y de este modo la IPS pueda levantar acciones de mejoramiento que garanticen el incremento y sostenibilidad de la adherencia a la GPC por parte de los profesionales del programa.

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro de los objetivos de la resolución 412, esta desarrollar acciones que identifiquen oportuna y efectivamente las enfermedades del binomio madre- hijo, realizando gestión y manejo de riesgos; estas acciones se desarrollan dentro del programa de detección temprana de alteraciones del embarazo, que en los prestadores de los servicios de salud es denominado CPN.

VIDACOOIP IPS cuenta con una población en edad fértil de 23184 usuarias aproximadamente en la ciudad de Barranquilla, con un total de maternas de 135 (fecha de corte 31 de diciembre 2012) las cuales son atendidas en consultas programadas durante todo el embarazo.

La IPS tiene guías de atención para al programa de CPN y es manejado por 1 médico general y 1 enfermera profesional de acuerdo al riesgo obstétrico de la paciente definida según la guía de práctica clínica de la institución.

Dentro del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad PAMEC de la Ips se evalúa el programa de control prenatal; y dentro del CPN el comité de historias clínicas de la pis mensualmente selecciona de la base de datos electrónicas de historias clínicas, una historia por cada profesional de la salud y verifica que el cumplimiento en la calidad de la historia y la adherencia a la GPC; con los resultados obtenidos de esta auditoría se aplican estrategias para mejorar la adherencia De los profesionales.

Durante el año 2011 mediante el proceso de auditoría interna se encontró que 1 de cada 10 gestantes no asistía a control odontológico y el 18% de las gestantes no se les ordenaban uro análisis durante el III trimestre de embarazo, y el 9 % no se ordenaban ecografía obstétrica en el II nivel.

### **3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Cual el porcentaje de cumplimiento de la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo a las gestantes que asistieron a control prenatal en VIDACOOOP IPS, durante el periodo de enero 2012-diciembre 2012?

#### **4. SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA**

Cuál es la distribución de las gestantes para identificar para las que tienen criterio de riesgo por edad de acuerdo al grupo etario de las gestantes que asistieron a control prenatal en VIDACCOOP IPS, durante el periodo de enero 2012-diciembre 2012?

Cuál es el porcentaje de cumplimiento en la elaboración de historia clínica de las gestantes que asistieron a control prenatal en VIDACCOOP IPS, durante el periodo de enero 2012-diciembre 2012? Estructura forma contenido

Cuál es el porcentaje de cumplimiento oportuno en el ordenamiento y realización de los exámenes paraclínicos prenatales de las gestantes que asistieron a control prenatal en VIDACCOOP IPS, durante el periodo de enero 2012-diciembre 2012?

Cuál es el porcentaje de cumplimiento oportuno en el ordenamiento y realización de ecografía obstétrica de las gestantes que asistieron a control prenatal en VIDACCOOP IPS, durante el periodo de enero 2012-diciembre 2012?

Cuál es el porcentaje de cumplimiento de la prescripción oportuna de los suplementos multivitamínicos de las gestantes que asistieron a control prenatal en VIDACCOOP IPS, durante el periodo de enero 2012-diciembre 2012?

Cuál es el porcentaje de cumplimiento del ordenamiento oportuno de toxoide tetánico de las gestantes que asistieron a control prenatal en VIDACCOOP IPS, durante el periodo de enero 2012-diciembre 2012?

Cuál es el porcentaje de cumplimiento de la remisión oportuna de especialista en ginecología de las gestantes que asistieron a control prenatal en VIDACOOIP IPS, durante el periodo de enero 2012-diciembre 2012?

Cuál es el porcentaje de cumplimiento oportuno de la remisión a consulta odontológica de las gestantes que asistieron a control prenatal en VIDACOOIP IPS, durante el periodo de enero 2012-diciembre 2012?

Cuál es el porcentaje de cumplimiento de charlas educativas y recomendaciones a las gestantes de las gestantes que asistieron a control prenatal en VIDACOOIP IPS, durante el periodo de enero 2012-diciembre 2012?

Cuál es el porcentaje de cumplimiento en el diligenciamiento y entrega de carnet materno de las gestantes que asistieron a control prenatal en VIDACOOIP IPS, durante el periodo de enero 2012-diciembre 2012?

## **5. PROPÓSITO**

El propósito de esta investigación es evaluar el cumplimiento de las guías de práctica clínica por parte de los profesionales de salud de VIDACOOIP IPS implicados en el proceso de la atención de las gestantes del control prenatal, como un paso de auditoría interna, y así mejorar las adherencias de estas guías y para promover el mejoramiento continuo



## **6. OBJETIVOS**

### **6.1 OBJETIVO GENERAL**

Verificar el cumplimiento de la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo a las gestantes que asistieron a control prenatal en VIDACOOIP IPS, durante el periodo de enero 2012-diciembre 2012.

### **6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar a las gestantes de acuerdo al grupo etario de las gestantes que asistieron a control prenatal en VIDACOOIP IPS, durante el periodo de enero 2012-diciembre 2012.
- Verificar el cumplimiento en la elaboración de historia clínica de las gestantes que asistieron a control prenatal en VIDACOOIP IPS, durante el periodo de enero 2012-diciembre 2012.
- Verificar el cumplimiento oportuno en el ordenamiento y realización de los exámenes para clínicos prenatales de las gestantes que asistieron a control prenatal en VIDACOOIP IPS, durante el periodo de enero 2012-diciembre 2012.
- Identificar el cumplimiento oportuno en el ordenamiento y realización de la ecografía obstétrica de las gestantes que asistieron a control prenatal en VIDACOOIP IPS, durante el periodo de enero 2012-diciembre 2012.
- Evidenciar el cumplimiento de la prescripción oportuna de los suplementos multivitamínicos de las gestantes que asistieron a control prenatal en VIDACOOIP IPS, durante el periodo de enero 2012-diciembre 2012.
- Confirmar el cumplimiento del ordenamiento oportuno de toxoide tetánico de las gestantes que asistieron a control prenatal en VIDACOOIP IPS, durante el periodo de enero 2012-diciembre 2012.

- Comprobar el cumplimiento de la remisión oportuna de especialista en ginecología de las gestantes que asistieron a control prenatal en VIDACOOIP IPS, durante el periodo de enero 2012-diciembre 2012.
- Verificar el cumplimiento oportuno de la remisión a consulta odontológica de las gestantes que asistieron a control prenatal en VIDACOOIP IPS, durante el periodo de enero 2012-diciembre 2012.
- Certificar el cumplimiento de charlas educativas y recomendaciones a las gestantes de las gestantes que asistieron a control prenatal en VIDACOOIP IPS, durante el periodo de enero 2012-diciembre 2012.
- Confirmar el cumplimiento en el diligenciamiento y entrega de carnet materno de las gestantes que asistieron a control prenatal en VIDACOOIP IPS, durante el periodo de enero 2012-diciembre 2012.

## **7. MARCO REFERENCIAL**

VIDACOOIP IPS es una institución prestadora de servicios de salud de segundo nivel con sede principal en Barranquilla Calle 44 Nro. 7H – 34 barrio Alborada, y sedes en Cartagena, montería y Carmen de Bolívar.

Presta servicios de I nivel desarrollando actividades de consulta externa, odontología, P y P, vacunación, laboratorio clínico y farmacia.

### **Plataforma estratégica VIDACOOIP IPS.**

#### **Misión**

Brindar servicios de salud con alta Calidad Humana, Científica y Tecnológica, dentro de parámetros de eficiencia y calidad, en planes de institución prestadora de salud a la población, con base a sus necesidades, procurando el mejoramiento del estado de salud generando así, rentabilidad social y económica, para el bien de nuestra comunidad.

#### **Visión**

Ser una de las mejores empresas de salud de primer nivel del departamento, sirviendo a la comunidad a través de la promoción de salud, prevención de la enfermedad, atención y rehabilitación, buscando además, que su personal sea más calificado cada día, en permanente crecimiento personal.

#### **Valores corporativos**

- Calidad
- Responsabilidad

- Compromiso
- Honestidad
- Respeto

## **8. MARCO TEÓRICO**

### **8.1 RESOLUCIÓN NÚMERO 412 DE 2000**

Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública

EL MINISTRO DE SALUD

En uso de sus facultades legales, especialmente las conferidas por el artículo 173 de la Ley 100 de 1993 y

CONSIDERANDO

Que al Ministerio de Salud le corresponde expedir las normas técnicas y administrativas de obligatorio cumplimiento para las Entidades Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y para las Direcciones Seccionales, distritales y locales de Salud.

Que las Administradoras del Régimen Contributivo y Subsidiado tienen la obligatoriedad de prestar todos los planes de beneficios a su población, incentivando las acciones de Promoción y Prevención.

Que de conformidad con lo establecido en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, al Ministerio de Salud le corresponde expedir las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las actividades de

protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en Salud Pública.

Que los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben realizar las acciones conducentes a reducir el riesgo de enfermar y morir por causas evitables, alcanzar mejoría en los niveles de salud y garantizar la salud colectiva, buscando impactar positivamente las metas de salud pública del país.

## CAPITULO I.

### ASPECTOS GENERALES

#### ARTICULO 1. OBJETO.

Mediante la presente resolución se adoptan las normas técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública, a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado. Igualmente se establecen los lineamientos para la programación, evaluación y seguimiento de las actividades establecidas en las normas técnicas que deben desarrollar estas entidades.

#### ARTICULO 2. CAMPO DE APLICACIÓN.

Las disposiciones de la presente resolución se aplicarán a todas las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado.

#### ARTICULO 3. NORMA TECNICA.

Es el documento mediante el cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones costo – efectivas de obligatorio cumplimiento, a desarrollar en

forma secuencial y sistemática en la población afiliada, para el cumplimiento de las acciones de protección específica y de detección temprana establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Igualmente determinan las frecuencias mínimas anuales de atención y los profesionales de la salud responsables y debidamente capacitados para el desarrollo de las mismas.

#### PARAGRAFO. PARAGRAFO.

Las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado, no podrán dejar de efectuar las actividades, procedimientos e intervenciones contenidas en las normas técnicas.

Tampoco podrán disminuir la frecuencia anual, ni involucrar profesionales de la salud que no cumplan las condiciones mínimas establecidas en la norma.

#### ARTICULO 4. GUIA DE ATENCION.

Es el documento mediante el cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones a seguir y el orden secuencial y lógico para el adecuado diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de interés en salud pública establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado.

Las guías de atención relacionadas con tuberculosis, lepra, leishmaniasis y malaria contienen elementos normativos de obligatorio cumplimiento.

#### ARTICULO 5. DEMANDA INDUCIDA.

Son todas las acciones encaminadas a informar y educar a la población afiliada, con el fin de dar cumplimiento a las actividades, procedimientos e intervenciones

de protección específica y detección temprana establecidas en las normas técnicas.

Las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado deberán elaborar e implementar estrategias que le garanticen a sus afiliados, de acuerdo con las condiciones de edad, género y salud, el acceso a las actividades procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana así como la atención de enfermedades de interés en salud pública.

#### ARTICULO 6. PROTECCIÓN ESPECÍFICA.

Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de los afiliados frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad.

#### ARTICULO 7. DETECCION TEMPRANA.

Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte.

### CAPITULO II.

#### NORMAS TECNICAS

#### ARTICULO 8. PROTECCION ESPECÍFICA.

Adóptense las normas técnicas contenidas en el anexo técnico 1-2000 que forma parte integrante de la presente resolución, para las actividades, procedimientos e intervenciones establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud enunciadas a continuación:

a. Vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)



- b. Atención Preventiva en Salud Bucal
- c. Atención del Parto
- d. Atención al Recién Nacido
- e. Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres

#### PARAGRAFO.

Los contenidos de las normas técnicas de protección específica serán actualizados periódicamente, de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico, la tecnología disponible en el país, el desarrollo científico y la normatividad vigente.

#### ARTICULO 9. DETECCION TEMPRANA.

Adóptense las normas técnicas contenidas en el anexo técnico 1-2000 que forma parte integrante de la presente resolución, para las actividades, procedimientos e intervenciones establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, enunciadas a continuación:

- a. Detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (Menores de 10 años)
- b. Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años)
- c. Detección temprana de las alteraciones del embarazo
- d. Detección temprana de las alteraciones del Adulto (mayor de 45 años)
- e. Detección temprana del cáncer de cuello uterino
- f. Detección temprana del cáncer de seno
- g. Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual

#### PARAGRAFO.

Los contenidos de las normas técnicas de detección temprana serán actualizados periódicamente de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico, la tecnología disponible en el país y el desarrollo científico y la normatividad vigente.

## CAPITULO II.

### GUIAS DE ATENCION PARA EL MANEJO DE ENFERMEDADES DE INTERES EN SALUD PÚBLICA

#### ARTICULO 10. GUIAS DE ATENCION DE ENFERMEDADES DE INTERES EN SALUD PÚBLICA.

Adóptense las guías de atención contenidas en el anexo técnico 2-200 que forma parte integrante de la presente resolución, para las enfermedades de interés en Salud Pública establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud:

- a. Bajo peso al nacer
- b. Alteraciones asociadas a la nutrición (Desnutrición proteico calórica y obesidad)
- c. Infección Respiratoria Aguda (menores de cinco años)  
Alta: Otitis media, Faringitis estreptocócica, laringotraqueitis.  
Baja: Bronconeumonía, bronquiolitis, neumonía.
- d. Enfermedad Diarreica Aguda / Cólera
- e. Tuberculosis Pulmonar y Extra pulmonar  
Meningitis Meningocócica
- g. Asma Bronquial
- h. Síndrome convulsivo
- i. Fiebre reumática
- j. Vicios de refracción, Estrabismo, Cataratas.
- k. Enfermedades de Transmisión Sexual (Infección gonocócica, Sífilis, VIH/SIDA)
- l. Hipertensión arterial
- m. Hipertensión arterial y Hemorragias asociadas al embarazo
- n. Menor y Mujer Maltratados
- o. Diabetes Juvenil y del Adulto
- p. Lesiones preneoplasicas de cuello uterino
- q. Lepra
- r. Malaria

- s. Dengue
- t. Leishmaniasis cutánea y visceral
- u. Fiebre Amarilla

#### PARAGRAFO.

Los contenidos de las guías de atención serán actualizados periódicamente de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico, la tecnología disponible en el país, el desarrollo científico y la normatividad vigente.

#### CAPITULO IV

#### OFERTA DE ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES DE DEMANDA INDUCIDA Y OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO

#### ARTICULO 11. RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS.

Las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado deberán garantizar en el municipio de residencia del afiliado, la prestación de la totalidad de las actividades, procedimientos e intervenciones contenidos en las normas técnicas de obligatorio cumplimiento y en las guías de atención, a través de la red prestadora de servicios que cumpla los requisitos esenciales para la prestación de los mismos.

PARAGRAFO. PARAGRAFO. En el evento en que la red de prestadores de servicios de salud del municipio de residencia del afiliado, no pueda prestar la totalidad de los servicios establecidos en las normas técnicas y guías de atención, las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado deben asumir los gastos del desplazamiento a que hubiere lugar para la prestación de los mismos.

#### ARTICULO 12. LISTADO DE PRESTADORES DE SERVICIOS.

Las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado deben entregar al momento de la afiliación, el listado de las diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios con su dirección y teléfono, indicando las diferentes actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento que las mismas prestan.

#### ARTICULO 13. COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS.

De conformidad con lo establecido en el Acuerdo 30 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, no podrán aplicarse copagos ni cuotas moderadoras a las actividades, procedimientos e intervenciones contenidas en las normas técnicas y guías de atención a que se refiere la presente resolución.

#### ARTICULO 14. CAMBIO DE REGIMEN Y TRASLADOS ENTRE ENTIDADES.

Las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado deberán garantizar la continuidad de las acciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, cuando por cualquier motivo un afiliado cambie de un régimen a otro o cuando se produzca el traslado de Entidad Promotora de Salud, Entidad Administradora del Régimen Subsidiado. Para tal efecto la respectiva Entidad deberá proporcionar a aquella a la cual se traslade, la totalidad de la información relacionada con las actividades de detección temprana y protección específica realizadas al afiliado y a su núcleo familiar.

#### ARTICULO 15. VIGILANCIA Y CONTROL.

El Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, y las Direcciones Territoriales de Salud ejercerán las funciones de vigilancia y control de conformidad con las normas vigentes y lo establecido en el artículo 18º del Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

**ARTICULO 16. PROGRAMACION, SEGUIMIENTO Y MONITOREO PERMANENTE.**

Para la programación de actividades, el seguimiento y el fortalecimiento y perfeccionamiento de la gestión de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras de Régimen Subsidiado, en relación con las acciones de protección específica, detección precoz y atención de enfermedades de interés en salud pública establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, se adoptan la metodología única contenida en el “Anexo Técnico 3-2000 de Programación”, en el “Anexo 4-2000 de Indicadores de Gestión” y los lineamientos establecidos en el “Anexo Técnico 5-2000 Sistema de Fortalecimiento de Gestión de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras de Régimen Subsidiado frente a las acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública” los cuales forman parte integrante de la presente resolución.

**ARTICULO 17. REQUERIMIENTOS PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACION DE LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES DE DEMANDA INDUCIDA Y OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PARA LOS REGIMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO.**

Las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Adaptadas, deberán radicar ante la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud o la dependencia que haga sus veces, el informe de gestión trimestral, dentro de los quince días calendario siguientes al vencimiento del respectivo trimestre, en forma impresa y en medio magnético, de acuerdo con el “Anexo Técnico 6-2000 Especificaciones para la Transferencia de Datos sobre ejecución de Acciones de Protección Específica, Detección Temprana y Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública”.

Las Administradoras del Régimen Subsidiado, deberán radicar ante las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud trimestralmente un informe de

gestión correspondiente al trimestre y para cada uno de los contratos existentes, de acuerdo con los criterios técnicos anexos a esta resolución en el anexo “Anexo Técnico para la Transferencia de Datos sobre Ejecución de Acciones de Protección Específica, Detección Temprana y Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública”.

#### PARAGRAFO.-

Semestralmente las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud remitirán a la Dirección General de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud un informe sobre la gestión de las ARS DE su departamento, presentando para cada una y por cada contrato el estado de los indicadores establecidos en el “Anexo de Indicadores de Gestión”.

#### ARTICULO 18. CONTROL DE LA INFORMACION.

Con el objeto de garantizar la calidad de la información suministrada tanto para la programación como para la ejecución de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, la Dirección General de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud desarrollará un sistema de control sobre la información recepcionada. Dicho proceso se realizará trimestralmente de acuerdo con los cortes de evaluación.

Cuando se comprueben fallas en la información, la Dirección General de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud o la dependencia que haga sus veces, dará aviso a la Superintendencia Nacional de Salud para que se establezcan los correctivos o sanciones pertinentes.

#### ARTICULO 19. ASISTENCIA TECNICA.

Una vez adoptadas las normas técnicas y guías de atención, el Ministerio de Salud adelantará la correspondiente fase de inducción a las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado, con el

objeto de fortalecer la gestión de dichas entidades y de garantizar el cumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente resolución.

#### ARTICULO 20. VIGENCIA Y DEROGATORIAS.

Esta Resolución rige tres (3) meses después, contados a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias, en especial la Resolución 3997 de 1996, la cual continuará aplicándose mientras entra en vigencia la presente resolución.<sup>2</sup>

## **8.2 GUIA PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO**

### **1. JUSTIFICACIÓN**

La tasa de mortalidad materna en Colombia para 1994 fue de 78.2 por 100.000 nacidos vivos. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, se calcula que el 95% de estas muertes son evitables.

Con el fin de lograr la meta de reducir la mortalidad materna, se hace necesario establecer parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante el control prenatal.

### **2. DEFINICIÓN**

Identificar los riesgos relacionados con el embarazo y planificar el control de los mismos, a fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el

---

<sup>2</sup> Ministerio de Protección Social. Resolución 412 de 2000

nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo.

### **3. OBJETIVOS**

- Vigilar la evolución del proceso de la gestación de tal forma que sea posible prevenir y controlar oportunamente los factores de riesgo biopsico- sociales que incidan en el mencionado proceso.
- Detectar tempranamente las complicaciones del embarazo y en consecuencia
- Orientar el tratamiento adecuado de las mismas.
- Ofrecer educación a la pareja que permita una interrelación adecuada entre los padres y su hijo o hija desde la gestación.

### **4. POBLACION OBJETO**

Las beneficiarias de esta norma son todas las mujeres gestantes afiliadas a los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

### **5. CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO**

Las siguientes actividades, procedimientos e intervenciones, conforman las normas básicas para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, las Instituciones de salud que prestan este servicio, deberán contar con la capacidad resolutive y el equipo de salud capacitado para brindar atención humanizada y de calidad, que garantice una gestación normal y una madre y su hijo o hija sanos.

#### ***5.1 IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN DE LAS GESTANTES EN EL CONTROL PRENATAL***

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

Este proceso implica:



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

## **5.2 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MÉDICINA GENERAL (89.0.2.01)**

En la primera consulta prenatal buscas 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.

### **5.2.1 Elaboración de la historia clínica e identificación de factores de**

#### **Riesgo:**

- 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 intergenésicos, abortos, ectópicos, molas, placenta previa, abrupcio, ruptura prematura de membranas, polidraminios, oligoamnios, retardo en el crecimiento intrauterino.

Partos: Número 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 menarquia, 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.

- *Antecedentes familiares*: Hipertensión arterial crónica, preeclampsia, eclampsia, cardiopatías, diabetes, metabólicas, autoinmunes, infecciosas, congénitas, epilepsia, trastornos mentales, gestaciones múltiples, tuberculosis, neoplasias y otras.

- *Gestación actual*: Edad gestacional probable (fecha de la última regla, altura uterina y/o ecografía obstétrica), presencia o ausencia de movimiento fetales, sintomatología infecciosa urinaria o cervicovaginal, cefaleas persistentes, edemas progresivos en cara o miembros superiores e inferiores, epigastralgia y otros.

- *Valoración de condiciones psico-sociales*: Tensión emocional, humor, signos y síntomas neurovegetativos, soporte familiar y de la pareja, embarazo deseado y o programado

- *Otros motivos de consulta*: Inicio y evolución de la sintomatología, exámenes previos, tratamiento recibido y estado actual.

### **5.2.2 Examen físico**

- Tomar medidas antropométricas: peso, talla, altura uterina y valorar estado nutricional.

**Durante cada consulta deben corroborarse los datos de ganancia de peso materno y altura uterina para la edad gestacional, con las tablas correspondientes**

- Tomar signos vitales: Pulso, respiración, temperatura y tensión arterial.

**La toma de la tensión arterial debe hacerse con la gestante sentada, en el brazo derecho, después de 1 minuto de reposo**

- Realizar examen físico completo por sistemas: Debe hacerse céfalo caudal incluido la cavidad bucal
- Valoración ginecológica: Realizar examen de senos y genitales que incluye valoración del cuello, toma de citología, tamaño y posición uterina y anexos, comprobar la existencia del embarazo, descartar gestación extrauterina e investigar patología anexial.
- Valoración obstétrica: Determinar altura uterina, número de fetos, situación y presentación fetal, fetocardia y movimientos fetales.

### **5.2.3 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 90.2.2.07)
- Hemoclasificación (90.2.2.11)

- Serología (Serología prueba no treponémica VDRL en suero o LCR)
- Uroanálisis (uroanálisis con sedimento y densidad urinaria 90.7.1.05)
- 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 pregestacional; 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 90.3.5.48).
- Ecografía obstétrica: Una ecografía en el primer trimestre. (Ecografía Pélvica Obstétrica con evaluación de la circulación placentaria y fetal 88.1.4.31)
- Ofrecer consejería (Consulta de Primera Vez por citología 89.02.08) y prueba Elisa para VIH (VIH 1 y 2 anticuerpos 90.6.1.66) y HbsAg (Serología para hepatitis B antígeno de Superficie 90.6.1.35)
- Frotis de flujo vaginal en caso de leucorrea o riesgo de parto prematuro (Coloración de Gram y lectura para cualquier muestra 90.1.1.04)
- Citología cervical de acuerdo con los parámetros de la norma de detección del cáncer de cuello uterino (Citología cervicouterina 89.9.2.00)

#### **5.2.4 Administración de Toxoide tetánico y diftérico (99.3.1.08 y 99.3.1.06)**

La aplicación de estos biológicos, debe realizarse de acuerdo con el esquema de vacunación vigente y los antecedentes de vacunación de la gestante.

#### **5.2.5 Formulación de micronutrientes**

Se deberá formular suplemento de Sulfato Ferroso en dosis de 60 mg de hierro elemental/día y un miligramo día de Ácido 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.

### **5.2.6 Educación individual a la madre, compañero y familia**

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

- Fomento de 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.

### **5.2.7 Remisión a consulta odontológica general**

Con el fin de valorar el estado del aparato estomatognático, controlar los factores de riesgo para enfermedad periodontal y caries, así como para fortalecer prácticas

de higiene oral adecuadas, debe realizarse una 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.

#### **5.2.8 Diligenciar y entregar el carné materno y educar sobre la importancia de su uso.**

En el carné materno, 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 encontrar 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.**

### **5.3 CONSULTAS DE SEGUIMIENTO Y CONTROL**

Las consultas de seguimiento por médico o enfermera deben ser mensuales hasta la semana 36 y luego cada 15 días hasta el parto.

#### **5.3.1 Control prenatal por médico (Consulta de Control o Seguimiento de Programa por Medicina General 89.0.3.01)**

El médico deberá realizar el control prenatal a las gestantes cuyas características y condiciones indiquen una gestación de alto riesgo.

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

La consulta de seguimiento y control prenatal por médico incluye:

- Anamnesis. Indagar sobre el cumplimiento de las recomendaciones y la aplicación de los tratamientos prescritos.

- Examen físico completo

- Análisis de los resultados de exámenes paraclínicos: este proceso debe permitir verificar los hallazgos de laboratorio y en caso de anormalidades realizar exámenes adicionales o formular el tratamiento requerido.

Para el caso específico del VDRL, cuando este es negativo y no se evidencian condiciones de riesgo, el examen debe repetirse en el momento del parto. Si hay condiciones de alto riesgo para presentar infecciones de transmisión sexual, es preciso repetir la serología en el tercer trimestre. Si la serología es positiva, es necesario confirmar el diagnóstico e iniciar tratamiento a la pareja de acuerdo con los lineamientos de la Guía de atención para la Sífilis.

Si el parcial de orina es normal repetirlo cada trimestre, pero si es patológico solicitar 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 requeridas 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 de acuerdo con lo descrito en el punto 5.2.5.

- Información y educación sobre la importancia de la atención del parto institucional, sobre condiciones particulares y sobre signos de alarma por los que debe consultar oportunamente tales como: sangrado genital, ruptura prematura de membranas, edema, vértigos, cefalea, dolor epigástrico, trastornos visuales y auditivos, cambios en la orina.
- Remisión a curso de preparación para el parto.
- Informar, educar y brindar consejería en planificación familiar. Solicitar firma del consentimiento informado de la gestante en caso de elegir método permanente para después del parto.
- Educar y preparar para la lactancia materna exclusiva hasta los seis (6) meses y con alimentación complementaria hasta los dos (2) años.
- Diligenciar y entregar el carné y dar indicaciones sobre el siguiente control según condiciones y criterio médico. En el último control se debe dar instrucciones a la madre para que presente su carné materno en la institución donde se le atenderá el parto.

### **5.3.2 Control prenatal por enfermera (Consulta de Control o Seguimiento de Programa por Enfermería 89.0.3.05)**

Es el conjunto de actividades realizadas por la Enfermera profesional a aquellas gestantes clasificadas por el médico en la primera consulta como de bajo riesgo, para hacer seguimiento al normal desarrollo de la gestación y detectar oportunamente las complicaciones que puedan aparecer en cualquier momento.

El control por Enfermera debe incluir:

- Anamnesis: indagar sobre cumplimiento de recomendaciones y aplicación de tratamientos y remitir si hay presencia de signos o síntomas



- Realizar examen físico completo
- Analizar las curvas de ganancia de peso, crecimiento uterino, presión arterial media
- Análisis de los resultados de exámenes paraclínicos: este proceso debe permitir verificar los hallazgos de laboratorio y en caso de anormalidades realizar exámenes adicionales o formular el tratamiento requerido.

Para el caso específico del VDRL, cuando este es negativo y no se evidencian condiciones de riesgo, el examen debe repetirse en el momento del parto. Si hay condiciones de alto riesgo para presentar infecciones de transmisión sexual, es preciso repetir la serología en el tercer trimestre. Si la serología es positiva, es necesario confirmar el diagnóstico e iniciar tratamiento a la pareja de acuerdo con los lineamientos de la Guía de atención para la Sífilis.

Si el parcial de orina es normal repetirlo cada trimestre, pero si es patológico solicitar 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 requeridas son el uroanálisis y la serología según el riesgo.

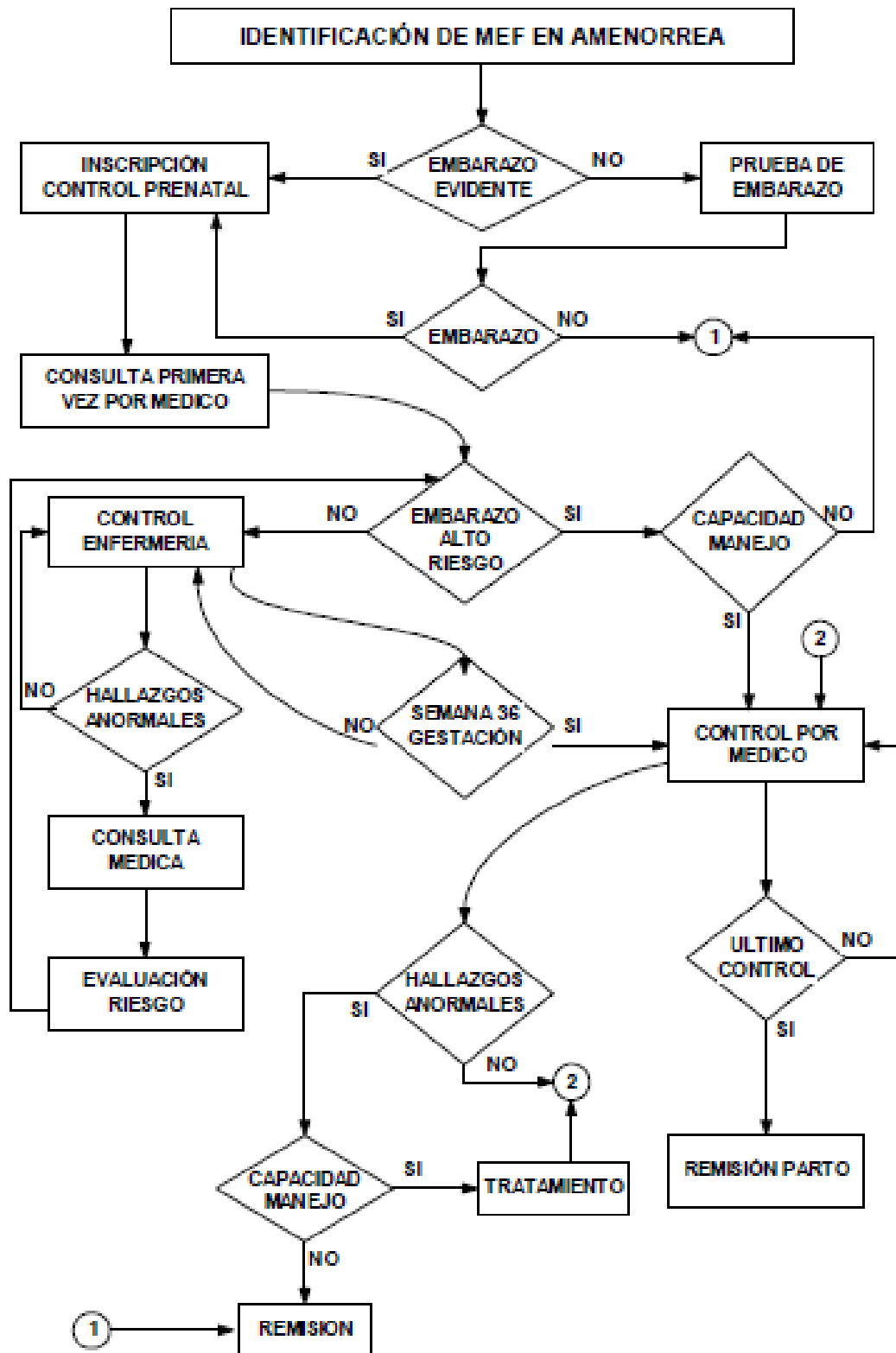
- Análisis de las curvas de ganancia de peso, crecimiento uterino y presión Arterial media
- Formulación de micronutrientes de acuerdo con lo descrito en el punto 5.2.5.

- Información y educación sobre la importancia de la atención del parto institucional, sobre condiciones particulares y sobre signos de alarma por los que debe consultar oportunamente tales como: sangrado genital, ruptura prematura de membranas, edema, vértigos, cefalea, dolor epigástrico, trastornos visuales y auditivos, cambios en la orina.
- Remisión a curso de preparación para el parto.
- Informar, educar y brindar consejería en planificación familiar. Solicitar Firma del consentimiento informado de la gestante en caso de elegir método permanente para después del parto.
- Educar y preparar para la lactancia materna exclusiva hasta los seis (6) meses y con alimentación complementaria hasta los dos (2) años.
- Diligenciar y entregar el carné y dar indicaciones sobre el siguiente control según condiciones y criterio médico. En el último control con enfermera se debe dar instrucciones a la madre para que asista al siguiente control con médico.
- Remitir a la gestante a la consulta médica si encuentra hallazgos anormales que sugieren factores de riesgo, ó si los exámenes paraclínicos reportan anomalías.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Ministerio de protección social. Observatorio de la calidad de la atención en salud. Guías de práctica clínica

# FLUJOGRAMA



### 8.3 GENERALIDADES DEL CONTROL PRENATAL

El CPN es un sistema preventivo que comenzó alrededor de 1901, donde se desarrollan acciones y actividades en las gestantes para promover la salud del binomio madre – hijo y obtener finalmente un recién nacido física, mental y emocionalmente sano. Su principal objetivo es disminuir la mortalidad materna y morbimortalidad perinatal.

Cáceres en la revista colombiana obstetricia y ginecología define el CPN como el conjunto de acciones que incluye la visita de la embarazada a la institución de salud con consultas médicas respectivas y su objetivo es hacer seguimiento al proceso de gestación, detectar riesgos oportunamente, prevenir complicaciones y preparar a la madre para el parto, maternidad y crianza, logrando así que la gestante adquiera hábitos y conductas saludables que cuiden su salud y la de su bebe, detecte riesgos y busque la ayuda idónea para minimizarlos y tratar complicaciones.

La OMS considera que un CPN de buena calidad es aquel que inicia en el primer trimestre de embarazo, donde se eduque, proteja, detecte y se haga tratamiento de las enfermedades que puedan aparecer en la gestación, con al menos 8 citas durante el embarazo donde el médico realice la primera y participe en las siguientes citas. La OMS apoya y asesora a los países para el desarrollo de estas acciones por medio del Departamento de Riesgos del Embarazo creado en el 2005.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Cáceres F. El control prenatal: una reflexión urgente. Revista colombiana de obstetricia y ginecología. 2009 May 21:p. 165-170

## 8.4 HISTORIA DEL CONTROL PRENATAL

Se comienza a dar importancia a la salud materna y perinatal a partir del año 1948, luego de proclamarse la Declaración Universal de los Derechos Humanos donde los gobiernos a nivel mundial iniciaron a realizar convenciones y conferencias para trabajar en planes de acción que mejoren la salud materna.

En 1983 el Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR) crea el Sistema Informático Perinatal (SIP) que integra un programa de computación donde se consignan los datos clínicos relacionados con las gestantes y se crean instrumentos como la historia clínica, el carnet perinatal, el partograma y los programas para computadores personales. Además el SIP tiene herramientas que aportan a los procesos de MBE y calidad pues dentro de sus objetivos está el verificar y seguir la implantación de prácticas basadas en la evidencia, facilitar la auditoria de procesos en el CPN, la capacitación al personal de salud y evaluar la calidad de la atención, entre otros.<sup>5</sup>

Luego con la iniciativa para la Maternidad Segura que nació en la conferencia de Nairobi, Kenya en 1987 se consolidaron los esfuerzos para reducir la mortalidad materna y las enfermedades asociadas con el embarazo y el parto.

Para el año 1991, el MPS lanza en Colombia el Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna donde se planeó aumentar la cobertura en CPN, parto institucional y puerperio y a partir de este plan se han implementado múltiples estrategias para impactar dicho objetivo entre ellas la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva formulada en el 2003.

Esta política dentro de sus objetivos tiene garantizar una gestación sana, aplicando estrategias desde la pre concepción hasta el puerperio por medio de

---

<sup>5</sup> Organización mundial de la salud. Biblioteca de salud reproductiva.

actividades de prevención de riesgos biopsicosociales que puedan posteriormente complicar el embarazo y desarrollando actividades de promoción como la captación temprana de maternas y su adherencia al CPN junto con sus familias, haciendo así eficaces enseñanzas de auto cuidado en esta población.

Esta última política busca vigilar el cumplimiento obligatorio de las normas técnicas y GPC consignado en la Resolución 412/2000 y relacionadas con el cuidado del embarazo, parto, puerperio y sus complicaciones así como otras condiciones que puedan afectar el desarrollo normal del mismo.

En Colombia la Resolución 412 “establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública”. Dentro de esta Resolución se propone la norma técnica para la detección temprana de alteraciones del embarazo que aplica para los profesionales de la salud.

## **8.5 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CONTROL PRENATAL VIDACOOIP IPS**

Alrededor del mundo existen incontables modelos y GPC de CPN. **VIDACOOIP IPS** cuenta con una GPC de CPN adaptada a la Resolución 412/2000 conforme a las características de la población gestante y de la institución. Ver cuadro 1

<p style="text-align: center;"><b>INGRESO</b></p> <p>Llevar prueba de embarazo con resultado positivo Solicitar:</p> <p>Hemograma Hemoclasificación Antígenos de superficie contra Hepatitis B Serología( VDRL) Anticuerpos contra VIH Glicemia en ayunas Parcial de orina Frotis de flujo vaginal Urocultivo Ecografía obstétrica (ECO) entre 9 y 11 semanas Citología &gt; 16 semanas si no tiene recientes menores a 1 año Suplementos: Ácido fólico, Carbonato de calcio y Sulfato ferroso Remisión a Odontología y Nutrición</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacunación semana 16 y 2da dosis en 1 mes antes del 7mo mes, pero si ha sido vacunada en los últimos 5 años colocar 1 dosis de toxoide tetánico (TD). Se debe informar en esta consulta</li> <li>• Remisión a psicología en &lt; 18 años.</li> <li>• Asesoría parto &gt; semana 16. Se puede ordenar en cualquier trimestre.</li> <li>• Charla de maternidad psicoprofilácticas en IPS semanal.</li> </ul> <p><b>SEGUNDO TRIMESTRE.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sullivan, resultados &gt; 126 hacer confirmatoria.</li> <li>• Parcial de orina y urocultivo</li> <li>• VDRL</li> <li>• ECO hasta la semana 28</li> <li>• Suplementos</li> </ul> <p><b>TERCER TRIMESTRE.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• VDRL</li> <li>• VIH</li> <li>• Parcial de Orina y urocultivo</li> <li>• Hemoglobina – Hematocrito</li> <li>• ECO</li> <li>• Suplementos.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>PROFESIONAL QUE ATIENDE EL CONTROL PRENATAL</b></p> <p><b>ARO:</b> Pre ingreso con enfermería, cada mes cita con médico, a la semana 36 una cita con enfermera para asesoría del parto, y a partir de la semana 36 cita cada semana con médico. Además cada mes cita con obstetricia.</p> <p><b>BRO:</b> Pre ingreso con enfermería, cada mes cita con enfermería. Cita con medico solo al ingreso, semana 20 y a partir de la semana 36 cada semana.</p>	<p style="text-align: center;"><b>MODIFICACIONES</b></p> <p>Si presenta síntomas de ITU ordenar Urocultivo pre y pos tratamiento, si presenta vaginosis ordenar Frotis de flujo vaginal pre y pos tratamiento.</p> <p>Si edema mandar proteinuria en 24 horas y micro albuminuria.</p> <p>Para RH negativas hacer Coombs indirecto si: Padre RH Positivo prueba cada mes ARO Padre RH Negativo prueba en semana 24 a 28.</p>

**Cuadro 1. Guía de práctica clínica de control prenatal de VIDACOO IPS**

Fuente: Actualización de actividades promoción y prevención, VIDACOO IPS<sup>6</sup>

De otra parte, en Antioquia (Medellín) el grupo NACER que se encuentra inscrito al CLAP/SMR, propone una GPC para la detección temprana de alteraciones del

<sup>6</sup> VIDACOO IPS. Sistema de información perinatal 1ª edición 2011. Barranquilla

embarazo basadas en recomendaciones científicas clasificadas en niveles de grados de evidencia.

Muchas de estas recomendaciones son similares a las descritas en la GPC de CPN de VIDACOOIP IPS.

- Encabezamiento de la historia clínica con datos que determinen el riesgo obstétrico de la paciente.
- Periodicidad de los controles cada mes y después de la semana 36 cada semana.
- Prescripción de exámenes obligatorios en el CPN como son: Hemoglobina, hematocrito, hemoclasificación, VDRL, Elisa para VIH y antígenos de superficie para hepatitis B.
- Citología si la gestante no tiene recientes.
- Aplicación de toxoide tetánico en los primeros siete meses de embarazo.
- Formulación de ácido fólico, sulfato ferroso y carbonato de calcio.
- Remisión a cita con odontología.
- A pesar de que existen similitudes entre ambas GPC, estas difieren en algunas recomendaciones, donde GPC propuesta por el grupo NACER sugiere:
- Consulta de primera vez realizada por médico
- Ordenamiento de prueba de glicemia con carga de 50 gramos de glucosa en gestantes con alto riesgo para diabetes gestacional.
- Ecografía obstétrica en la primera visita prenatal solo si la fecha de última menstruación no es confiable o si se presentan complicaciones en este trimestre gestacional.

Alrededor del mundo existen incontables GPC de CPN, estas difieren en sus características de acuerdo a las condiciones demográficas, sociales, culturales y



fisiológicas de la población a la cual son aplicadas y a las características generales de la institución que aplica el CPN.<sup>7</sup>

## **8.6 GENERALIDADES DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA**

Las GPC son una herramienta de la medicina basada en la evidencia(MBE) de gran utilidad para los médicos y otros profesionales de la salud, construido como un documento sistemáticamente organizado de recomendaciones clínicas cuyo objetivo es ayudar a decidir las conductas, procedimientos e intervenciones adecuadas de acuerdo al problema de salud que presente el paciente, convirtiéndose en un método que produce eficiencia en la prestación de servicios y por medio del cual el profesional actualiza sus conocimientos.

Oviedo y colaboradores también exponen que las GPC tienen un gran impacto al ser bien utilizadas sobre todo en el proceso de atención del paciente, desde el diagnóstico de sus enfermedades pues ayuda a que esta sea clasificada de una manera más acertada, hasta la elección de pruebas diagnósticas adecuadas y tratamientos basados en unos criterios clínicamente aceptados que anteriormente se ha comprobado la eficacia de estos. Estas guías no deben ser inflexibles y no deben interferir en el razonamiento lógico del médico o del profesional de la salud que desarrolla el acto clínico.

---

<sup>7</sup> Nacer. Departamento de obstetricia y ginecología de la universidad de Antioquia. Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo

## **Cuadro 2. Modelo Propuesto por el Ministerio de Protección Social para la elaboración de guías de práctica clínica.**

<p>Priorización del problema</p> <p>Conformación del grupo de trabajo</p> <p>Declaración de los conflictos de interés, tanto del grupo de trabajo como de la agencia que este patrocinando la realización de la misma.</p> <p>Determinación del proceso de trabajo que se realizara</p> <p>Identificación de los resultados de importancia que se evaluaran, incluyendo los costos</p> <p>Definición taxativa de las preguntas de interés y los criterios de elegibilidad de los artículos que serán considerados en su construcción</p> <p>Identificación de los diferentes tipos de estudio necesarios para responder las diferentes preguntas de interés.</p> <p>Valoración de la evidencia</p> <p>Síntesis y presentación de la evidencia</p> <p>. Especificación e integración de los resultados</p> <p>. Evaluación de los efectos deseados y no deseados</p> <p>. Consideración de la equidad de la guía sobre la población</p> <p>. Calificación de los niveles de evidencia de las recomendaciones</p> <p>. Evaluación de los costos( econometría)</p> <p>. Adaptación, aplicabilidad y transferencia de la guía</p> <p>. Estructura de los reportes</p> <p>. Métodos de revisión por pares</p> <p>. Planeación de los métodos de difusión e implementación</p> <p>. Evaluación de la guía.</p>
--

Fuente: Observatorio de la calidad de la atención en salud del Ministerio de Protección Social 2010.

### **8.7 LA AUDITORIA EN SALUD Y LA ADHERENCIA A GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA**

La auditoría en salud se considera como el que hacer sistemático del ciclo PHVA (Planear-hacer-verificar y actuar). Esta tiene varios enfoques, entre ellos la auditoria médico-clínica que se refiere al análisis crítico y organizado de la calidad de la asistencia del profesional médico, que incluye desde el diagnostico medico acertado hasta las conductas terapéuticas y de ayudas diagnosticas que se le

ordenen al paciente, evaluando finalmente el impacto sobre los desenlaces clínicos y la calidad de vida de quien recibe el servicio; este tipo de auditoría también evalúa el adecuado uso de recursos institucionales.

Rodríguez y colaboradores, considera la auditoría médico-clínica como una herramienta del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) y la define como la revisión organizada y lógica de la atención en salud prestada a los usuarios por medio de la evaluación y análisis retrospectivo de las historias clínicas como registro de la atención médica, donde se compara lo observado o que hacer médico y lo esperado consignado en las GPC. Este procedimiento es realizado por un comité de auditoría conformado por médicos. La auditoría médica tiene como principal objetivo el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.

La revisión de historias clínicas es un tipo de auditoría médico-clínica y su finalidad es evaluar la atención prestada contra estándares, la evidencia científica y permite la consulta a expertos; evaluando a su vez la aplicación y adherencia a GPC basadas en conceptos científicamente probados.

En concordancia con lo anterior el Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud expone que la calidad de la atención se genera a partir de la adherencia a las GPC, pues las guías por sí solas son un documento, y la adherencia permite la estandarización de los procesos y la evaluación final de los resultados por medio de indicadores, para tomar medidas como son las acciones correctivas y preventivas que llevan al mejoramiento continuo de la calidad.

## **8.8 LA AUDITORIA EN SALUD Y EL CONTROL PRENATAL**

La Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología expone que el proceso de CPN no está exento de la aplicación de herramientas de auditoría, pues este

también tiene atributos de la calidad como la precocidad, periodicidad, completitud, cobertura y gratitud.

De otra parte, la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá junto con la Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog) complementa y define cada uno de los atributos de calidad del CPN y utilizan términos similares para nombrar algunos de ellos.

- Precocidad: realizar idealmente consultas pre concepciones o realizar el CPN desde el primer semestre.
- Periodicidad: se determina de acuerdo a los factores de riesgo de cada paciente, recurso disponible y prestador de GPC.
- De buena calidad: incluye la determinación adecuada de factores de riesgo.
- Integralidad: contiene actividades de promoción, prevención y tratamiento óptimos.
- Universalidad: cumple con las coberturas establecidas.
- Libre escogencia: por parte de la usuaria del prestador y profesional que atenderá su CPN.

Cáceres presenta las condiciones que afectan la adherencia de los profesionales de salud a las GPC de CPN:

- Número de pacientes
- Falta de medicamentos, insumos y equipos
- Tiempo para la consulta insuficiente
- Actitud institucional
- Falta de estímulo
- Poca satisfacción profesional
- Insuficiente capacitación técnico-científica
- Situación económica de los pacientes

- Accesibilidad a los servicios de salud

Considerando la importancia de la auditoría en salud en los procesos de CPN, la Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología recomienda evaluar la calidad de la atención prenatal en los prestadores de servicios, pues exponen que existe una clara relación entre la calidad del CPN y la muerte temprana en la infancia, así como otros desenlaces negativos en la salud materno fetal.

### **8.9 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 científico, de educación e información y recurso humano.

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 ha de establecer estándares y evaluar en forma fehaciente los principales componentes de la calidad del servicio

#### **Carácter tangible**

Es el aspecto del soporte material del servicio, del personal y de los soportes de comunicación, como son; las condiciones de confort y la limpieza del consultorio, cómo la recibe la recepcionista, la relación interpersonal entre la enfermera o

médico y la gestante, la forma de informar, orientar, dar educación por parte del recurso humano.

### **Fiabilidad**

Consiste en realizar correctamente el servicio desde el primer momento. Normalmente el 96% de las pacientes insatisfechas no realizan reclamaciones pero no vuelven al consultorio y no lo recomiendan. Si se atiende una gestante mal y no se le presta la debida atención o no le da una completa información – orientación y educación en la primera consulta, esa es la impresión que ella va a tener y luego es muy difícil de modificar.

### **Oportunidad**

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

### **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 trámites innecesarios.

## **Cortesía**

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

## **Credibilidad**

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

## **Seguridad**

Ausencia de peligro, siempre hay riesgo o dudas a la hora de realizar, brindar 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**

Durante el control prenatal se debe informar a la materna con un lenguaje sencillo, la educación orientada a los cuidados prenatales, a informar la importancia de llevar a cada cita la carpeta con el carné materno y fotocopia de los exámenes de control prenatal, signos y síntomas de alarma, asesoría en planificación familiar, lactancia materna, cuidados del recién nacido, cuidados pos parto, y el riesgo reproductivo. Registrar completamente en la historia clínica el

proceso de educación prenatal efectuada a la gestante. Estas orientaciones se efectuarán en varias citas durante todo el control<sup>8</sup>

### **Conocimiento de la gestante**

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

“Se pretende lograr una mejor calidad en la atención de la paciente, calidad integral planteada con dos componentes: la calidad objetiva y la calidad subjetiva”  
Partiendo del hecho de que el médico está ofreciendo un excelente servicio asistencial desde el punto de vista científico y tecnológico ¿Qué otra cosa están esperando las maternas? Esto es lo que llamamos calidad objetiva y calidad subjetiva.

### **Calidad objetiva**

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

1. Integridad: Solucionar el problema de la gestante.
2. Contenido: Hacer todo lo que haya que hacer.
3. Destreza: Hacerlo bien.
4. Oportunidad: Hacerlo a tiempo.

---

<sup>8</sup> República de Argentina. Ministerio de Salud de la Nación .Schwarcz. R et al. El cuidado prenatal. Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal.



5. Eficiencia: Cuidado de los recursos que se utilizan en el control prenatal; carné, exámenes de laboratorio y ecografías tienen un costo para red de salud pública y los cuales se necesitan en cada cita de control prenatal, en cada cita con el médico general, en la cita con el obstetra o al ingreso por urgencias.

### **La calidad subjetiva**

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

### **Características de la atención**

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

. Las siguientes actividades, procedimientos e intervenciones, conforman las guías básicas para la detección temprana de las alteraciones del embarazo.

Las características básicas de esta atención deben ser:

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

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

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

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

Oportuna: deberá brindarse cuando ésta se requiera, de acuerdo con las necesidades de la gestante. Al respecto se anota Los prestadores de salud deben hacer que todas las mujeres embarazadas se sientan bienvenidas a su clínica. Los horarios de apertura de las clínicas que proveen el programa de control prenatal deben ser tan convenientes como sea posible para favorecer la concurrencia de las mujeres. Se ha demostrado que cuanto mayor es el número de horas que las clínicas dedican para la atención de las pacientes, más elevado será el número de mujeres que solicita control prenatal en las mismas. Los prestadores de salud deben dedicar todos los esfuerzos posibles para cumplir con el horario de los turnos y, de esta forma, reducir el tiempo de espera de las pacientes. Mientras sea posible, cualquier intervención o prueba requerida debería realizarse de acuerdo con la comodidad de las mujeres, en lo posible el mismo día que la mujer tiene la consulta (OMS, 2003)<sup>9</sup>

## **8.10 ESTUDIOS DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL CONTROL PRENATAL**

Existen innumerables estudios que evalúan la calidad del CPN; en el año 2007 el grupo Nacer hace un estudio descriptivo en el departamento de Antioquia para evaluar la calidad del CPN con 1981 historias clínica de CPN y 2083 historias de partos, para un total de 4064 historia; reporto algunos hallazgos relevantes:

---

<sup>9</sup> República de Colombia: Ministerio de protección social. Claudia L.B.Ch, Miriam C:B. Plan de choque para la reducción de mortalidad materna Bogotá DC 2004.

- Hubo un correcto diligenciamiento de la historia clínica solo en el 39%
- Ninguno de los ítems evaluados relacionados con la resolución 412/2000 se cumplió óptimamente pero no se especifican porcentaje.
- En gestantes menores de 20 años solo el 5% obtuvieron intervención psicológica y/o de trabajo social
- Con respecto al ordenamiento de paraclínicos de obligatorio cumplimiento como el ordenamiento de VDRL entre la semana 28 y 32 de gestación, se encontró un cumplimiento solo del 25%
- Con respecto a enfermedades que están relacionadas con complicaciones en el embarazo como la infección de vías urinarias se corroboró el diagnóstico con urocultivo en solo el 12%, recibieron tratamiento el 9.2% y solo el 8% tuvieron control pos tratamiento con urocultivo nuevamente. En el caso de la vaginosis bacteriana esta solo fue tratada adecuadamente en el 30% de los casos.
- Encontraron un bajo nivel de cumplimiento en los criterios de educación a la gestante, contra referencia y manejo interdisciplinario, no especifican porcentaje.
- Este mismo grupo, realiza además otro estudio tipo descriptivo de corte transversal en el año 2003 con todas las instituciones de salud ubicadas en el Valle de Aburra, evaluando los programas de CPN en población adolescente entre los 10 y 20 años de edad, encontrando que no existen programas de CPN que cumpla con los estándares en la región y cuyas principales falencias fueron el no contar con un equipo interdisciplinario, con apoyo intersectorial e interinstitucional, ausencia de procesos de educación, para la pareja y familia y de intervenciones definidas en factores de riesgo y posparto, con una atención igual a la población gestante adulta.

También existen estudios donde no solo se evalúa internamente el proceso de CPN sino también los factores externos que influyen en la calidad del mismo. Como ejemplo tenemos a Ospina y colaboradores quienes realizan un estudio de investigación en el municipio de Apartado (Antioquia) entre el 15 de Noviembre y

el 15 de Diciembre de 2007 evaluando el CPN en la ESE hospital Antonio Roldan Betancur, donde estudiaron aspectos como la estructura y ambiente organizacional, hasta la percepción de los usuarios y médicos frente al CPN. Los hallazgos más relevantes fueron que el 60% de los profesionales utilizan la GPC de CPN ajustada a la Resolución 412/2000 y el 40% restantes usan consensos formales apoyados en conocimientos científicos publicados por otras instituciones. Finalmente concluyen que el proceso de CPN a partir del registro de historias clínicas y encuestas a usuarias y profesionales se ubica en el rango aceptable de calidad.

Evaluando la adherencia a GPC de CPN por parte del personal de enfermería, en la ciudad de Manizales se realizó un estudio descriptivo en el 2007, donde se pretendía evaluar la calidad del CPN en este grupo de profesionales, se tomaron 120 historias clínicas y encontraron que existía un alto nivel de adherencia con respecto a la consignación de criterios basados en la Resolución 413 como peso, talla, edad gestacional, frecuencia cardiaca fetal y materna,, altura uterina, suplementos y remisión al siguiente control; de otra parte detectaron un bajo nivel de adherencia en criterios como remisión al curso de preparación para el parto, ecografía de la semana 19 a 24 y análisis de paraclínicos.

Con respecto a estudios realizados a nivel internacional, en la ciudad de México entre diciembre de 2002 a febrero de 2003 se efectuó un estudio retrospectivo transversal en 150 historias clínicas diligenciadas por un grupo de médicos familiares; se concluyó que existía una calidad inadecuada del CPN con variable de bajo cumplimiento entre las que cabe resaltar prescripción del toxoide tetánico en solo el 19% de las historias clínicas, VDRL y hemoclasificación en el 24%, química sanguínea en el 31%, hemograma completo en el 32% y formulación de micronutrientes como el ácido fólico solo en el 30%.

Finalmente el grupo Nacer concluye con respecto a la calidad del CPN que existe dificultad en la implementación de GPC de atención prenatal en las instituciones de salud, para lo cual hay que iniciar acciones de mejoramiento que contrarresten este problema; concordancia con la revista colombiana de obstetricia y ginecología aporta que a pesar de la cantidad de modelos de CPN, estos aún no han sido evaluados con austeridad científica y los estudios que se les ha realizado revelan que estos modelos son deficientes.

## **9. METODOLOGÍA**

### **9.1 TIPO DE ESTUDIO**

Desde la perspectiva epidemiológica se realizará un estudio descriptivo retrospectivo.

### **9.2 POBLACIÓN Y MUESTRA**

Nuestra población esta constituidas por todas las gestantes que asistieron a control prenatal en VIDACOOIP IPS. Desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del 2012, se obtuvo un tamaño de muestra de 135 historias clínicas.

### **9.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Pacientes gestantes que asistan a la IPS VIDACOOIP a consulta médica general por patologías no asociadas con el embarazo

Pacientes que desde el 1 de enero del 2012 ya tenían más de 38 semanas de gestación

Pacientes que no tiene adherencia al CPN

### **9.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Pacientes con edad gestacional desde la semana 4 hasta la semana 38 de gestación

Pacientes gestantes que asistan a la IPS VIDACOOIP a realizar CPN.

Pacientes gestantes que asistan a cita médica de revisión de exámenes generados durante su CPN

### **9.5 FUENTE DE INFORMACIÓN**

La fuente de información fueron las historias clínicas electrónicas de la población objeto de estudio.

### **9.6 UNIDAD DE ANÁLISIS**

La unidad de análisis de esta investigación está constituida por las gestantes que asistieron a control prenatal durante el 1 de enero al 31 de diciembre.

## 9.7 OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION	CODIFICACION
EDAD	Es el periodo de tiempo en años de un individuo desde su nacimiento	CUANTITATIVO	RAZÓN	No aplica
EDAD GESTACIONAL	Edad de un feto o recién nacido expresado en semanas, tomando a partir de la fecha de la última menstruación o primera ecografía obstétrica	CUANTITATIVO	RAZON	No aplica
RIESGO OBSTETRICO	Estado de vulnerabilidad de la gestante frente a una enfermedad en particular o por antecedentes ginecológicos, sociales y personales	CUALITATIVO	NOMINAL	ARO BRO
ANTITETANICA VIGENTE	Es la aplicación de la vacuna de Toxoide Tetánico (TD) en un periodo menor de 5 años	CUALITATIVO	NOMINAL	SI NO
RH NEGATIVO	Son aquellos pacientes que no poseen el anticuerpo Rh en sangre	UALITATIVO	NOMINAL	SI NO
FORMULACIONDE SUPLEMENTO	Es la prescripción por parte del personal médico o enfermería de suplementos nutricionales como ácido fólico, hierro y carbonato de calcio durante el CPN a la paciente	CUALITATIVO	NOMINAL	Ácido fólico Sulfato ferroso Carbonato de calcio



NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION	CODIFICACION
PARACLINICOS ORDENADOS	Son el paquete de exámenes de ayuda diagnostica que se encuentran incluidos en el programa de control prenatal y que están definidos en la GPC.	cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Hemograma completo</li> <li>*VDRL</li> <li>*Anticuerpos contra VIH</li> <li>*Antígeno de superficie para hepatitis B</li> <li>*Glucosa en ayunas</li> <li>*Parcial de orina</li> <li>*Urocultivo</li> <li>*Test de o'sullivan</li> <li>*Citología</li> <li>*Frotis vaginal</li> <li>*Hemoclasificacion</li> <li>*Toxoplasma ig M</li> <li>*Coombs indirecto</li> </ul>
ECOGRAFIA OBSTETRICA	Es el ultrasonido que se realiza durante el periodo de gestación para determinar edad gestacional y otras características fetales.	cualitativo	nominal	Si No
REMISION ORDENADA	Es el direccionamiento de una paciente por parte del profesional responsable del manejo de la misma a un nivel de atención mayor o a un servicio que lo requiera de acuerdo con las necesidades del usuario	cualitativo	nominal	Obstetricia Odontología Nutrición Psicología

## **9.8 RECOLECCIÓN Y REGISTRO DE DATOS**

Los datos fueron obtenidos por medio de las historias clínicas electrónicas de control prenatal registrados en el SOFTWARE institucional E-SALUD.

## **9.9 TABULACIÓN DE DATOS**

La tabulación de datos se realizó utilizando el paquete estadístico de EPI – INFO versión 6.04.y MICROSOFT EXCEL 2010.

## **9.10 PLAN DE ANÁLISIS**

Los resultados fueron analizados con distribuciones de frecuencia, se usaron medidas de tendencia central (media, mediana y moda) medidas de dispersión (desviación estándar), en las variables cuantitativas.

## **9.11 PRESENTACIÓN DE LOS DATOS**

Los datos obtenidos serán presentados mediante tablas y gráficas, teniendo en cuenta la naturaleza de las variables que se manejan en la investigación.

## **10. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS**

### **10.1 ASPECTOS ÉTICOS**

La población objeto de estudio con el que se llevó a cabo esta investigación fue previamente informada a cerca del destino que tendrían los datos obtenidos con relación al tema planteado, contando además con su consentimiento expreso bajo el imperio de su voluntad y con plena reserva de su identidad a fin de evitar consecuencias que incidan negativamente en su bienestar físico, psicológico o social. A demás de lo previamente mencionado los datos que se obtuvieron de las pacientes son reserva de los investigadores y del sector de la salud y demás información que manifieste la paciente.

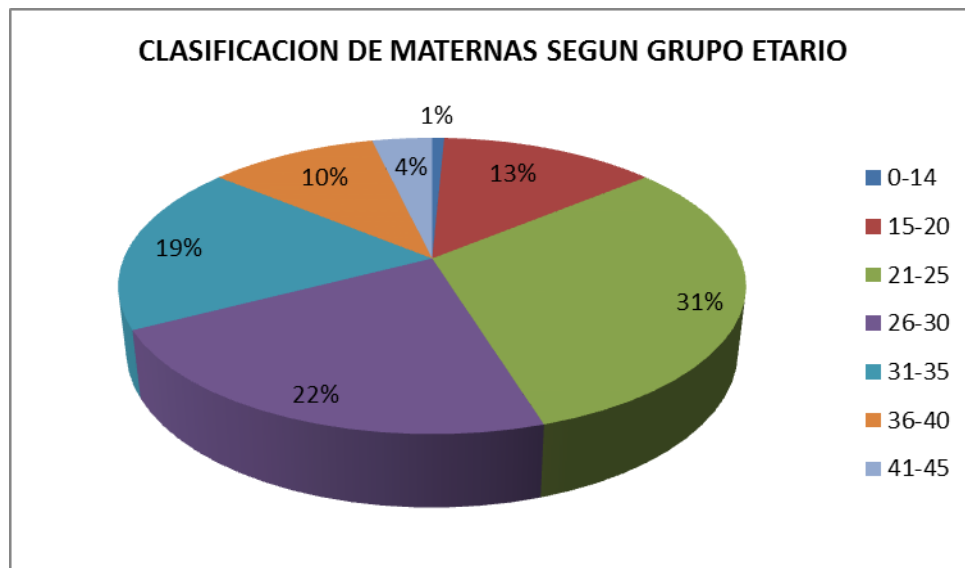
Todo esto con el fin de cumplir con la compromiso de estudiar, analizar y efectuar deberes éticos relacionados con la investigación en general y en particular la investigación que involucra seres humanos; por otro lado el Proyecto de la presente investigación será sometida al estudio, concepto y aprobación sobre el cumplimiento de los aspectos éticos pertinentes por el área de formación investigativa de la Universidad De la Costa –CUC-.

# 11. RESULTADOS

**TABLA No.1** Clasificación de las gestantes de acuerdo al grupo etario de las gestantes que asistieron a control prenatal en VIDACCOOP IPS, durante el periodo de enero 2012-diciembre 2012

EDAD EN AÑOS	CANTIDAD
0-14	1
15-20	18
21-25	42
26-30	30
31-35	25
36-40	14
41-45	5
<b>TOTAL</b>	<b>135</b>

**GRAFICO No. 1**

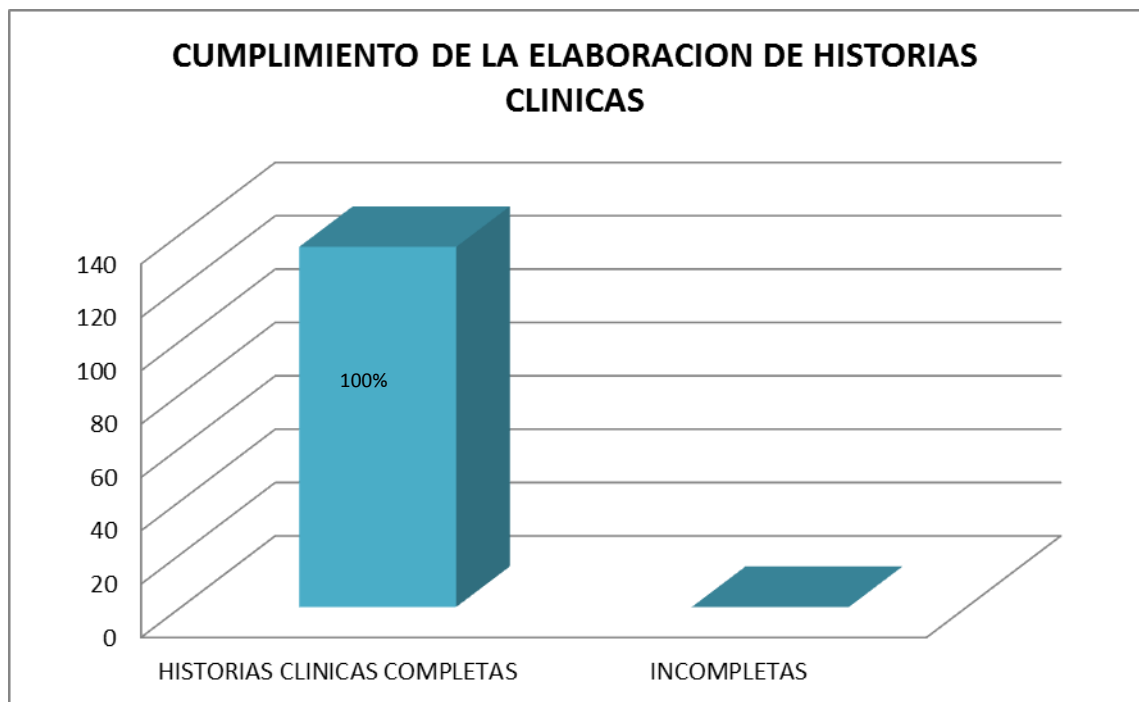


Dentro de la clasificación por grupo etario encontramos que la mayoría de las gestantes estaban en el rango de 21-25 años con un 31%, seguido de 26-30 años con un 22% y el grupo con menor edad fue el de 14 años con un 1%.

**TABLA No.2** cumplimiento en la elaboración de historia clínica de las gestantes que asistieron a control prenatal en VIDACOOIP IPS, durante el periodo de enero 2012-diciembre 2012.

ELABORACION DE HISTORIA CLINICA	TOTAL
HISTORIAS CLINICAS COMPLETAS	135
INCOMPLETAS	0

**GRAFICO No. 2**

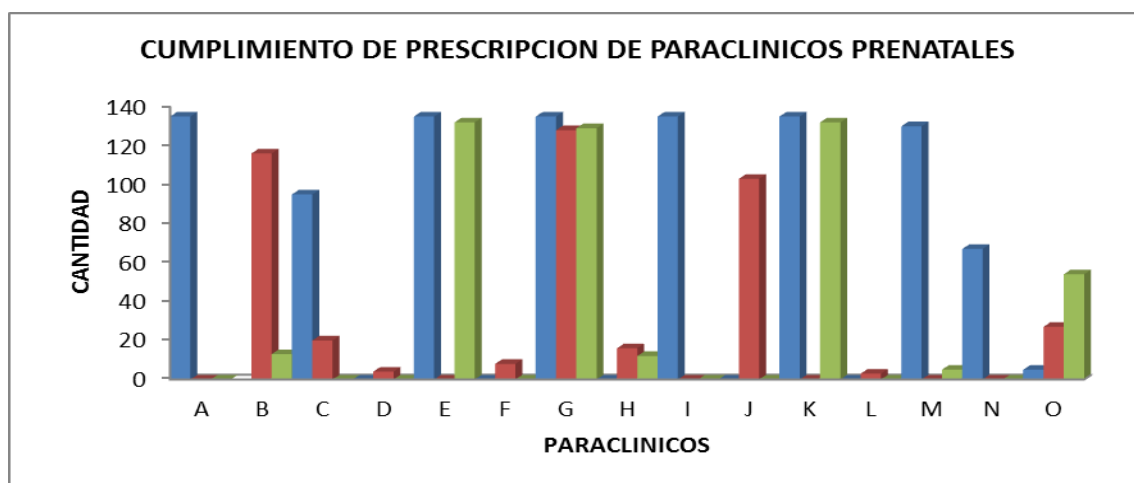


Con respecto a la elaboración de las historias clínicas, estas se realizaron completas en un 100% de las gestantes.

**TABLA No.3** cumplimiento oportuno en el ordenamiento y realización de los exámenes para clínicos prenatales de las gestantes que asistieron a control prenatal en VIDACOOIP IPS, durante el periodo de enero 2012-diciembre 2012

PARACLINICOS	COD	CONS 1ER VEZ	2DO TRIM	3ER TRIM
HEMOGRAMA COMPLETO	A	135	100%	0
HB Y HTO CONTROL	B	0	0	116
HEMOCLASIFICACION	C	95	70%	20
COOMBS INDIRECTO	D	0	0	4
VDRL	E	135	100%	0
FTABS	F	0	0	8
UROANALISIS	G	135	100%	128
UROCULTIVO-ANTIBIOGRAMA	H	0	0	16
GLICEMIA EN AYUNAS	I	135	100%	0
TEST DE O'SULLIVAN	J	0	0	103
VIH- ELISA	K	135	100%	0
WESTERN BLOOD	L	0	0	3
HBS Ags	M	130	96%	0
CITOLOGIA	N	67	49%	0
FROTIS VAGINAL	O	5	4%	27
<b>TOTAL</b>		<b>972</b>		<b>425</b>

**GRAFICO No. 3**

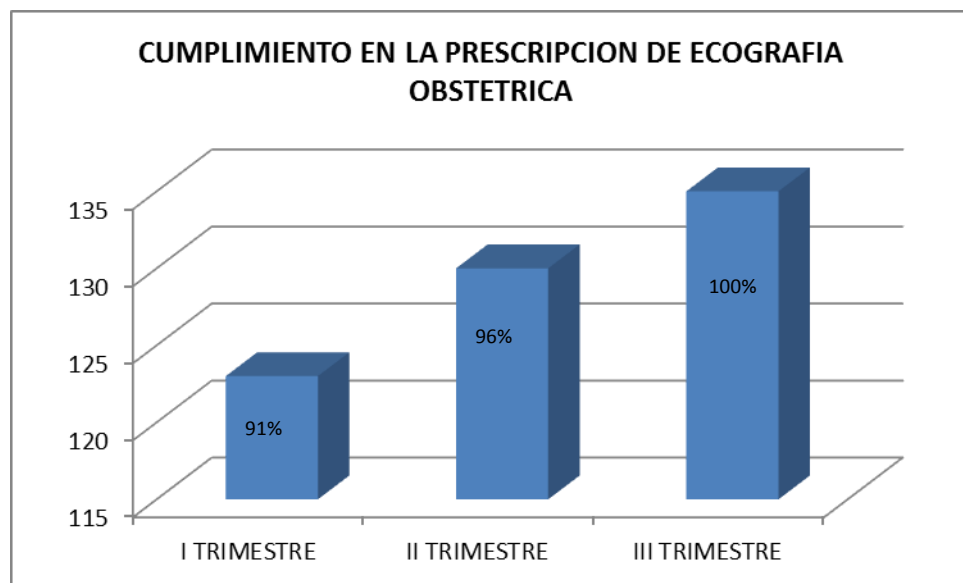


FUENTE: TABLA 3

**TABLA No. 4** cumplimiento oportuno en el ordenamiento y realización de la ecografía obstétrica de las gestantes que asistieron a control prenatal en VIDACOOIP IPS, durante el periodo de enero 2012-diciembre 2012.

ECOGRAFIA	TOTAL
I TRIMESTRE	123
II TRIMESTRE	130
III TRIMESTRE	135

**GRAFICO No. 4**



FUENTE: TABLA No.4

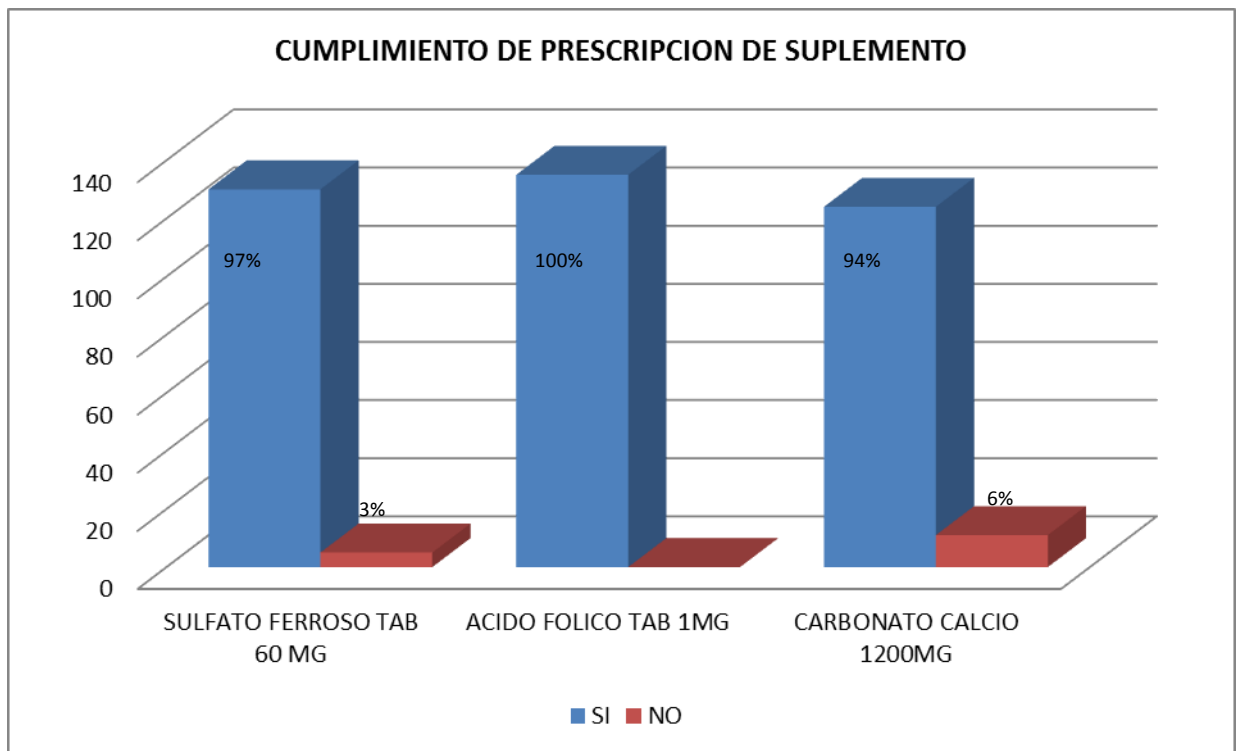
Con respecto a la prescripción de la ecografía obstétrica encontramos que durante el primer semestre se le ordenaron al 91% de las gestantes, durante el segundo trimestre se le ordenaron ecografías el 96% de las pacientes y en el tercer trimestre se le ordenaron al 100% de las gestantes.



**TABLA No. 5** cumplimiento de la prescripción oportuna de los suplementos multivitamínicos de las gestantes que asistieron a control prenatal en VIDACOOIP IPS, durante el periodo de enero 2012-diciembre 2012.

SUPLEMENTO	SI	NO
SULFATO FERROSO TAB 60 MG	130	5
ACIDO FOLICO TAB 1MG	135	0
CARBONATO CALCIO 1200MG	124	11

**GRAFICO No. 5**



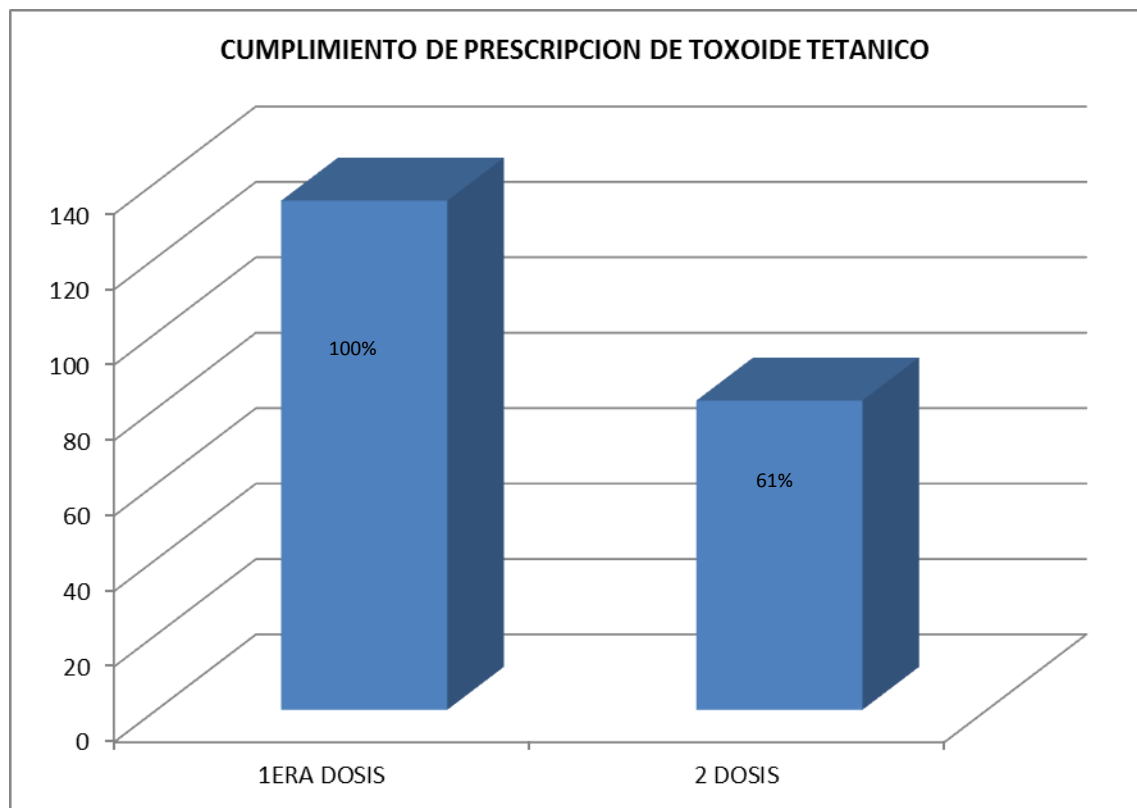
FUENTE: TABLA No.5

Con respecto a la prescripción de los suplementos nutricionales, encontramos que el sulfato ferroso fue prescrito al 97% de las gestantes, el ácido fólico al 100% y el carbonato de calcio al 94% de las gestantes.

**TABLA No. 6** cumplimiento del ordenamiento oportuno de toxoide tetánico de las gestantes que asistieron a control prenatal en VIDACCOOP IPS, durante el periodo de enero 2012-diciembre 2012.

VACUNACION	1 ERA DOSIS	2 DOSIS
TOXOIDE TETANICO	135	82

**GRAFICO No. 6**



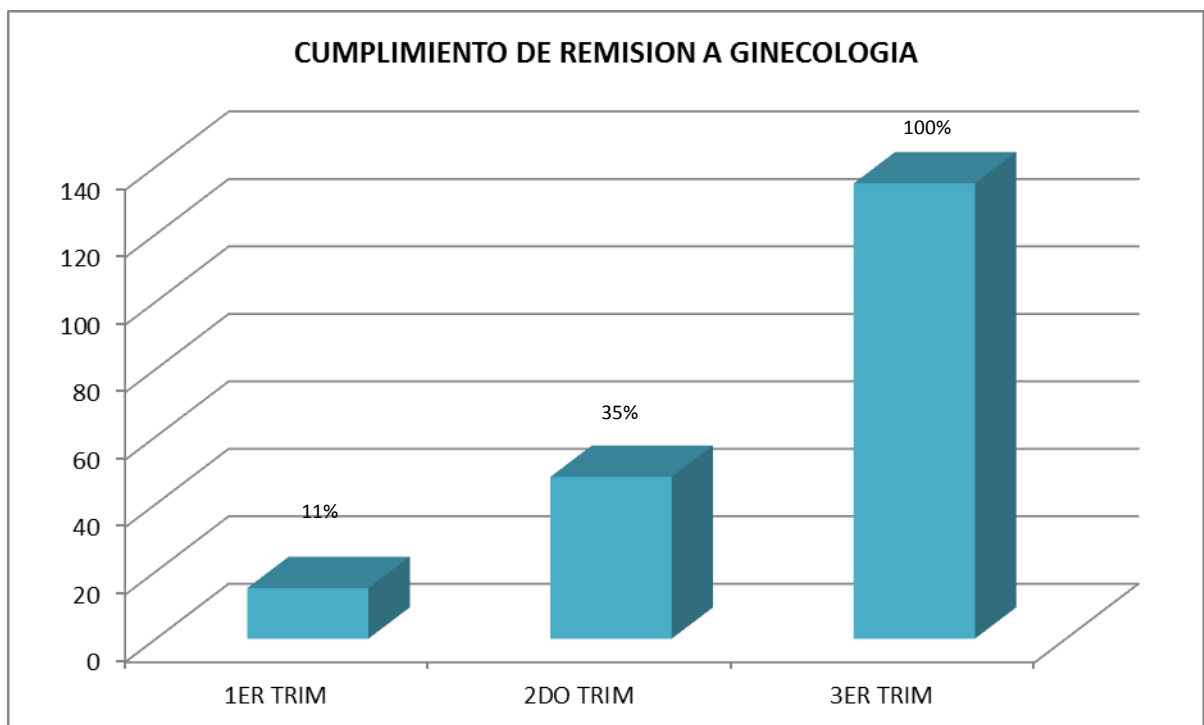
FUENTE: TABLA No 6

Con respecto a la prescripción de la vacuna de toxoide tetánico, encontramos que la primera dosis fue ordenada en un 100% de las gestantes, y la segunda dosis fue ordenada al 61% de la totalidad de las gestantes.

**TABLA No.7** cumplimiento de la remisión oportuna de especialista en ginecología de las gestantes que asistieron a control prenatal en VIDACOOIP IPS, durante el periodo de enero 2012-diciembre 2012.

REMISION	1ER TRIM	2DO TRIM	3ER TRIM
VALORACION GINECOLOGIA	15	48	135

**GRAFICO No. 7**



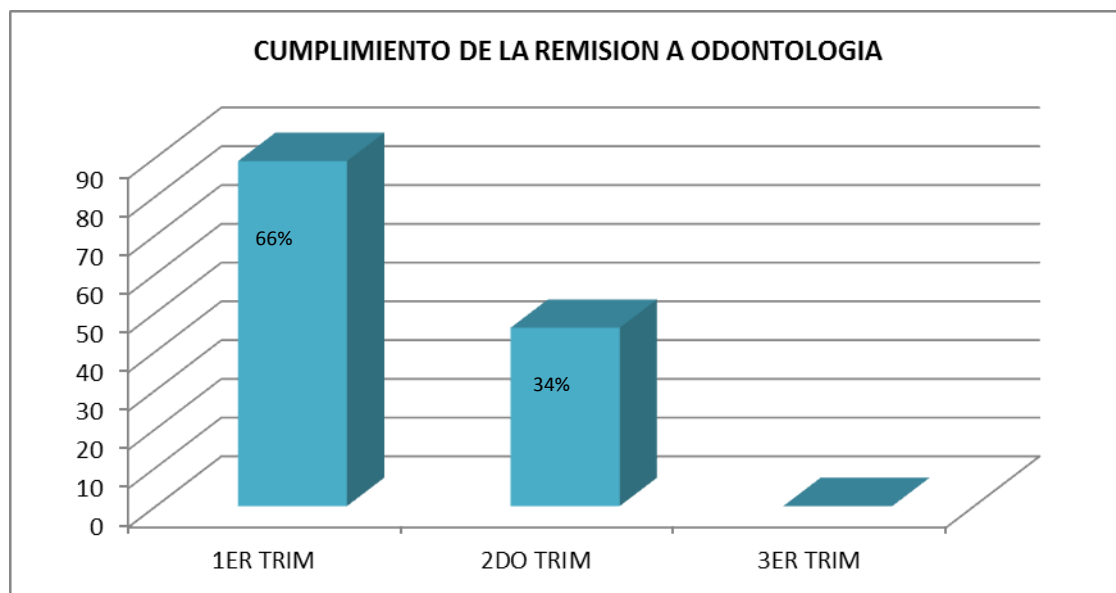
FUENTE: TABLA No.7

Con respecto al cumplimiento de la remisión a ginecología, encontramos que en el primer trimestre fueron remitidas un 11% de las gestantes, durante el segundo trimestre fueron remitidas el 35% de las gestantes, y en el tercer trimestre se remitieron a ginecología el 100% de las gestantes.

**TABLA No.8** cumplimiento oportuno de la remisión a consulta odontológica de las gestantes que asistieron a control prenatal en VIDACOOIP IPS, durante el periodo de enero 2012-diciembre 2012.

REMISION	1ER TRIM	2DO TRIM	3ER TRIM
VALORACION ODONTOLOGIA	89	46	0

**GRAFICO No. 8**



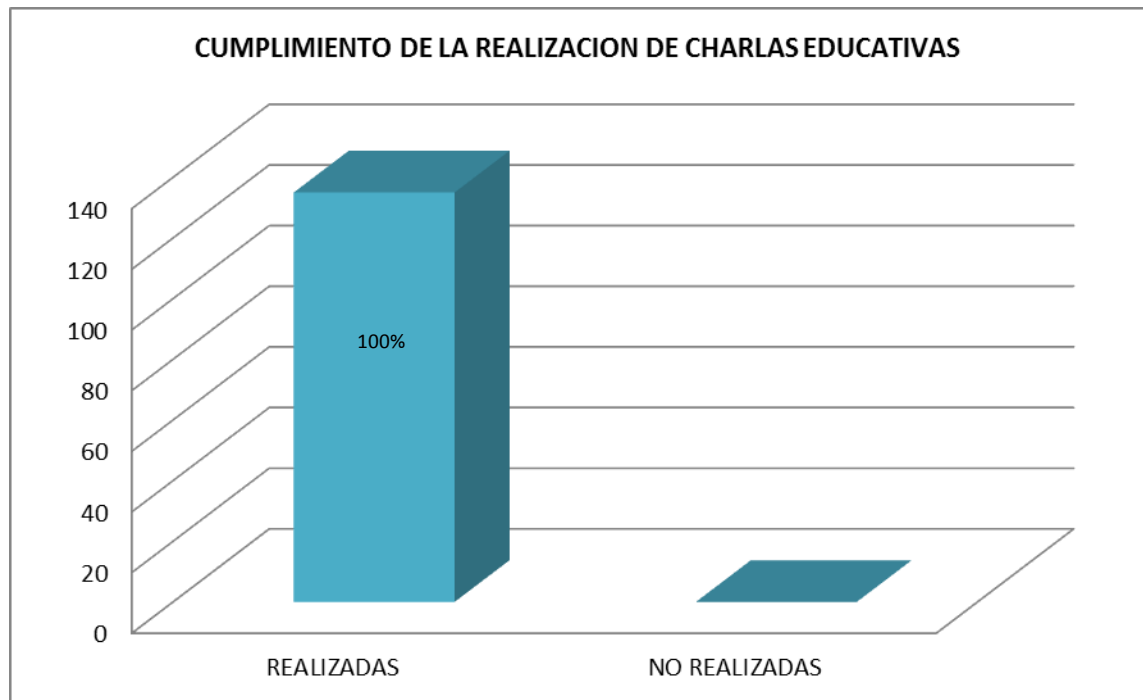
FUENTE: TABLA No.8

Con respecto al cumplimiento de la remisión a odontología, encontramos que durante el primer trimestre fueron remitidas el 66% de las gestantes, y durante el segundo trimestre fueron remitidas el 34% de las gestantes.

**TABLA No. 9** cumplimiento de charlas educativas y recomendaciones a las gestantes de las gestantes que asistieron a control prenatal en VIDACOOIP IPS, durante el periodo de enero 2012-diciembre 2012.

CHARLAS EDUCATIVAS	TOTAL
REALIZADAS	135
NO REALIZADAS	0

**GRAFICO No.9**



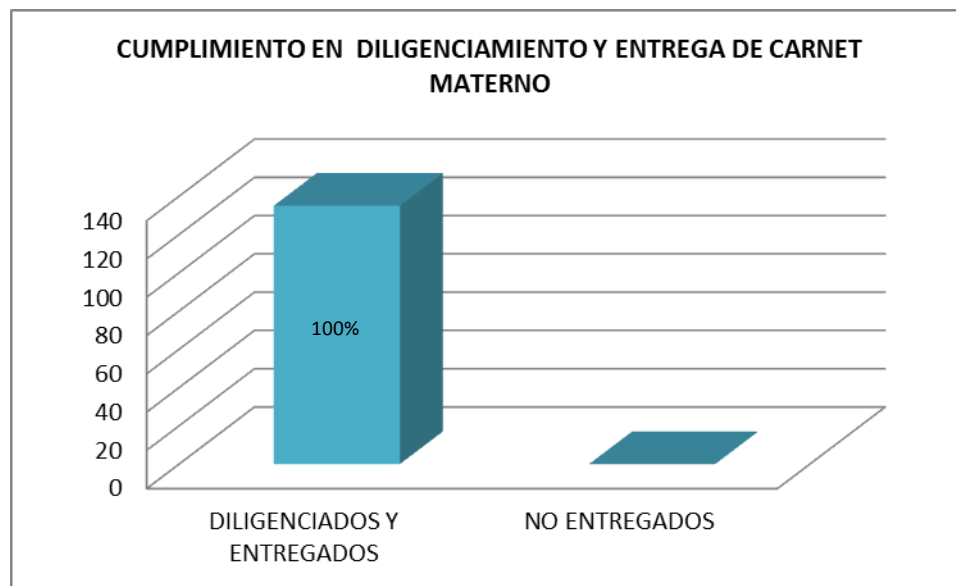
FUENTE: TABLA No.9

En cuanto a la realización de las charlas educativas, encontramos que fueron realizadas el 100% de las gestantes

**TABLA No.10** cumplimiento en el diligenciamiento y entrega de carnet materno de las gestantes que asistieron a control prenatal en VIDACOOIP IPS, durante el periodo de enero 2012-diciembre 2012.

CARNET MATERNO	TOTAL
DILIGENCIADOS Y ENTREGADOS	135
NO ENTREGADOS	0

**GRAFICO No.10**



FUENTE: TABLA No.10

Con respecto al cumplimiento en el diligenciamiento y entrega de carnet materno, encontramos que estos fueron cumplidos en el 100% de las gestantes.

## 12. CONCLUSIONES

El grupo etario es amplio, teniendo un grupo considerable de alto riesgo obstétrico por ser menores de edad, donde se destaca una gestante de 14 años, y un grupo de alto riesgo por ser mayores de 40 años.

Las historias clínicas fueron realizadas por completo en el total de las gestantes, ya que por ser diligenciadas electrónicamente, este software no permite cerrar historia clínica hasta que esta no esté completamente diligenciada.

Los laboratorios clínicos prenatales fueron prescritos casi en su totalidad durante la primera consulta, en algunas gestantes no se ordenaron ya que se habían realizado por su cuenta antes de la consulta y fueron transcritos por el médico en la historia clínica. Algunos laboratorios especiales como WESTERN BLOOD fueron ordenados para confirmar el resultado del ELISA que fueron positivos en algunas gestantes, al igual que la realización del COOMBS INDIRECTO en las pacientes con RH NEGATIVO

Las ecografías se prescribieron casi en su totalidad de acuerdo a los trimestres gestaciones a excepción de las gestantes que se realizaron ecografías por voluntad propia antes de la consulta y cuyos resultados fueron vistos por el médico y transcritos en la historia clínica.

Los suplementos vitamínicos fueron prescritos casi en la totalidad de las gestantes, excepto en aquellas que manifestaron intolerancias al sulfato ferroso y al carbonato de calcio, y que esas manifestaciones fueron transcritas por el médico en la historia clínica.

La primera dosis del toxoide tetánico fue prescrita en la totalidad de las gestantes y la segunda dosis solo en aquellas que no habían recibido anteriormente inmunización durante los 5 años anteriores, lo cual que registrado en el carnet de vacunación.

La remisión a ginecología fue prescrita durante el primer trimestre al 11% de las gestantes ya que fueron consideradas de ARO por la edad, por ser VIH positivas, riesgo de isoinmunización u otras razones clínicas. Durante el segundo trimestre fueron remitidas por presentar alteraciones el test de O'Sullivan o infecciones reincidentes, y durante el tercer trimestre fueron remitidas por la exigencia de la resolución 412 en la norma técnica de detección de las alteraciones del embarazo.

La valoración por odontología fueron realizadas en su mayoría durante el primer trimestre, durante el segundo trimestre fueron valoradas por odontología a causa de que ingresaron a control prenatal durante este periodo o por causas personales inherentes a la paciente.

Las charlas educativas fueron realizadas a la totalidad de las gestantes, de forma individual durante la consulta lo cual está escrito en las historias clínicas, y en forma grupal durante las charlas realizadas por enfermería trimestralmente de los cuales hay registros en actas y fotografías.

Los carnets maternos fueron entregadas a la totalidad de las gestantes ya que es un requisito exigido en el control por médico y enfermería, donde en cada consulta queda registrada los cambios durante la gestación y lo ordenado por el personal de salud.



### **13. RECOMENDACIONES**

La no adherencia de los criterios estudiados anteriormente, es debida a la no aplicación directa de la GPC DE CPN por parte de los profesionales de salud de VIDACCOP IPS Barranquilla, por lo cual se debe implementar un programa de evaluación de historias clínicas en cuanto a la calidad y adherencias a las guías de práctica clínica, desarrollado a través de un instrumento de evaluación que contenga los criterios de estructura , calidad y pertinencia de las historias clínicas, así como, los relacionados a la GPC, de tal forma que se haga un análisis integral de la historia clínica, el cual debe ser periódico y sistemático, para que los resultados se retroalimenten a cada personal, se inicien acciones correctivas y estos sean capacitados sobre los riesgos en cuanto a complicaciones en los pacientes que la no adherencia a la GPC puede generar, para que finalmente se garantice el mejoramiento continuo del proceso de atención a los usuarios.

## 14. LISTA DE ABREVIATURAS

ASBOG: Asociación Bogotana De Obstetricia Y Ginecología

ARO: Alto Riesgo Obstétrico

BRO: Bajo Riesgo Obstétrico

CLAP: Centro Latinoamericano De Perinatología

CPN: Control Prenatal

ECO: Ecografía

EPS: Entidad Promotora De Salud

IPS: Institución Prestadora De Servicios De Salud

GPC: Guía De Práctica Clínica

MBE: Medicina Basada En La Evidencia

MPS: Ministerio De Protección Social

OMS: Organización Mundial De La Salud

PAMEC: Programa De Auditoria Para El Mejoramiento De La Calidad En Salud

POS: Plan Obligatorio De Salud

PYP: Promoción Y Prevención

SIP: Sistema De Información Perinatal

SMR: Salud De La Mujer Y Reproductiva

SOGC: Sistema Obligatorio De Garantía De La Calidad En Salud

VDRL: Serología Para Sífilis

VIH: Virus De Inmunodeficiencia Humana

## 15. BIBLIOGRAFÍA

VIDACOOOP IPS disponible en <http://www.vidacoop.com>

VIDACOOOP IPS. Sistema de información perinatal 1ª edición 2011. Barranquilla

Ministerio de Protección Social. Resolución 412 de 2000

WorldHealth Organización. Los riesgos del embarazo, consultado 2013. Disponible en: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/maternal/en/index.html](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/en/index.html)

Jubiz A, Fuentes J. atención prenatal. En Botero J. Obstetricia y Ginecología. 7ª ed. Bogotá: CIB; 2004.p. 108-117

Cáceres F. El control prenatal: una reflexión urgente. Revista colombiana de obstetricia y ginecología. 2009 May 21;p. 165-170

Nacer. Departamento de obstetricia y ginecología de la universidad de Antioquia. Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo (consultado marzo 2013) disponible en <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias03.pdf>

Ministerio de protección social. Observatorio de la calidad de la atención en salud. Guías de práctica clínica (consultado 2013) disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Calidad-de-atencion-en-salud.aspx>

República de Colombia, Decreto 1011/06. "Por el cual se define el Sistema Obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Organización mundial de la salud. Biblioteca de salud reproductiva. disponible en [http://apps.who.int/rhl/pregnancy\\_childbirth/antenatal\\_care/es/](http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/antenatal_care/es/)

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

República de Colombia: Ministerio de protección social. Claudia L.B.Ch, Miriam C:B. Plan de choque para la reducción de mortalidad materna Bogotá DC 2004.

República de Argentina. Ministerio de Salud de la Nación .Schwarcz. R et al. El cuidado prenatal. Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal.