



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

Cárdenas Corredor, IC; Barrera Manrique YA. Actividades de seguimiento y control de la gestante realizadas por el profesional de enfermería en los puestos de salud: El Carmen, El Libertador y San Antonio según los lineamientos de la resolución 0412 del 2000. Biblioteca Lascasas, 2007; 3 (1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0195.php>

ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA GESTANTE REALIZADAS POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LOS PUESTOS DE SALUD: EL CARMEN, EL LIBERTADOR Y SAN ANTONIO SEGÚN LOS LINEAMIENTOS DE LA RESOLUCIÓN 0412 DEL 2000

INGRID CATHERINE CARDENAS CORREDOR
COD. 1107955

YOLIMA ANDREA BARRERA MANRIQUE
COD. 1108643

UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLOGICA DE COLOMBIA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
TUNJA
2006

**ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA GESTANTE REALIZADAS POR EL
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LOS PUESTOS DE SALUD: EL CARMEN, EL
LIBERTADOR Y SAN ANTONIO SEGÚN LOS LINEAMIENTOS DE LA RESOLUCIÓN 0412 DEL
2000**

**INGRID CATHERINE CARDENAS CORREDOR
COD. 1107955**

**YOLIMA ANDREA BARRERA MANRIQUE
COD. 1108643**

**Proyecto de Grado para optar el Título de :
ENFERMERA**

**Directora
Enf. Eugenia Barajas Sepúlveda**

**UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLOGICA DE COLOMBIA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
TUNJA
2006**

RESUMEN

El control prenatal es un instrumento que permite el seguimiento y desarrollo de la gestación, con el fin de detectar oportunamente las complicaciones que puedan suceder en el transcurso del embarazo. Es así que el profesional de Enfermería desempeña un papel primordial, puesto que la información básica de la materna y la evaluación de sus ideas, sentimientos y cambios biológicos, permiten la planificación adecuada en la atención y el desarrollo de su quehacer con idoneidad.

Partiendo de lo mencionado, para la realización del presente estudio se tomó a la E.S.E. Santiago de Tunja como población objeto, la cual atiende a las gestantes que se encuentran en mayor proporción en los puestos de salud: El Carmen, El Libertador y San Antonio.

Con el fin de resolver éste planteamiento se diseñó y ejecutó una investigación cuantitativa descriptiva, orientada a conocer las actividades que realiza el profesional de Enfermería en el control prenatal según el trimestre de gestación, así como los recursos existentes en los puestos de salud para su realización.

Para lograr lo anterior se elaboró una matriz que permitió conocer el registro realizado de cada uno de los aspectos que contempla la Norma técnica de detección temprana de alteraciones en el embarazo, con lo cual se logró identificar fortalezas y debilidades en cuanto al registro de éstos. Posteriormente se realizó un análisis general de los datos obtenidos en los tres puestos de salud, al igual que se particularizó el registro de cada uno de los aspectos según el puesto de salud y el trimestre de gestación.

A su mismo se aplicó una encuesta dirigida a las Enfermeras que laboran en los tres puestos de salud, con el fin de detectar los recursos existentes para la realización del control prenatal. Se analizaron éstos recursos en cuanto a disponibilidad, estado y mantenimiento.

Teniendo en cuenta que las fortalezas y debilidades están presentes en la prestación de un servicio de salud, es necesario que en los procesos de mejoramiento se lleven a cabo medidas correctivas y de fortalecimiento que busquen garantizar la satisfacción de necesidades de las usuarias (gestantes), al momento de ser atendidas por el profesional de Enfermería.

Con base en las fortalezas y debilidades encontradas, se diseñaron estrategias orientadas a mejorar los registros de las actividades que se realizan, a la educación continua del profesional de Enfermería y al mantenimiento de los

equipos disponibles, así mismo las actividades a cumplir y sus respectivos indicadores de evaluación .

Palabras claves: Norma y guías de atención en salud, control prenatal, gestantes, detección temprana de alteraciones en la gestación, embarazo.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	7
1.	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	11
3. JUSTIFICACIÓN	13
4. OBJETIVOS	16
4.1 GENERAL	16
4.2 ESPECIFICOS	16
5. MARCOS DE REFERENCIA	17
5.1 MARCO TEÓRICO	17
5.1.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD	17
5.1.2 PROMOCIÓN DE LA SALUD PRENATAL	18
5.1.2.1 FACTORES DE RIESGO DE LA GESTANTE	18
5.1.2.2 FACTORES PROTECTORES DE LA GESTANTE	20
5.1.2.3 NORMA TÉCNICA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES EN EL EMBARAZO	20
5.1.3 MEJORAMIENTO CONTINUO	22
5.2 MARCO INSTITUCIONAL	23
5.3 MARCO LEGAL	25
6. DISEÑO METODOLÓGICO	27
6.1 TIPO DE ESTUDIO	27
6.2 POBLACIÓN	27
6.3 MUESTRA	27
6.4 TIPO DE MUESTREO	28
6.5 UNIDAD DE ANÁLISIS	28

6.6	FUENTES DE INFORMACIÓN	28
6.7	OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE	30
6.8	INSTRUMENTOS	31
6.9	PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN	31
6.10	ETICA DE LA INVESTIGACIÓN	31
7.	ANÁLISIS DE RESULTADOS	33
8.	DESCRIPCIÓN DE LOS RECURSOS	50
9.	FORTALEZAS Y DEBILIDADES EN LA ATENCIÓN DEL CONTROL PRENATAL A LAS GESTANTES	51
10.	ESTRATEGIAS DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA ATENCIÓN A LAS GESTANTES	54
11.	CONCLUSIONES	56
12.	RECOMENDACIONES	57
	BIBLIOGRAFÍA	58
	ANEXOS	60

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A Matriz para condensar la información de los controles prenatales de las gestantes (primer trimestre de gestación)	60
Anexo B Matriz para condensar la información de los controles prenatales de las gestantes (segundo trimestre de gestación)	61
Anexo C Matriz para condensar la información de los controles prenatales de las gestantes (tercer trimestre de gestación)	62
Anexo D Encuesta dirigida a las Enfermeras de la E.S.E. Santiago de Tunja.	63

INTRODUCCIÓN

El control prenatal es el conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer gestante con el objetivo de lograr el mantenimiento de su salud, hacer el seguimiento del desarrollo normal del bebe para la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones. Ahí radica la importancia del profesional de Enfermería, puesto que tiene la responsabilidad de realizar un seguimiento oportuno con el fin de planear los cuidados de acuerdo a las condiciones particulares de cada materna de manera que se garantice la atención individualizada de la mujer embarazada.

Partiendo de esta función se tomó como actividad principal el registro de la ejecución del control prenatal, de cada uno de los aspectos que contempla la Norma técnica de detección temprana de alteraciones en el embarazo en las historias clínicas de las gestantes que asistieron durante el año 2005 a los puestos de salud El Carmen, El Libertador y San Antonio.

La selección de los sitios fué motivada por ser éstos los que mayor demanda de gestantes tienen y por consiguiente en los que se realiza el mayor número de controles prenatales. De igual forma la razón que motivó el desarrollo de éste proyecto fue conocer las actividades que realiza la Enfermera en el control prenatal para así identificar fortalezas y debilidades en la prestación del servicio a las gestantes que permitan proponer estrategias encaminadas a mejorar la calidad de la atención brindada a las maternas en la consulta prenatal.

Es una investigación cuantitativa descriptiva y retrospectiva, que permite describir los aspectos relacionados con las actividades de seguimiento y control de la gestante realizadas por la Enfermera en el año 2005.

La muestra la conformaron 54 historias clínicas que fueron distribuidas según puesto de salud, mediante muestreo por conglomerado, aleatorio simple y sistemático para números aleatorios, tomando como unidad de análisis los registros de los controles prenatales encontrados en las historias clínicas.

Para la recolección de la información se diseñó una matriz que contenía los aspectos del control prenatal contemplados en la Norma, la cual se diligenció con datos que estaban registrados en los controles prenatales durante el transcurso de la gestación y una encuesta dirigida a las profesionales de enfermería, en la cuál se tuvo en cuenta la disponibilidad, estado y mantenimiento de los recursos existentes.

Al respecto se encontró que aunque la Enfermera tiene presente los lineamientos de la Norma técnica de detección temprana de alteraciones en el embarazo al realizar el control prenatal, registra parcialmente las actividades. Además, cuenta con la mayor parte de los elementos necesarios para la realización del control prenatal.

Teniendo en cuenta lo encontrado se identificaron unas fortalezas y debilidades en el registro de las actividades del control prenatal, para lo cual se diseñaron estrategias orientadas a mejorar su registro, a la educación continua de las Enfermeras y a implementar un programa de revisión y mantenimiento de los equipos disponibles en el consultorio; de la misma forma en cada estrategia se proponen las actividades que se deben realizar para la obtención del logro y los indicadores de medición del mismo.

**ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA GESTANTE
REALIZADAS POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LOS PUESTOS
DE SALUD: EL CARMEN, EL LIBERTADOR Y SAN ANTONIO SEGÚN LOS
LINEAMIENTOS DE LA RESOLUCIÓN 0412 DEL 2000**

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Las actividades de seguimiento y control de la gestante realizadas por el profesional de Enfermería en los puestos de salud: El Carmen, El libertador y San Antonio en el año 2005, siguen los lineamientos de la Norma técnica de detección temprana de alteraciones en el embarazo contemplada en la resolución 0412 del año 2000?

2. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

La E.S.E Santiago de Tunja es una entidad pública descentralizada orientada a la prestación de servicios de salud de primer nivel a las personas afiliadas a los regímenes subsidiado y vinculado, cuya misión es “contribuir al mejoramiento continuo de la calidad de vida de los usuarios, mediante la atención integral y personalizada de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, servicios asistenciales, tratamiento y rehabilitación”¹

Esta conformada por el Centro de Salud Número Uno y ocho puestos de salud : Puesto de Salud del Carmen, Puesto de Salud del Centenario, Puesto de Salud de Florencia, Puesto de Salud de la Fuente, Puesto de Salud El Libertador, Puesto de Salud de Los Muiscas, Puesto de Salud del San Antonio, Puesto de Salud de Runta. La prestación de los servicios de salud de la E.S.E. esta a cargo del personal administrativo y asistencial, este último, constituido por Médicos, Odontólogos, Enfermeras, Auxiliares de Enfermería y Promotores de Salud, quienes son asignados al centro y a los puestos de salud para brindar una atención orientada a consulta médica, odontológica y de enfermería ,esta última, enfocada a la realización de actividades de protección específica y detección temprana contenidas en los programas de: atención en planificación familiar a hombres y mujeres, programa ampliado de inmunizaciones, detección temprana de alteraciones de crecimiento y desarrollo en menores de 10 años, detección temprana de alteraciones del joven de 10 a 29 años, detección temprana de alteraciones en el embarazo, detección temprana de alteraciones del adulto mayor de 45 años, detección temprana de alteraciones de la agudeza visual, detección temprana de cáncer de cuello uterino y detección temprana de cáncer de seno.

La Resolución 0412/00 es una herramienta de gran utilidad para los profesionales de la salud, en especial para el ejercicio profesional de Enfermería, ya que al determinar mediante normas y guías de atención las actividades y procedimientos propias de su quehacer, permite orientar la labor profesional hacia unos lineamientos ya establecidos, atender con equidad la población asignada y garantizar una mayor oportunidad y accesibilidad a la prestación del servicio.

Como ya se mencionó uno de los programas que brinda el profesional de Enfermería es el de detección temprana de alteraciones en el embarazo, el cual tiene como actividad principal la realización del control prenatal.

Para el desarrollo de esta investigación es fundamental remitirnos al marco conceptual de la Resolución 0412/00, que define la norma de detección temprana de las alteraciones del embarazo como “La identificación de los riesgos relacionados con el embarazo y planificación del control de los mismos a fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran

¹ Portafolio de servicios E.S.E. Santiago de Tunja

en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo”.² Teniendo como referente esta definición se enmarca el rol del profesional de Enfermería como un pilar esencial en el proceso de gestación, que contribuye al bienestar de la madre e hijo y por consiguiente al de la familia y sociedad.

En la E.S.E. Santiago de Tunja, el personal profesional de Enfermería lo conforman cuatro enfermeras, quienes están encargadas de la prestación de los servicios a la población asistente al centro número uno y a los ocho puestos de salud, el tiempo asignado a cada puesto de salud para la consulta de Enfermería es de 8 horas a la semana. Dialogando con ellas, manifiestan la prioridad que se tiene de brindar atención en los puestos de salud El Carmen, El Libertador y San Antonio, ya que según lo refieren, estos son los sitios de mayor demanda de gestantes y por consiguiente en los que se lleva a cabo el mayor número de controles prenatales, los cuales, aunque son registrados en los RIPS, no son procesados en informes estadísticos y por tanto no se conocen sus cifras exactas.

Con relación a la consulta prenatal que realiza Enfermería en los puestos de salud de la E.S.E., ésta se lleva a cabo una vez por semana, dependiendo de la programación establecida por la empresa. Para la prestación de este servicio la población gestante solicita la cita a la auxiliar de enfermería, según las fechas y horarios establecidos, publicados en cartelera, quien realiza las actividades correspondientes a la preconsulta y remite a las maternas al médico (consulta por primera vez) o a la Enfermera a aquellas clasificadas por el médico como de bajo riesgo para el seguimiento de la gestación hasta el octavo mes.

En cuanto al control prenatal realizado por la Enfermera se dispone de un consultorio, el cual también se utiliza para la realización de otras actividades como controles de crecimiento y desarrollo, vacunación, citologías, asesoría en planificación familiar, entre otras. De igual forma, existen algunos elementos para que el profesional de Enfermería realice las actividades de seguimiento y control de la gestante.

² Ministerio de salud. Resolución 0412.Republica de Colombia.2000.

3. JUSTIFICACION

“Desde el punto de vista histórico las madres y los niños siempre han sido apreciados por la sociedad”³, por cuanto su mortalidad ha poseído y posee un gran impacto social repercutiendo económica y emocionalmente tanto en la familia como en la comunidad.

Las gestantes Colombianas constituyen uno de los grupos poblacionales más vulnerables ya que según lo demuestran los datos estadísticos siguen prevaleciendo altos índices de morbi-mortalidad materna perinatal.

En Colombia según lo demuestran los análisis realizados por el Ministerio de la Protección Social 2003 “se estima que el patrón de mortalidad materna es de 104.9 por 100.000 nacidos vivos”⁴ observándose diferencias importantes por departamento. Un ejemplo de esto, son las cifras alarmantes presentes en el departamento de Boyacá, donde en promedio “cada año mueren 16 mujeres a causa de las complicaciones del embarazo y el parto”.⁵

“Al analizar la caracterización de la mortalidad materna en el departamento, se observan dos distintivos: uno, que es el carácter prevenible que tienen la mayor parte de la defunciones ocurridas; y otro, que es el predominio en el grupo poblacional con condiciones sociales de bajo estrato socioeconómico, escasa escolaridad, sin fuente de trabajo y sin acceso cercano a los servicios de salud”⁶

Desde esta perspectiva, y teniendo como precedente que el control prenatal es una herramienta de gran utilidad que permite detectar problemas potenciales en las etapas de la gestación y realizar una intervención oportuna, es fundamental que el profesional de Enfermería oriente las actividades realizadas en el control prenatal hacia la protección de la gestante y su hijo con el fin de reducir la morbi-mortalidad presente en Boyacá.

Para la reducción de la mortalidad materna es necesario que a nivel nacional como departamental se establezcan planes, políticas y programas que realmente logren garantizar el cumplimiento de los derechos de las mujeres

³ FREGIA, Glenda .Enfermería Perinatal, Salud en la reproducción.Editorial Limusa. Volumen I. México.1982. Pág. 80.

⁴ Situación de salud en Colombia: indicadores básicos. Ministerio de la Protección Social. INS.OPS.2003.

⁵ Sistema de Vigilancia en Salud Pública Boyacá. 1999 a 2003.

⁶ Ministerio de la Protección Social, Republica de Colombia. Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna en Boyacá y protocolo de la vigilancia en salud publica de la mortalidad materna y perinatal.2004.Pág. 12.

a la maternidad segura ya que, “a pesar de las políticas establecidas para la resolución de la problemática y pese a la ejecución de planes y proyectos encaminados a su reducción, no se ha logrado obtener resultados significativos”⁷

La reducción de estas cifras se ha convertido en una de las prioridades en salud a nivel nacional como departamental, tanto así que en Boyacá se ha desplegado una estrategia para tal fin, el Plan de Choque, “este plan apunta a reforzar la garantía de los derechos humanos de las mujeres con especial énfasis en sus derechos sexuales y reproductivos y el derecho a la vida. Su propósito general es contribuir de manera eficaz y eficiente a la reducción de algunas de las causas de la mortalidad materna y de los factores de riesgo y en la modificación de algunos de los efectos de las determinantes sociales y culturales asociadas a la mortalidad materna”.⁸

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2000, la cobertura de atención prenatal por Médico o Enfermera es de 87% y la de parto institucional es de 91%. Se ha comprobado que estos indicadores no se correlacionan con las altas tasas de muertes maternas, lo cual podría indicar que existen problemas relacionados con la calidad de la atención ya que si realmente se realizara una consulta prenatal de calidad se lograría reducir notoriamente esta mortalidad.

De la misma forma, al ser los recursos y el tiempo factores intermediarios en la calidad de un proceso, se puede evidenciar una debilidad importante en la realización del control prenatal, relacionada directamente con el poco tiempo que se emplea para su ejecución. Desde este punto, para el profesional tanto de Medicina como de Enfermería la limitante del tiempo puede ser uno de los factores que impide la detección temprana de posibles alteraciones presentes en la gestación.

La importancia de este proyecto radica en la identificación de fortalezas y debilidades en la prestación del servicio a las gestantes por la Enfermera, por cuanto permite proponer estrategias encaminadas a mejorar la calidad de la atención brindada a las maternas en el control prenatal.

Para los estudiantes de Enfermería este trabajo es productivo en la medida en que permite tener un referente de lo que se enseña en la academia con lo que se realiza en el desempeño profesional, de igual forma proporciona una aproximación real de la atención que se brinda a las gestantes en las instituciones prestadoras de servicios de salud (I.P.S).

⁷ . Ministerio de la Protección Social, Republica de Colombia. Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna en Boyacá y protocolo de la vigilancia en salud pública de la mortalidad materna y perinatal.2004.Pág. 25.

⁸ Ibíd.

De otra parte, es importante que como estudiantes de Enfermería se realicen aportes positivos a los sitios de práctica, como lo son los puestos de salud de la E.S.E. Santiago de Tunja, con el propósito de contribuir no solo a la calidad de la atención, sino también, a la consolidación de un aprendizaje integral.

La realización de este proyecto pretende ser para los profesionales de Enfermería y en particular para los de la E.S.E. Santiago de Tunja, una herramienta que a partir de la identificación de fortalezas y debilidades permita proponer estrategias, que contribuyan a mejorar la atención brindada a la gestante en el control prenatal.

4. OBJETIVOS

4.1 GENERAL

- Determinar si las actividades de seguimiento y control de la gestante realizadas por la Enfermera en el control prenatal en los puestos de salud El Carmen, El Libertador y San Antonio de la E.S.E. Santiago de Tunja , durante el año 2005 siguen los lineamientos de la Norma técnica de detección temprana de alteraciones en el embarazo (Resolución 0412/00).

4.2 ESPECIFICOS

- Identificar el riesgo establecido de las gestantes atendidas por la Enfermera en el control prenatal
- Identificar las actividades que la Enfermera realiza en cada control prenatal según el trimestre de gestación.
- Describir los recursos existentes en los puestos de salud para la realización del control prenatal.
- Identificar fortalezas y debilidades en la atención del control prenatal a las gestantes.
- Diseñar estrategias orientadas al mejoramiento continuo de la atención a las gestantes en los controles prenatales realizados por la Enfermera.

5. MARCOS DE REFERENCIA

5.1. MARCO TEÓRICO

5.1.1 Promoción de la salud

La promoción de la salud, es considerada como un concepto holístico positivo que integra todas las características del “bienestar humano”, y que además concilia dos aspectos fundamentales: la satisfacción de “necesidades básicas” y el derecho a otras “aspiraciones” que todo ser humano y grupo desea poseer; es decir, que además de tener donde vivir, qué comer, donde acudir si se está enfermo y contar con trabajo remunerado, también necesita acceder a otros componentes de la salud tales como: los derechos humanos, la paz, la justicia; las opciones de vida digna, la calidad de esta vida; la posibilidad de crear, innovar, de sentir placer; de tener acceso al arte, a la cultura y en fin de llegar a una vejez con capacidad para seguir disfrutando la vida hasta que el ciclo vital se termine.

“No se puede separar este nuevo concepto de salud de la búsqueda de una nueva práctica más comprometida con las necesidades y aspiraciones de la gente y ello es ciertamente, un objetivo central de la promoción de la salud”⁹. Salud ya no es solo disponer de atención frente a la enfermedad, sino que implica muchas otras cosas, por lo tanto, la cobertura y acceso a los servicios de salud no puede ser mas la “meta” de la salud pública. La interrelación de la promoción de la salud con la equidad social está determinada a su vez por el nuevo paradigma de salud, y tiene hoy grandes implicaciones de los procesos de reforma del sistema de salud.

Al ser la promoción de la salud un tema que involucra a la comunidad del mundo entero , se han realizado conferencias internacionales, que proponen estrategias y adoptan conceptos en torno a la salud, así mismo se han plasmado documentos, entre los más recientes la Carta de Ottawa, y la Carta de Bangkok 2005 : “La promoción de la salud en un mundo globalizado”

En esta última, “se establecen las medidas, los compromisos y las promesas necesarias para abordar los factores determinantes de la salud en un mundo globalizado, mediante la promoción de la salud”¹⁰. En esta se afirma que las políticas y alianzas destinadas a empoderar a las comunidades y mejorar la salud y la igualdad en materia de salud, deben ocupar un lugar central en el desarrollo mundial y nacional.

⁹ Traducción tomada del libro de Promoción de la Salud: Una Antología. OPS/OMS Publicación Científica No. 557. 1990. Pág. 6

¹⁰ Carta de Bangkok 2005 . “ La Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado”. Sexta conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Tailandia 2005

La Carta de Bangkok, complementa, los valores, principios y estrategias de acción para el fomento de la salud establecidos en la Carta de Ottawa, así como las recomendaciones de las sucesivas conferencias mundiales sobre promoción de la salud que han sido ratificadas por los Estados miembros en la Asamblea mundial de la salud.

“La promoción de la salud se basa en un derecho humano fundamental y refleja un concepto positivo e incluyente de la salud como factor determinante de la calidad de vida, que abarca el bienestar mental y espiritual”¹¹. Es así que ésta consiste en capacitar a la gente para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y así mejorarla.

5.1.2 Promoción de la salud prenatal

El estado de gestación origina en la mujer no solo cambios corporales y fisiológicos sino también psicológicos que transforman su mundo y la preparan para la llegada de un nuevo ser. Teniendo en cuenta la influencia de la madre en el medio social es necesario que las acciones desplegadas desde la promoción de la salud estén dirigidas a la disminución de la morbi-mortalidad puesto que esta genera en la sociedad un gran impacto no solo a nivel productivo sino una inestabilidad familiar.

Con base en lo anterior el Estado formula políticas de protección a la gestante las cuales están evidenciadas en los planes de desarrollo (nacional, departamental, municipal) y en las prioridades de salud pública.

A pesar de lo establecido por el Estado para garantizar el bienestar de la materna, se requiere de un entorno favorable que permita que el embarazo transcurra normalmente, estas condiciones están dadas por el ambiente familiar esencialmente el apoyo de la pareja, de igual forma se requieren de unas condiciones básicas para vivir (alimentación, vivienda, vestido, salud, entre otras) que favorezcan el desarrollo óptimo de la gestación.

5.1.2.1 Factores de riesgo de la gestante

Un factor de riesgo es un atributo latente que puede estar inmerso en las condiciones físicas, psicológicas, sociales y económicas; pero al estar en contacto con un agente causal puede originar en la gestante un riesgo potencial, teniendo en cuenta que la mujer atraviesa por procesos de transformación al igual que su hijo.

Los procesos de gestación son continuos y dinámicos lo que desencadena en la gestante la modificación de algunos hábitos y estilos de vida. Estas modificaciones

¹¹ Carta de Bangkok 2005. Op. cit., p

están dadas por la dinámica del crecimiento que hace que la mujer junto con su bebé se sientan vulnerables ante cualquier factor que altere o interfiera su óptimo desarrollo.

Es así que se evidencian factores de riesgo relacionados con “las condiciones sociodemográficas, antecedentes reproductivos, antecedentes médicos y del embarazo actual”¹², lo cual hace del factor de riesgo, no solo un agente inmediato sino que esté condicionado a la evolución del estado de salud de la mujer. En la tabla 1. se relacionan algunos factores de riesgo que comúnmente se presentan en la gestante:

Tabla 1. Factores de riesgo

<i>Factores sociodemográficos</i>	<i>Antecedentes reproductivos</i>
Edad materna menor a 17 años Edad materna mayor a 35 años Relación peso / talla Tabaquismo > de 10 cigarrillos / día Alcoholismo Drogadicción Nivel socioeconómico bajo Riesgo laboral ocupacional	Aborto a repetición Antecedente de parto pretérmino Antecedentes de muerte prenatal Antecedente de nacido con defecto congénito Antecedente de cirugía uterina Incompetencia cervical.
<i>Antecedentes médicos</i>	<i>Embarazo actual</i>
Hipertensión arterial Enfermedad cardíaca Enfermedad renal Diabetes Endocrinopatías Enfermedad respiratoria crónica Enfermedad hematológica Epilepsia Enfermedad psiquiátrica Enfermedad hepática con insuficiencia	Hipertensión inducida por el embarazo Anemia Diabetes gestacional Infección urinaria de repetición Infección de transmisión perinatal Isoinmunización Rh Embarazo múltiple Polihidramnios Oligohidramnios Hemorragia genital Placenta previa asintomático Crecimiento intrauterino retardado Defecto fetal congénito Amenaza de parto pretérmino Embarazo pos término Rotura prematura de membranas

Fuente: Enfermería maternal.(Nancy Didona)

¹² DIDONA, Nancy. Enfermería maternal. Mc. Graw Hill. México 1998. Pág. 115-121

5.1.2.2 Factores protectores de la gestante

Los factores protectores son atributos positivos que generan en la gestante y su bebé procesos de desarrollo adecuado, fortalecimiento de la autoestima además son aquellos que proporcionan un medio en el cual la mujer se siente querida y comprendida. Es así que estos están íntimamente relacionados con la dinámica familiar al igual que con la relación de pareja.

Al sentirse la mujer apoyada por el compañero, genera en ella sentimientos de satisfacción lo que permite la consolidación de relaciones afectivas que darán paso a procesos de crecimiento y desarrollo de la mujer en sus fases evolutivas. Este crecimiento se evidencia inicialmente en el momento de la gestación por medio del vínculo del padre, madre e hijo que hacen de la relación de pareja una situación de crecimiento personal y de adopción de funciones que delegan mayor responsabilidad.

Además en la familia el embarazo constituye un acontecimiento muy importante en el ciclo biológico, independientemente de la cultura en que se esté. Es así que la gestación altera las funciones de cada miembro respondiendo de manera individual a los cambios que suceden en la materna.

Los factores protectores más comunes en la materna son :

- Fomento de medidas higiénicas, dieta, sexualidad, sueño, vestuario, ejercicio y hábitos adecuados, apoyo afectivo, control prenatal, vacunación y 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.
- Seguimiento a la gestante para verificar la asistencia integral al control prenatal

5.1.2.3 Norma técnica de detección temprana de alteraciones en el embarazo (Resolución 0412/00)

“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 deben incluir:

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

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

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

*Realizar examen físico completo por sistemas: Debe hacerse céfalo caudal incluida la cavidad bucal

*Valoración ginecológica: Realizar examen de senos y genitales

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

- 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 anomalías realizar exámenes adicionales o formular el tratamiento requerido.

Para el caso específico del VDRL, cuando éste 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: 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.
- 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 anormalidades.”

5.1.3 Mejoramiento Continuo

El mejoramiento continuo de la calidad es un compromiso permanente de la empresa y se logra con la participación conjunta de cada uno de los integrantes de la institución, de esta forma es el resultado del proceso de motivación y organización.

“El mejoramiento de la calidad permite el equilibrio progresivo de instituciones que aunque tengan debilidades pueden acceder a la calidad por medio de la satisfacción de los usuarios y la necesidad de sobrevivir en una actividad cada vez mas competitiva, por medio de la superación y conformación de un equipo de trabajo motivado hacia la calidad y con esfuerzo constante para superar dificultades, corregir errores y recuperar la confianza del usuario”¹³.

Por lo tanto es necesario que las instituciones de salud diseñen propuestas de mejoramiento de la calidad basadas en:

¹³MEJIA, Braulio. Auditoria Medica para la garantía de la calidad en salud. Eco ediciones, cuarta edición, Bogota D.C., Agosto de 2002.

*“Sistema de calidad: En el cual se describe el sistema de calidad y sus elementos mas sobresalientes como los procedimientos e interrelación de los diferentes elementos del sistema.

* Los recursos: La identificación de los recursos necesarios para una mejor gestión del sistema de calidad, esto incluye el talento humano y su capacitación continua.

*Instrumentos de medición, estándares y planes de mejoramiento: Esto surge como base de los procesos de auditoria y por medio de los proyectos de desarrollo institucional, por lo tanto deben corresponder a los objetivos y propósitos de la organización

*Acciones correctoras y preventivas: En esta se establece documentos y procedimientos para la implantación de acciones correctoras y preventivas.

* Control de los registros de calidad: Estos sirven para demostrar la conformación de servicios y del sistema de calidad.”¹⁴

5. 2. MARCO INSTITUCIONAL

5.2.1 Ubicación geográfica

La E.S.E. Santiago de Tunja se encuentra ubicada en la calle 24 No.5-06 (Antiguo Hospital San Rafael) en el Municipio de Tunja Departamento de Boyacá.

5.2.2 “Objetivos corporativos

Objetivo general

▪ Aportar al mejoramiento de las condiciones de salud de nuestros usuarios mediante el desarrollo de programas dirigidos a la protección específica frente a factores de riesgo, para evitar la aparición inicial de enfermedades y programas de detección temprana de las mismas, con el fin de realizar el tratamiento oportuno, evitando secuelas e incapacidades.

Objetivos específicos:

- Prestar los servicios de salud de primer nivel con calidad, oportunidad, eficiencia, respeto y equidad buscando el bienestar de los usuarios.
- Buscar la complementariedad de los servicios ofrecidos mediante la integración

¹⁴ ALVAREZ, Francisco. Calidad y auditoria en salud. Eco ediciones, primera edición, Bogota D.C., Julio de 2003.

de un equipo multidisciplinario de salud.

- Capacitar y actualizar al personal de salud.
- Educar permanentemente a la comunidad en cuanto a la cultura de la salud.

5.2.3 Naturaleza de la institución

La E.S.E. Santiago de Tunja es una I.P.S. de primer nivel de atención que presta servicios de Consulta Externa entre los cuales se encuentran: Medicina, Odontología. Laboratorio Clínico y Farmacia.

5.2.4 Dentro de sus políticas organizacionales están:

- Fortalecer los servicios asistenciales y hospitalarios en cuanto a infraestructura, recurso humano, técnico – científico para garantizar la atención completa y oportuna al usuario en el primer nivel de atención.
- Aplicar la normatividad vigente Salud.
- Priorizar la promoción de los servicios de salud y la prevención de la enfermedad, fomentando el autocuidado.
- Garantizar la atención integral que involucre tanto al paciente como a su núcleo familiar.

5.2.5 Estrategias:

- Utilizar incentivos, actualización y capacitación permanente para garantizar un clima organizacional óptimo
- Conformar equipo multidisciplinario para investigar, estudiar y aplicar la normatividad vigente en el sistema de seguridad social en salud S.G.S.S.S.
- Determinar el perfil epidemiológico y establecer las prioridades de salud de la población.
- Estructuración y estandarización de procesos y procedimientos mediante guías de manejo.
- Realizar acciones de salud complementarias a los programas establecidos para evitar la aparición de enfermedades, realizar diagnóstico temprano o disminuir su severidad y posibles secuelas.
- Prestar nuestros servicios con calidez.
- Ejecutar el proceso continuado de sensibilización del talento humano sobre calidad total.
- Establecer el sistema de garantía de la calidad institucional de acuerdo con la legislación existente.

5.2.6 Servicios:

- Consulta médica general y de urgencias de baja complejidad
- Consulta odontológica general y de urgencias
- Curaciones y actividades de Enfermería

- Prestación de servicios medico forenses

Prestación de servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, constituidos en actividades, procedimientos e intervenciones de protección específicas y detección temprana así:

- Vacunación según el esquema del amplio de inmunizaciones (PAI)
- Atención preventiva en salud bucal
- Atención en planificación familiar a hombres y mujeres

Actividades de detección temprana

- Detección temprana de las alteraciones del joven de 10 a 29 años
- Detección temprana de las alteraciones del embarazo
- Detección temprana de las alteraciones del adulto mayor de 45 años
- Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual
- Detección temprana de cáncer de seno.
- Detección temprana de cáncer de cuello uterino”¹⁵

5. 3. MARCO LEGAL

Constitución Política de Colombia de 1991: “Declara la Seguridad Social como un servicio público de carácter obligatorio por medio de la dirección, coordinación y control del Estado que se brindara por medio de las diferentes entidades públicas y privadas, de conformidad con la ley”.

Ley 100 de 1993: “Dispone de la prestación de servicios de salud en forma directa por la Nación o los diferentes entes territoriales a través de la Empresa Social del Estado.”

Decreto 1876 de 1994: “Establece que las Empresas Sociales del Estado constituyen una categoría especial de Entidad Pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa.”

Decreto 2753 de 1997: “Dicta las normas para el funcionamiento de los prestadores de servicios de salud en el Sistema General de Seguridad Social”.

Resolución 0412 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”.

¹⁵ Portafolio de servicios E.S.E. Santiago de Tunja

Ley 266 de 1996: Art. 20: “Organizar, dirigir, controlar y evaluar la prestación de los servicios de salud y de Enfermería”.

Ley 911 de 2004: “Por la cuál se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia”.

6. DISEÑO METODOLOGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio cuantitativo descriptivo por cuanto “permite describir el estado, las características, factores y procedimientos presentes en fenómenos y hechos que ocurren de forma natural, sin explicar las relaciones que los identifiquen”.¹⁶

De igual forma al ser retrospectivo “ tiene como objeto determinar relaciones entre variables que se presentan en hechos ya ocurridos, sin deducir relaciones causales”¹⁷

Es así como el presente estudio permite identificar y describir las actividades de seguimiento y control de la gestante realizadas por la Enfermera en el año 2005 según los lineamientos establecidos en la Norma técnica de detección temprana de alteraciones en el embarazo (Resolución 0412/2000).

6.2 POBLACIÓN

Esta conformada por la totalidad de las historias clínicas de las gestantes pertenecientes a los puestos de salud: El Carmen, El libertador y San Antonio en el año 2005, equivalentes a 419 (100%), distribuidas así:

- Puesto de salud El Libertador: 151 (36%)
- Puesto de salud El Carmen: 145 (35%)
- Puesto de salud San Antonio: 123 (29%)

6.3 MUESTRA

Constituida por 54 historias clínicas de las gestantes asistentes a los controles prenatales a los puestos de salud El Carmen, El Libertador y San Antonio, para lo cual se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{P(1-P)}{(E/Z)^2 + P(1-P)/N}$$

n = Muestra

P =

E = 0.1

Z = Probabilidad (1.96)

N = Población

¹⁶ LERMA, Héctor Daniel. Metodología de la Investigación . Eco Ediciones, segunda edición, Bogota DC, 2003.

¹⁷ Ibíd.

Se distribuyeron las historias clínicas por puesto de salud de la siguiente manera:

- Puesto de salud El Libertador: 19 (35%)
- Puesto de salud El Carmen: 18 (33%)
- Puesto de salud San Antonio: 17 (31%)

6.4 TIPO DE MUESTREO

Muestreo por Conglomerado, en la medida que se asume cada puesto de salud como un grupo o conglomerado con elementos homogéneos.

Aleatorio Simple y Sistemático para Números Aleatorios, donde cada una de las historias clínicas de las gestantes tienen la misma probabilidad de ser seleccionada mediante la tabla de números aleatorios. Para la selección de las historias clínicas se utiliza el muestreo sistemático, mediante la aplicación de la fórmula n / N . En el presente estudio se hizo cada 6 historias clínicas.

El proceso de recolección de datos se realizó con base en los registros de los RIPS del primer semestre del año 2005, en los cuales mediante el código de procedimiento de control prenatal (06) , se compilaron los datos de las gestantes (nombre , cedula y edad) asistentes a control en los puestos de salud objeto de estudio. De esta forma se obtuvo la población y se aplicó la fórmula de muestreo para dar inicio a la recolección de datos.

Se realizó la respectiva revisión de los datos, aplicándose la tabla de aleatoriedad, con el fin de registrar la información de los controles prenatales de cada historia clínica en la matriz de acuerdo al trimestre de gestación.

6.5 UNIDAD DE ANÁLISIS

Registros de los controles prenatales en la historia clínica.

6.6 FUENTES DE INFORMACIÓN

6.6.1 Fuentes primarias:

- Historias clínicas de las gestantes asistentes al control prenatal en los puestos de salud El Carmen, Libertador y San Antonio en el año 2005.
- Información de las Enfermeras de cada puesto de salud.

6.6.2 Fuentes Secundarias: Registros y normatividad de la E.S.E. Santiago de Tunja.

6. 7 VARIABLE Y OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA	
Registro de las actividades de Seguimiento y Control de la Gestante	Nivel de Riesgo	Clasificación del riesgo de la gestante	SI NO	
			Bajo	
			Riesgo	
	Valoración de la Gestante	Registro datos de anamnesis.	SI	NO
		Registro datos de examen físico	SI	NO
			Completa	
	Incompleta			
	Exámenes Paraclínicos	Registro para orden de realización de exámenes paraclínicos.	SI	NO
		Registro de interpretación de exámenes paraclínicos.	SI	NO
	Formulación	Registro formulación de micronutrientes	SI	NO
			Completa	
			Incompleta	
		Registro formulación de otros medicamentos	SI	NO
Información y Educación	Registro de información y educación sobre la importancia de la atención del parto institucional	SI	NO	
	Registro de Información, educación y consejería en planificación familiar	SI	NO	

		Registro de educación y preparación para la lactancia materna exclusiva	SI	NO
	Remisiones	Registro de remisión a curso de preparación para el parto.	SI	NO
		Registro de remisión a la gestante a consulta médica en caso de encontrar hallazgos anormales.	SI	NO
		Registro de remisión a la gestante a vacunación de Tétano	SI	NO

6.8 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

- Matriz para condensar la información de las historias clínicas de las gestantes. (Anexo A, B, C).
- Encuesta dirigida a las Enfermeras de la E.S.E. Santiago de Tunja, con el fin de identificar los recursos existentes y disponibles en cada puesto de salud, para la realización del control prenatal en el año 2005. (Anexo D)

6.9 PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

Se utilizó el programa Microsoft Excel, para el procesamiento de los datos y se aplicó la estadística descriptiva.

6.10 ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Según lo establece, el artículo 29 de la ley 911 del 2004 (Responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia), “ la investigación que el profesional de Enfermería participe o adelante, deberá salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos, como principio ético fundamental”.¹⁸

¹⁸ MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL .Responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia. Ley 911 5 de octubre del 2004 Art. 29. Pág. 25.

La presente investigación contó con la autorización de los directivos de la E.S.E. Santiago de Tunja, a quienes se les dio a conocer con anterioridad el anteproyecto con sus respectivos parámetros.

Dentro del planteamiento y desarrollo del estudio se respetó el derecho a la privacidad y confidencialidad de las historias clínicas de las gestantes pertenecientes a los puestos de salud El Carmen, El Libertador y San Antonio.

La participación de las Enfermeras fue voluntaria y la información suministrada se utilizó bajo la responsabilidad de las investigadoras, de la misma forma se reserva la identificación de las participantes, con el fin de no afectar la integridad de las mismas.

7. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

La población gestante objeto del estudio se encuentra ubicada en los barrios El Carmen, El Libertador y San Antonio, delimitados dentro del casco urbano de la ciudad de Tunja, “pertenecientes al nivel socioeconómico medio bajo”¹⁹. En estos barrios se localizan los puestos de salud cuya denominación corresponde al mismo sector en el que está ubicado y en los cuales se atiende la mayor población gestante de régimen subsidiado y vinculado (Sisben) de la Empresa Social de Estado Santiago de Tunja.

Las gestantes en mención asistentes al control prenatal por Enfermería, se encuentran en el rango de edad de 15 a 44 años con un promedio de 24.

A continuación se presenta un condensado de los aspectos generales que se tuvieron en cuenta para el seguimiento de las actividades realizadas por el profesional de Enfermería en el control prenatal de acuerdo a cada trimestre de gestación y según lo contemplado en la Resolución 0412/00 del Ministerio de Salud “ Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo”.

Luego se presenta la información de cada puesto de salud y según trimestre de gestación.

Identificación del riesgo de las gestantes atendidas por la Enfermera en el control prenatal

La clasificación del riesgo realizada en el primer control prenatal al inicio de la gestación es un parámetro fundamental, ya que tiene como objetivo definir la conducta de intervención y determinar el profesional que debe encargarse de su seguimiento y control.

Según lo establece la Resolución 0412/00 en la Norma técnica de detección temprana de alteraciones en el embarazo, el primer control prenatal debe ser realizado por el médico y éste a su vez debe, al identificar los factores de riesgo, clasificar la materna como de alto o de bajo riesgo.

De acuerdo con los datos registrados sobre la clasificación del riesgo en los tres puestos de salud, se encontró que tan solo en dos controles prenatales aparecen registros sobre este aspecto, por cuanto se podría pensar que el porcentaje restante, no clasificado, son gestantes de bajo riesgo ya que el profesional de Enfermería fue quien realizó su seguimiento y control.

¹⁹ POT. Acuerdo Municipal 0014 del 2001. Concejo Municipal de Tunja.

Los dos casos mencionados corresponden al primero y segundo trimestre, en los que la Enfermera realizó el primer control prenatal al igual que la clasificación del riesgo. Al respecto es importante tener presente que ésta no es una actividad que corresponda al profesional de Enfermería, pues como ya se dijo la clasificación del riesgo es responsabilidad del médico.

Por otra parte se encontró un caso en el segundo trimestre y dos casos en el tercero, en los que la Enfermera realiza una reclasificación del riesgo, es decir, que son maternas que durante la gestación su riesgo era bajo, pero que a causa de alguna alteración que la Enfermera identificó durante el control prenatal, fueron reclasificadas como de alto riesgo y por consiguiente remitidas al médico para que continuara con su seguimiento prenatal.

En cuanto a esta reclasificación vale la pena aclarar que la conducta a seguir por el profesional de Enfermería ante cualquier alteración de la gestante, es remitirla para que sea el médico quien determine el riesgo y la clasifique.

Actividades realizadas por la Enfermera en el control prenatal

Las actividades son consideradas acciones para el logro de objetivos, en este caso la culminación satisfactoria de la gestación. De acuerdo con la Norma estas se orientan a, la vigilancia de la evolución del embarazo, la detección temprana de complicaciones y la educación de la pareja, con el fin de establecer un esquema propio del profesional de Enfermería que garantice el cumplimiento de los parámetros establecidos.

En relación con las actividades desarrolladas se encontró:

1. Valoración de la gestante

Esta es un proceso integrado por diferentes etapas, ordenado lógicamente y que tiene como objetivo la adecuada planificación, ejecución y seguimiento de los cuidados orientados al bienestar de la materna y su hijo.

Con el fin de observar el cumplimiento de esta pauta se analizó el registro de la valoración realizada teniendo en cuenta la anamnesis y el examen físico que implica medidas antropométricas (peso, talla, altura uterina, estado nutricional), signos vitales (frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura y tensión arterial), valoración cefalocaudal, valoración ginecológica (senos y genitales) y valoración obstétrica (número de fetos, situación, presentación, frecuencia cardiaca fetal, movimientos fetales), encontrándose diferencias importantes en el registro de los datos según el puesto de salud y el trimestre de gestación.

En general, cabe destacar que en los controles prenatales realizados en el primer trimestre, el registro de la valoración se hizo en el 38.8%; en el segundo trimestre

el registro fue de 56.4%, mientras que en el tercer trimestre el registro de ese mismo aspecto fue de 58.3%, siendo éste del que mayor registro se hace.

2. Solicitud de exámenes paraclínicos

Según lo establece la Norma técnica el médico es quien debe en el primer control prenatal, ordenar los exámenes paraclínicos correspondientes al primer trimestre de gestación; de igual manera, el profesional de Enfermería es quién debe hacerlo en el segundo y en el tercer trimestre, salvo que la materna sea clasificada como de alto riesgo. De esta forma se puede decir que esta actividad es responsabilidad de los dos profesionales.

En relación con lo anterior la solicitud de los exámenes está registrada en el 11.1% de los controles durante el primer trimestre de gestación, en el segundo trimestre el registro es de 38.5% y en el tercero de 48.6%. Si bien el registro de la solicitud de los exámenes no está consignada en los controles prenatales, en algunos casos la solicitud de éstos debió hacerse, puesto que el reporte aparece adjunto a la historia clínica.

3. Formulación (micronutrientes y medicamentos)

Los micronutrientes como el hierro, ácido fólico y carbonato de calcio, deben ser aportados a la materna durante toda la gestación puesto que los requerimientos necesarios para la formación y crecimiento del feto no logran satisfacerse con la alimentación diaria de la madre.

Es así como se destaca la importancia de registrar la formulación de los micronutrientes y de aquellos medicamentos que le está permitido al profesional de Enfermería formular y así dar solución a alteraciones que no requieren necesariamente una valoración médica.

Al analizar los datos se encontró que esta actividad aparece registrada tan solo en el 2.7% de los controles prenatales durante el primer trimestre, sin embargo su registro mejora para el segundo y tercer trimestre de gestación (11.1% y 19.7%). Al respecto, aun cuando no todas las gestantes requieren la formulación de medicamentos, la Norma sí establece la formulación de micronutrientes para todas ellas.

4. Información y educación

La información y educación constituye una labor continua en la cuál la Enfermera pone a disposición de la gestante y su familia conocimientos precisos sobre el embarazo, trabajo de parto y puerperio, de manera que la gestación constituya una oportunidad de aprendizaje y previsión de complicaciones que pueden presentarse en la etapa gestacional.

Guiados por la Norma ya mencionada, la educación brindada a la madre en el control prenatal debe incluir aspectos sobre la atención del parto como la importancia del parto institucional, signos de alarma, planificación familiar y lactancia materna.

De acuerdo con lo anterior, se encontró que a medida que avanza la gestación los registros de información y educación disminuyen (85.7%, 38.1% y 24.2%), no obstante estos bajos registros, se pudo observar que las Enfermeras registran educación sobre otros aspectos que aunque no están contemplados en la Norma son igualmente importantes, tales como la nutrición adecuada, estimulación intrauterina y hábitos de higiene.

5. Remisiones

La remisión es una herramienta de gran utilidad puesto que al tener el apoyo de otros profesionales de la salud, se puede brindar una atención integral a la gestante que contribuya a mantener su salud y la de su hijo y prevenir posibles alteraciones que se puedan presentar.

Al revisar los controles prenatales se tuvo en cuenta las remisiones a consulta médica y odontológica, además del curso de preparación para la maternidad y paternidad que debe establecer la institución con el objeto de garantizar una adecuada educación de acuerdo a los cambios físicos, biológicos y emocionales que experimenta la pareja y su familia. Otro aspecto que se revisó fue el registro de las remisiones a vacunación, la cuál es una actividad que debe realizar la Enfermera en el control prenatal.

Es así como se encontró que a lo largo de la gestación, éstos datos se consignaron en el 52.3%, 44.8% y 57.9% de los controles prenatales, lo cual indica que las remisiones a consulta médica y odontológica no se registraron probablemente porque la gestante no las requirió; las remisiones a vacunación están registradas a partir del segundo trimestre. No así sucede con la remisión al curso de preparación para el parto, ya que según lo establece la norma ésta actividad debe hacerse y como tal el registro de la remisión es muy bajo.

PUESTO DE SALUD EL CARMEN

1. Clasificación del riesgo

Es importante que ésta clasificación se realice desde del primer control al que asiste la madre, para orientar la atención brindada por el profesional de Enfermería. Al revisar las historias clínicas, no se encontró en el primer trimestre ningún registro relacionado con la clasificación del riesgo que debe realizar el médico en la primera consulta; por lo tanto se podría pensar que la Enfermera continúa con el control prenatal sin estar determinado este parámetro.

Durante el segundo trimestre sólo se encontró registrado un caso en que el riesgo de la materna fue reclasificado por el profesional de Enfermería, sin evidencia de remisiones realizadas, así mismo en el tercer trimestre, solo en dos controles (15.4%) aparece registrada la reclasificación del riesgo, también realizada por Enfermería.

2. Valoración de la gestante

Realizar una valoración completa a la gestante, que incluya la anamnesis y examen físico, es una herramienta para prevenir y detectar posibles alteraciones con las que puede cursar la madre durante la gestación.

Se encontró que en el 47.3% de los controles realizados por la Enfermera en el primer trimestre está registrada la valoración de la gestante. De la valoración, los diferentes aspectos del examen físico están registrados en el 55.7%, mientras que la anamnesis solo en el 19%, del total de controles prenatales. En esta última se indaga sobre el cumplimiento de recomendaciones, tratamiento y remisiones; al respecto es muy poca la información consignada, sin embargo las recomendaciones es lo que se registra con mayor porcentaje (42.9%), seguido del tratamiento (14.3%).

En cuanto al registro de la valoración en el segundo y tercer trimestre ésta es mayor que en el trimestre anterior (58.4% y 65.2%). Así mismo fue mayor el registro de los dos aspectos generales: el examen físico (66.3% y 73.6%) y la anamnesis (50% y 61.5%), de esta última el porcentaje corresponde únicamente a las recomendaciones consignadas por la Enfermera. Es posible que el no registro de la indagación sobre tratamientos y remisiones, obedezca a que no han sido ordenados.

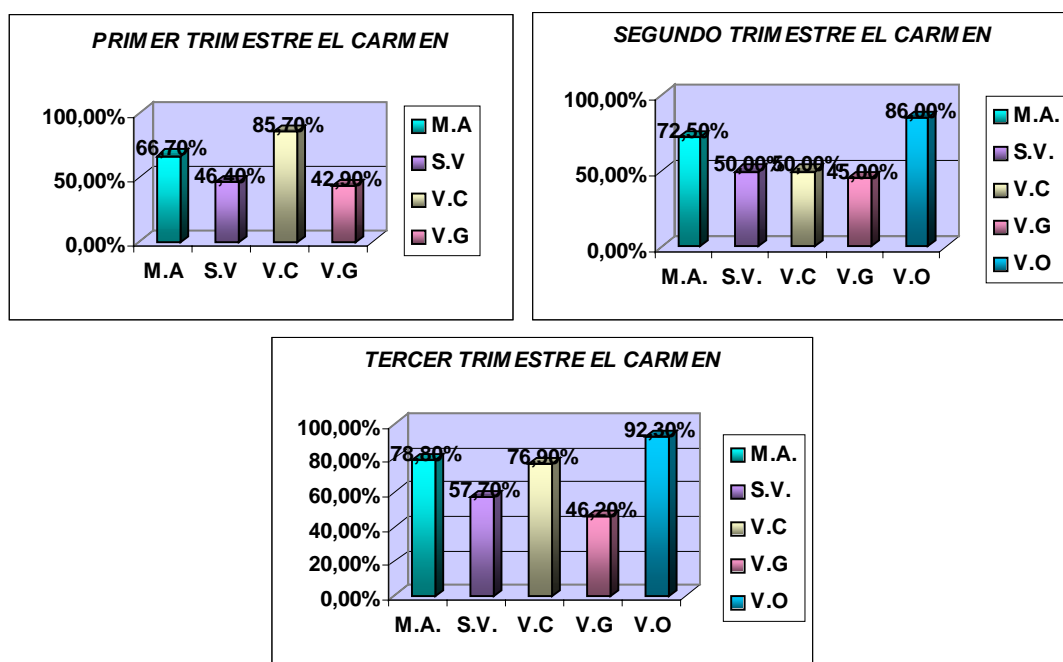
Ahora bien, en relación con el examen físico, en el primer trimestre el aspecto de mayor registro es la valoración cefalocaudal, por el contrario en los trimestres posteriores, lo es la valoración obstétrica. Lo anterior en razón a que en el primer trimestre esta última, aún no permite información confiable. Ver cuadro No. 1

Cuadro 1. ASPECTOS CORRESPONDIENTES AL EXAMEN FISICO

Orden	Primer Trimestre	%	Segundo Trimestre	%	Tercer Trimestre	%
1	Medidas Antropométricas	66.7%	Medidas Antropométricas	72.5%	Medidas Antropométricas	78.8%
2	Signos Vitales	46.4%	Signos Vitales	50%	Signos Vitales	57.7%
3	Valoración cefalocaudal	85.7%	Valoración cefalocaudal	50%	Valoración cefalocaudal	76.9%
4	Valoración Ginecológica	42.9%	Valoración Ginecológica	45%	Valoración Ginecológica	46.2%
5			Valoración Obstétrica	86%	Valoración Obstétrica	92.3%

Fuente: Matriz aplicada

Lo que sí puede afirmarse es que a medida que avanza la gestación mejora el registro de los datos en el control realizado, aun cuando la valoración cefalocaudal no mejoró su anotación en el segundo trimestre.



Cuando se revisaron los registros de cada uno de los aspectos que comprende la valoración se encontró que:

- En cuanto al registro de las medidas antropométricas: el peso se registra en todos los trimestres(100%); se ha establecido que la talla es una medida que debe tomarse en el primer control, sin embargo ésta aparece registrada en cada trimestre en bajo porcentaje (14.3%, 10% y 23%). Llama la atención que el estado nutricional sí está registrado a lo largo de cada trimestre (85.7%, 80% y 92%), sin

embargo, si se tiene en cuenta que este dato resulta de cruzar los parámetros de peso, talla y semanas de gestación, el porcentaje no correspondería porque falta el dato de la talla. En relación a la altura uterina en el primer trimestre no se valora este parámetro ya que el estado gestacional no lo permite, no obstante en el segundo y tercer trimestre se encontraron registros en el 100% de los controles prenatales.

- En lo que respecta al registro de los signos vitales, éste solo se hizo aproximadamente en la mitad de los casos (ver cuadro 1). Al analizar cada aspecto por separado se encontró que en cuanto a los registros de tensión arterial estos superan el 90% en los tres trimestres (100%, 90%,92%), sin embargo, el porcentaje restante no consignado es un dato significativo ya que la variación de este signo, se da principalmente en el segundo y tercer trimestre de gestación . Con respecto a la frecuencia cardiaca se evidencian registros en el 71.4%, 80% y 77% de los controles prenatales en el transcurso de la gestación; por otra parte, la frecuencia respiratoria esta registrada según cada trimestre en tan solo el 14%, 30% y 62% de los controles. Se encontró que en la totalidad de los controles prenatales no se registran datos sobre la temperatura.

- En relación con el registro de la valoración cefalocaudal, aun cuando no alcanza el 100% en cada trimestre, el porcentaje que se presenta corresponde a una valoración completa y ordenada de los diferentes sistemas corporales.

- Del examen físico, la valoración ginecológica (genitales y senos) es la que muestra el menor porcentaje de registro a lo largo de los tres trimestres (42.9%, 45% y 46.2%), no obstante se observa que el registro de la valoración de genitales aumenta a medida que avanza la gestación (85.7%, 90%, 92.3%), contrario a esto, no se encontró registro de la valoración de los senos realizada a las gestantes, aspecto que es importante para determinar la posibilidad de la lactancia eficaz.

- En la valoración obstétrica se tuvo en cuenta lo siguiente: número de fetos, situación ,presentación, frecuencia cardiaca fetal y movimientos fetales; no hay información del primer trimestre, puesto que el corto tiempo de gestación no permite valorarlos, no obstante se encontró que la Enfermera siempre registra observaciones como “útero aumentado de tamaño”, “feto flotante”, “soplo placentario”. En relación con el segundo trimestre los registros encontrados en cuanto a la frecuencia cardiaca fetal y los movimientos fetales corresponden al 100%, seguidos por el registro de número de fetos (90%) presentación (90%) y situación (50%), aunque estos últimos registros no alcanzan el 100%, vale la pena resaltar la presencia de los dos primeros aspectos en la totalidad de los controles prenatales. Sin embargo, los registros del tercer trimestre son del 92% en cada uno de los aspectos correspondientes a este parámetro.

3. Exámenes de laboratorio

Teniendo en cuenta que el primer control prenatal debe ser realizado por el médico y que este a su vez debe ordenar los exámenes paraclínicos pertinentes a éste, en el primer trimestre no se encontraron registros realizados por la Enfermera.

En los dos últimos trimestres la Enfermera registró la orden de los exámenes que están determinados según el trimestre de gestación en tan solo el 37.5% y 43.1% respectivamente, sin embargo el porcentaje podría ser mayor puesto que hay un reporte anexo a la historia clínica y este tiene implícita una orden. De igual forma siempre está consignada la interpretación de los resultados.

4. Formulación

En cuanto a la formulación en general (micronutrientes y medicamentos) que realizó la Enfermera, en el primer trimestre no se encontró registro, mientras que en el segundo y en el tercer trimestre aparece en el 2.5% y 25%. La formulación de medicamentos se registró en un 10% y 7.6% en el segundo y tercer trimestre pero no así en lo referente a los micronutrientes, que solo aparece el registro (30.8%) en el último trimestre de la gestación, aun cuando está contemplado que su formulación debe hacerse desde el inicio del control prenatal.

5. Información y educación

En el primer trimestre la información y educación sobre signos de alarma es el aspecto a tener en cuenta, encontrándose registros en el (57.1%).

En el segundo trimestre, se consideran tres aspectos: signos de alarma, planificación familiar y lactancia materna de lo cual solo se encontró registros sobre el primero (80%).

En el tercer trimestre se tuvo en cuenta la educación sobre signos de alarma y parto institucional de lo cual se encontraron registros en el 92.3% y 7.6%. En cuanto a la información y educación sobre lactancia materna y planificación familiar no se hallaron datos.

6. Remisiones

En cuanto a las remisiones realizadas en el primer trimestre de gestación los registros encontrados corresponden por igual a consulta médica y odontológica (42.8%).

En el segundo trimestre tanto la remisión a consulta médica como la odontológica se registra en un 50% y en el tercero en el 53.8% y 23%.

Otro aspecto que se tuvo en cuenta en estos dos últimos trimestres fue la remisión al curso de preparación para el parto encontrándose registros en el 10% y 15.3%.

Sobre la remisión de la gestante a vacunación, en el primer trimestre no se consignan datos, posiblemente esto obedezca a que el esquema de vacunación se inicia en el segundo y se continua en el tercer trimestre, para los cuales los datos encontrados se incrementan significativamente (75.2% y 70%)

PUESTO DE SALUD EL LIBERTADOR

1. Clasificación del riesgo

Como se mencionó anteriormente es importante que esta clasificación se realice desde en el primer control prenatal e idealmente en el primer trimestre de gestación, para determinar el profesional que debe continuar con el seguimiento.

Es así como en la totalidad de controles prenatales no se encontraron datos, excepto dos casos registrados en el primer y segundo trimestre donde dicha clasificación fue realizada por la Enfermera.

Esto evidencia que la Enfermera algunas veces realiza la primera consulta y por tanto la clasificación del riesgo, actividad que esta asignada al profesional de medicina.

En cuanto al tercer trimestre no hay información registrada sobre la clasificación , lo que puede sugerir que el riesgo de las maternas es bajo, ya que la Enfermera es quien realiza su seguimiento.

2. Valoración de la gestante

Como se dijo, la valoración de la gestante es la base de la atención prenatal. Se encontró en este puesto de salud que en el primer trimestre el registro de la valoración en general, es del 25.6% y que los diferentes aspectos que comprende el examen físico solo están registrados en el 33%. En cuanto a la anamnesis no hay datos registrados.

Cuando se revisa la información del segundo y tercer trimestre los registros de la valoración mejoran en relación con el trimestre anterior (52% y 47.7%); así mismo el registro de los aspectos que conforman el examen físico (61.7% y 56.3%). Sin embargo, en cuanto a la anamnesis en el segundo periodo no hay registro alguno y tan solo en el tercer trimestre la información consignada es del 7.14% que corresponde a la indagación que hizo la Enfermera sobre tratamientos recibidos.

Es posible que el no registro sobre tratamientos y remisiones se deba a que no han sido ordenados, sin embargo en el caso de las recomendaciones no esta

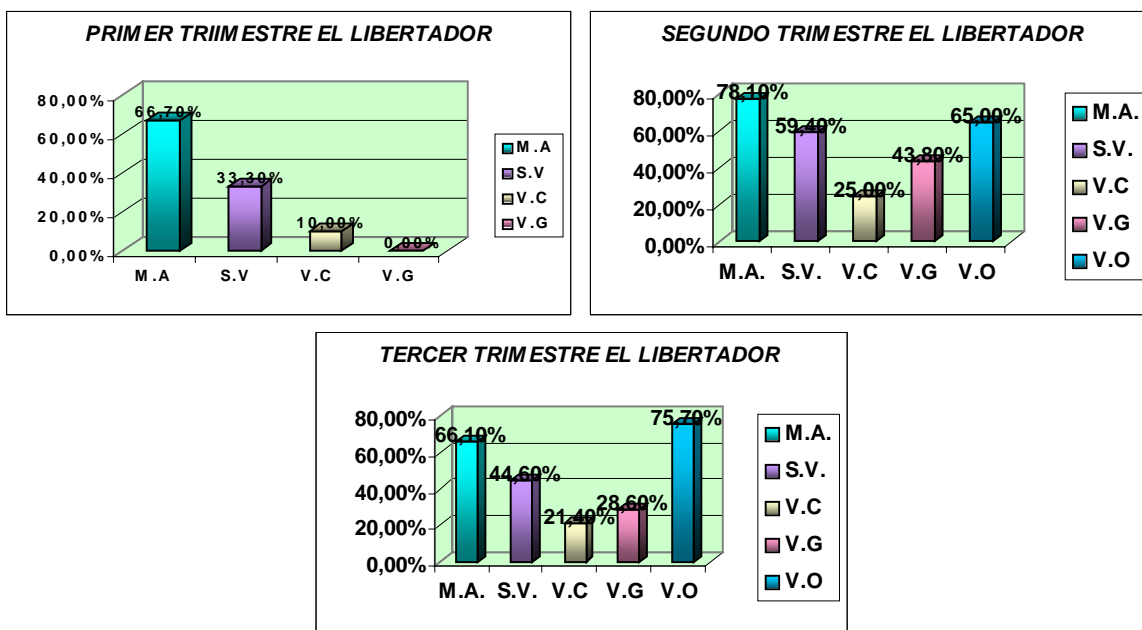
presente el registro y este es importante puesto que ante alteraciones que puedan darse en la gestación, no queda consignado si la madre estuvo enterada o no de lo que le pudiera pasar, y aún más, sobre la importancia que tiene su autocuidado.

Ahora bien, en relación con el registro de cada uno de los aspectos que conforman el examen físico, en el primer trimestre al igual que en el segundo, el aspecto de mayor registro son las medidas antropométricas, por el contrario en el último trimestre lo es la valoración obstétrica. Ver cuadro No. 2

Cuadro 2. ASPECTOS CORRESPONDIENTES AL EXAMEN FISICO

Orden	Primer Trimestre	%	Segundo Trimestre	%	Tercer Trimestre	%
1	Medidas Antropométricas	66.7%	Medidas Antropométricas	78.1%	Medidas Antropométricas	66.1%
2	Signos Vitales	33.3%	Signos Vitales	59.4%	Signos Vitales	44.6%
3	Valoración cefalocaudal	10%	Valoración cefalocaudal	25%	Valoración cefalocaudal	21.4%
4	Valoración Ginecológica	0%	Valoración Ginecológica	43.8%	Valoración Ginecológica	28.6%
5			Valoración Obstétrica	65%	Valoración Obstétrica	75.7%

Fuente: Matriz aplicada



Es evidente que el registro de la valoración mejoró del primero al segundo trimestre, no así entre éste y el último trimestre donde todos los aspectos muestran menores porcentajes a excepción de la valoración obstétrica, aun

cuando sólo alcanzó un registro de 75.7% en los controles realizados en este mismo periodo.

- En cuanto al registro de las medidas antropométricas: el peso se registra para el primer trimestre en el 66.7% y para el segundo y tercero en el 100%; la talla es una medida única desde el inicio del control prenatal utilizada para la determinación del estado nutricional, sin embargo, al ser esta registrada en cada trimestre en bajos porcentajes (33.3%, 25% y 7.1%), llama la atención que el estado nutricional, si está registrado a lo largo de cada trimestre (100%, 87.5% y 85.7%) de esta forma, si se tiene en cuenta que este dato resulta de cruzar los parámetros de peso, talla y semanas de gestación el porcentaje descrito no correspondería.

En relación a la altura uterina en el primer trimestre este parámetro no se valora ya que el poco crecimiento uterino no lo permite, no obstante en el segundo y tercer trimestre se encontraron registros en el 100% de los controles prenatales.

- Como puede observarse en el cuadro No.2, el registro de los signos vitales a través de los controles prenatales sólo alcanzó el 59.4 % en el segundo trimestre, por el contrario en el primero y último su registro tan solo fue de 33.3% y 44.6%. Con respecto a la tensión arterial es el dato que está registrado a través de los tres trimestres en 66.7%,100% y 92%. Es bien sabido que este parámetro se debe tener en cuenta en cada control porque las alteraciones que pueden darse tienen gran impacto en el bienestar materno fetal.

En el transcurso de los controles, la frecuencia cardiaca y la frecuencia respiratoria están registradas por igual en menor porcentaje (33.3%, 50% y 85.7%). A su mismo la temperatura tiene un registro de 37.5% pero únicamente en el segundo trimestre.

- Según los datos registrados de la valoración cefalocaudal, mantienen bajos porcentajes durante los tres trimestres (10%,25% y 21.4%). Estos porcentajes corresponden al registro completo y no en el que se omiten algunos aspectos de la valoración.

- En el cuadro No.2, se evidencian los bajos porcentajes registrados de la valoración ginecológica, que comprende, como se ha dicho, la valoración de senos y genitales. Es así, como en los dos últimos trimestres se encontraron registros sobre valoración de los genitales (37.5% y 92.2%) y la valoración de los senos (50% y 14.3%). Este último porcentaje que corresponde al tercer trimestre, es bajo dada la importancia que reviste la preparación de la madre para asumir la lactancia natural.

- En relación con el registro de la valoración obstétrica, en el primer trimestre no hay datos consignados, puesto que es muy corto el tiempo de gestación para

tener esa información como referencia; sin embargo, en el segundo y tercer trimestre la información ya debe ser registrada. Para el segundo trimestre la frecuencia cardíaca fetal y los movimientos fetales están registrados en igual porcentaje (87.5%), seguidos por los registros de presentación (62.5%), situación (50%) y número de fetos (37.5%).

De igual forma en el tercero los registros que mayor porcentaje tienen son los movimientos fetales (92.8%), frecuencia cardíaca y presentación (85.7%), seguidos por el registro de la situación (71.4%) y número de fetos (42.8%).

3. Exámenes de laboratorio

La orden de los laboratorios aparece consignada en el 33% durante el primer trimestre. Este registro lo hizo la Enfermera y como tal también realizó el primer control prenatal, aún cuando está establecido que tanto la primera consulta como los laboratorios iniciales es una actividad médica.

En los dos últimos trimestres la Enfermera registró la orden de los exámenes que están determinados según el trimestre de gestación en tan solo el 40.6% y 47.1% respectivamente, sin embargo se pudo evidenciar que la mayoría de las veces la solicitud es realizada, ya que hay un reporte anexo a la historia clínica. De igual forma se observó que siempre está consignada su interpretación.

4. Formulación

En el primer trimestre no hay registros sobre la formulación en general (micronutrientes y medicamentos), mientras que en el segundo y tercer trimestre, el registro de micronutrientes fue de 12.5% y 28.5%, teniendo en cuenta la importancia de esta actividad, el porcentaje es bajo. Aún cuando la formulación de medicamentos también es mínima (7.1%), podría esperarse que las gestantes no los necesitaron.

5. Información y educación

En el primer trimestre la información y educación sobre signos de alarma fue el único aspecto a tener en cuenta, encontrándose registros en la totalidad de los controles prenatales (100%), lo cual permite que la madre tenga un conocimiento concreto de su situación de salud y pueda prever la presencia de alteraciones en su embarazo.

En el segundo trimestre, la educación enfatizó en signos de alarma (100%) y planificación familiar (12.5%), no así en lactancia materna.

En el tercer trimestre los registros encontrados hacen referencia principalmente a la atención del parto: signos de alarma (64.2%). De la información sobre la

importancia del parto institucional no hay registros. De igual forma se encontró que referente a la información en planificación familiar y lactancia materna el porcentaje de registro continua siendo bajo (7.1%)

6. Remisiones

En el primer trimestre el registro de remisiones fue de 33%, las cuales corresponden a la consulta médica. En lo referente a la consulta odontológica no se encontraron remisiones registradas.

En relación con los dos últimos trimestres de gestación se encontró que del total de remisiones registradas los datos corresponden en mayor proporción a consulta médica (37.5% y 28.5%) que a odontológica (12.5%) que solo se dio en el segundo trimestre. En cuanto a las remisiones al curso de preparación para el parto no se evidencian registros.

Al observar estos datos es posible que las remisiones no estén registradas porque la condición de la gestante no lo requería. La remisión al curso de preparación para el parto que es una actividad dirigida por la Enfermera, no aparece consignada en la historia clínica.

En relación con los registros sobre remisiones a vacunación no se hallaron datos para el primer trimestre, como ya se dijo puede que se deba a que el esquema de vacunación se da en el segundo y tercer trimestre, para los cuales los porcentajes encontrados son de (73.7% y 54.8%)

PUESTO DE SALUD SAN ANTONIO

1. Clasificación del riesgo

La clasificación del riesgo es una actividad médica según lo establece la Norma técnica, de esta manera, se encontró que en los tres trimestres de gestación, no existen registros consignados en los controles prenatales, por cuanto se podría pensar que la atención a la gestante es brindada por la Enfermera sin estar determinado este parámetro.

2. Valoración de la gestante

La valoración de la gestante es una herramienta de gran utilidad que permite detectar y prevenir posibles alteraciones durante la gestación. Se encontró que a medida que avanza la gestación, el porcentaje de los registros aumenta (43.6%, 58.8% y 62%), de igual forma sucede con cada uno de los aspectos que esta incluye: examen físico (56.6%, 67.7% y 69.4%) y anamnesis en el segundo y tercer trimestre, puesto que en el primero no hay registros al respecto (11.1% y 22.2%).

De este último aspecto se encontró que en el segundo trimestre la información registrada sobre anamnesis corresponde por igual a recomendaciones y tratamientos (16.6%), de la misma manera en el tercer trimestre esta información se encuentra registrada en el 55.5% y 11.1%. En relación con remisiones no se encontraron registros. Es posible que el no registro de la indagación sobre remisiones obedezca a que no han sido ordenados.

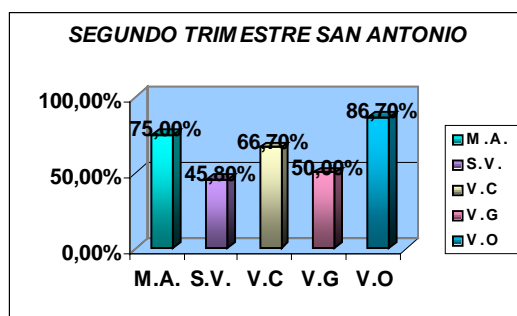
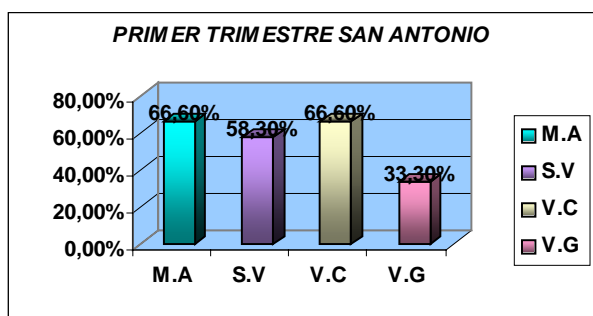
Ahora bien, en cuanto al registro del examen físico, en el primer trimestre, el aspecto que más se consignó fueron las medidas antropométricas, por el contrario en los trimestres posteriores lo es la valoración obstétrica. Lo anterior en razón a que en el primer trimestre esta última, no es una información factible de obtener. Ver cuadro No.3

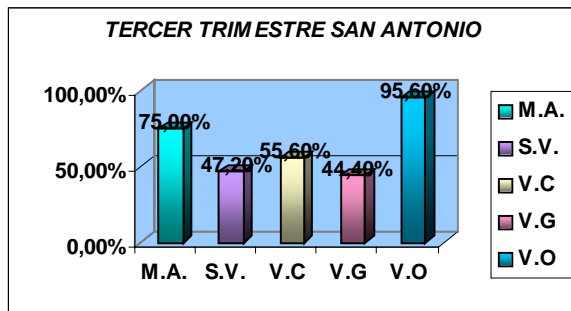
Cuadro 3. ASPECTOS CORRESPONDIENTES AL EXAMEN FISICO

Orden	Primer Trimestre	%	Segundo Trimestre	%	Tercer Trimestre	%
1	Medidas Antropométricas	66.6%	Medidas Antropométricas	75%	Medidas Antropométricas	75%
2	Signos Vitales	58.3%	Signos Vitales	45.8%	Signos Vitales	47.2%
3	Valoración cefalocaudal	66.6%	Valoración cefalocaudal	66.7%	Valoración cefalocaudal	55.6%
4	Valoración Ginecológica	33.3%	Valoración Ginecológica	50%	Valoración Ginecológica	44.4%
5			Valoración Obstétrica	86.7%	Valoración Obstétrica	95.6%

Fuente: Matriz aplicada.

Como se puede observar, para el segundo trimestre los registros de todos los aspectos aumentan en relación con el trimestre anterior, con excepción de los registros de signos vitales que descendieron en los dos últimos trimestres.





Cuando se revisaron los registros de cada uno de los aspectos que comprende la valoración se encontró que:

- En cuanto al registro de las medidas antropométricas: el peso se registra durante toda la gestación (100%), y de la talla no hay registros. Sin embargo el estado nutricional, es un dato que resulta de cruzar peso, talla y semanas de gestación, por tanto si se tiene en cuenta que este es registrado durante el embarazo en el 100%, el porcentaje descrito no correspondería.

En relación a la altura uterina en el primer trimestre este parámetro no se valora ya que el poco crecimiento uterino no lo permite, no obstante en el segundo y tercer trimestre se encontraron registros en el 100% de los controles prenatales.

- Como puede observarse en el cuadro No.3, el registro de los signos vitales solo se hizo aproximadamente en la mitad de los casos. Al analizar cada aspecto se encontró, que la tensión arterial es registrada en el 100% durante el primero y segundo trimestre, sin embargo su registro disminuye para el tercer trimestre (88.9%). Es bien sabido que este parámetro se debe tener en cuenta en cada control y más aun en el tercer trimestre que es cuando más puede variar.

Los registros de la frecuencia cardiaca fueron consignados en el 100%, 50% y 55.6% a lo largo de la gestación, no así lo fue la frecuencia respiratoria que se registró en el 33% para el primero y segundo trimestre y 44% para el último. En relación a la temperatura no se consignaron datos en la totalidad de controles prenatales.

- La valoración cefalocaudal registrada a lo largo de los tres trimestres (66.6%, 66.7% y 55.6%), aun cuando no alcanza el 100%, el porcentaje que se obtuvo representa una valoración completa .

- En la valoración ginecológica el registro de los dos aspectos a tener en cuenta, los senos y genitales, no supera el 50% (Ver cuadro No. 3). Al tomar cada aspecto se encontró, que en el transcurso de la gestación la valoración de los genitales se registra en el 66.6%, 100% y 77.8%, mientras que la valoración de los

senos, tan sólo se encuentra registrada en el tercer trimestre (11.1%). Al observar este último aspecto llama la atención el bajo porcentaje de registro, dada la importancia que reviste la preparación de la madre para asumir la lactancia.

- En relación con el registro de la valoración obstétrica, en el primer trimestre no hay datos consignados, ya que el corto tiempo de gestación no permite valorar este parámetro con precisión. No obstante se encontró que para los dos últimos trimestres el registro de la frecuencia cardiaca fetal y movimientos fetales se hizo en el 100%. En el segundo trimestre se encontró registro de presentación (100%), situación y número de fetos en igual porcentaje (66.7%). De la misma forma en el tercero los registros de la presentación y situación están consignados en la misma proporción (88.8%) y número de fetos (100%).

3. Exámenes de laboratorio

En relación con la solicitud registrada en el primer trimestre, ésta no es realizada por el profesional de Enfermería, sino por el contrario es el médico quien la consigna en la historia clínica.

Por otra parte se encontró que en los dos últimos trimestres, la Enfermera registró la orden de los exámenes que están determinados según el trimestre de gestación en tan solo el 37.5% y 55.6% respectivamente. No obstante al realizar la revisión estos son ordenados ya que hay un reporte anexo a la historia clínica, por consiguiente lo que no está es el registro de lo ordenado.

4. Formulación

En cuanto a la formulación de micronutrientes solo se encontró registros en el segundo y tercer trimestre (16.7% y 11.1%), el cual es un porcentaje muy bajo si se tiene en cuenta la importancia que tiene esta actividad en el bienestar materno fetal.

Sin embargo, el registro de la formulación de medicamentos mejora en relación con los micronutrientes (33.3%, 66.7% y 11.1%), lo que podría indicar que posiblemente la Enfermera esta brindando un tratamiento a alteraciones que no necesariamente requieren de una consulta medica.

5. Información y educación

En el primer trimestre la información y educación sobre signos de alarma fue el único aspecto a tener en cuenta, encontrándose registros en la totalidad de los controles prenatales (100%), lo cual permite que la madre tenga un conocimiento concreto de su situación de salud y pueda preveer la presencia de alteraciones en su embarazo.

En el segundo trimestre los registros sobre la educación brindada se orientaron a signos de alarma (100%), lactancia materna (33.3%) y planificación familiar (16.6%).

En el tercer trimestre los registros encontrados hacen referencia principalmente a la atención del parto: signos de alarma (100%) e información sobre la importancia del parto institucional, el cual no se registró. De igual forma se encontró que la información sobre planificación familiar y lactancia materna no se registró.

6. Remisiones

Según los datos registrados en el primer trimestre, la remisión a consulta médica es la única que se tiene en cuenta (38.9%), ya que no hay datos registrados de consultas odontológicas.

En relación con los dos últimos trimestres de gestación se encontró que del total de remisiones consignadas, los datos corresponden en mayor proporción a consulta médica (16.6% y 77.7%) que a odontológica (16.6%) la cual solo se registró en el segundo trimestre. En cuanto a las remisiones del curso de preparación para el parto no se encontraron datos.

Otro aspecto que se tuvo en cuenta fueron las remisiones a vacunación, de las cuales solo se encontró registros en el segundo y tercer trimestre (80% y 76.2%), pues esta actividad esta limitada a estos periodos.

8. DESCRIPCIÓN DE LOS RECURSOS

Los recursos con los que dispuso la Enfermera en los puestos de salud El Carmen, El Libertador y San Antonio al momento de realizar el control prenatal fueron identificados por medio de una encuesta dirigida a las profesionales que laboraron en estos sitios durante el año 2005.

En los criterios de disponibilidad, estado y mantenimiento o cambio de los recursos, se encontró que:

- En los tres puestos de salud, los elementos tales como: el fonendoscopio, el tensiómetro, el termómetro, el tallímetro, el fetocardiógrafo, la balanza, la camilla ginecológica, la sabana para camilla, la gradilla, el escritorio y silla, la silla para paciente, el recipiente para la basura y la papelería; están disponibles y en buen estado en el consultorio de Enfermería los cuales son cambiados periódicamente o según necesidad.
- En cuanto a la disponibilidad de guantes, lámpara cuello de cisne y material educativo, solo en dos puesto de salud se cuenta con estos recursos, los cuales son cambiados según necesidad.
- En relación con la linterna, tan solo esta disponible en un puesto de salud.
- Entre los elementos no disponibles en ninguno de los puestos de salud están el biombo y la bata para paciente.

9. FORTALEZAS Y DEBILIDADES EN LA ATENCIÓN DEL CONTROL PRENATAL A LAS GESTANTES

Variable	Dimensión	Fortalezas	Debilidades
Riesgo	Clasificación del riesgo		<p>* La clasificación del riesgo en la gestante no la realiza el medico, por lo tanto en ocasiones lo asume la Enfermera.</p> <p>* Las reclasificaciones registradas fueron realizadas por la Enfermera.</p>
Valoración de la Gestante	Anamnesis		* Se carece de registros sobre la indagación de tratamientos, recomendaciones y remisiones.
	Medidas Antropométricas	*Se encuentra registrado el peso, la altura uterina y el estado nutricional.	* Aunque es satisfactorio el registro del estado nutricional, este no correspondería pues el dato de la talla no está consignado.
	Signos Vitales	* El registro de la tensión arterial aunque está registrado en la mayoría de las historias clínicas , tiene tendencia a ser debilidad por no encontrarse en el 100% de ellas.	* Los signos vitales que más bajo registro poseen son en su orden: temperatura, frecuencia respiratoria y frecuencia cardiaca.
	Valoración cefalocaudal	* Registro de valoración cefalocaudal completa y ordenada.	
	Valoración Ginecológica	*El registro de la valoración de los genitales es satisfactoria	* En cuanto a la valoración de los senos son muy pocos los datos consignados, lo que implica una debilidad frente a la preparación para la lactancia materna.

	Valoración Obstétrica	<p>* Los datos registrados sobre la frecuencia cardiaca fetal y movimientos fetales , aun cuando no alcanzan el 100%, son pertinentes para el trimestre de gestación</p> <p>* Teniendo en cuenta que en los dos primeros trimestres la situación, presentación y numero de fetos no pueden valorarse con precisión, los registros encontrados son satisfactorios.</p>	<p>* Los registros de situación, presentación y número de fetos son bajos teniendo en cuenta la importancia de éstos en el último trimestre.</p>
Exámenes de Laboratorio	Solicitud e interpretación de resultados	*Son registrados los resultados y la interpretación de los exámenes paraclínicos.	* No aparece el registro de solicitud de exámenes de laboratorio aun cuando está anexo el reporte en la historia clínica.
Formulación	Micronutrientes		* Son escasos los registros sobre la formulación de micronutrientes en cada trimestre.
	Medicamentos	* El registro encontrado puede considerarse una fortaleza, si se tiene en cuenta que la Enfermera formula los medicamentos que le están permitidos.	
Información y Educación	Parto institucional		* Se carece de registros sobre la importancia del parto institucional
	Signos de alarma	* Los signos de alarma aparecen registrados en un alto porcentaje.	
	Planificación Familiar	* Aparecen registros de planificación familiar en el puerperio.	* En relación con la planificación familiar solo se encontró registros en dos controles prenatales

	Lactancia Materna		*Dada la importancia de la Lactancia Materna los registros son mínimos, lo cual se corrobora con lo encontrado en la valoración de senos.
Remisiones	Curso de preparación para el parto		*Son pocos los registros sobre las remisiones al curso de preparación para el parto y tampoco hay evidencia de que se estén realizando.
	Consulta médica	* La remisión a la consulta médica es registrada, lo cual indica que se cuenta con el apoyo de otros profesionales en la atención de la gestante.	
	Consulta odontológica	*Aun cuando los registros de las remisiones a la consulta odontológica son bajos, indican que la Enfermera realiza la actividad cuando el estado de la gestante lo amerita.	
	Vacunación	*Los registros de remisiones a vacunación son significativamente altos aun cuando estos no aparecen registrados en el primer trimestre, ya que solo se requieren en los dos últimos trimestres de gestación	

Criterio: Fortaleza cuando los registros superan el 75%

Debilidad cuando no alcanzan el 75%

El registro de la tensión arterial requiere estar en el 100% para ser considerados como fortaleza

10. ESTRATEGIAS ORIENTADAS AL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA ATENCIÓN A LAS GESTANTES

ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	INDICADOR
Diseñar e implementar un plan operativo dirigido a las Enfermeras sobre el registro de las actividades ejecutadas y a lo establecido en la Norma técnica de detección temprana de alteraciones en el embarazo	* Realizar capacitaciones sobre la importancia de los registros en las historias clínicas.	$\frac{\text{No. de capacitaciones realizadas} * 100}{\text{No. de capacitaciones programadas}}$
	* Verificar por medio de talleres la aplicación de los registros en una historia clínica.	$\frac{\text{No. de talleres realizados} * 100}{\text{No. de talleres programados}}$
	* Monitorear y evaluar los registros de las historias clínicas aleatoriamente.	$\frac{\text{No. de monitoreos realizados} * 100}{\text{No. de monitoreos programados}}$
	* Crear un comité de Enfermeras para la auditoria de los registros de Enfermería en las historias clínicas	Implementación del comité
	* Ejecutar reuniones periódicas de la efectividad del comité.	Reuniones realizadas en el periodo
	* Establecer las reformas pertinentes para el mejoramiento continuo de los registros.	Propuesta de Mejoramiento
	* Continuar con los procesos de organización de las historias clínicas	Historias Clínicas organizadas.
Diseñar y ejecutar proyectos de educación continua a las Enfermeras sobre las especificidades de la Norma técnica de detección temprana de alteraciones en el embarazo y con base en los resultados de la presente investigación.	* Realizar capacitaciones sobre las actividades que deben estar presentes en un control prenatal completo.	$\frac{\text{No. de capacitaciones realizadas}}{\text{No. total de capacitaciones programadas}}$
	* Realizar reuniones periódicas de Enfermería para la identificación de falencias presentes en la realización del control prenatal.	Reuniones realizadas en el periodo
	* Diseñar e implementar material educativo que facilite la ejecución del control.	Efectividad del material educativo

Implementar un programa de revisión y mantenimiento de los equipos de acuerdo a las necesidades de los consultorios de Enfermería para la realización del control prenatal.	* Continuar con el mantenimiento de los equipos disponibles en los puestos de salud	No. de mantenimientos realizados en el periodo. <hr/> No. de mantenimientos programados en el periodo
	* Velar por la calidad y cantidad de los suministros necesarios.	Numero de suministros en el periodo
	* Proveer en los puestos de salud los recursos como el biombo y bata para paciente para brindar comodidad a las gestantes en el control prenatal.	Adecuaciones realizadas en el consultorio.

11. CONCLUSIONES

- Las actividades que realiza el profesional de Enfermería en el control prenatal siguen los lineamientos contemplados en la Norma técnica de detección temprana de alteraciones en el embarazo, sin embargo se encuentran falencias importantes en el diligenciamiento de los registros en cuanto a anamnesis, signos vitales, valoración ginecológica, solicitud de exámenes, formulación, información y educación sobre parto institucional y remisiones al curso de preparación para el parto.
- La clasificación del riesgo que debe ser realizada por el médico, no es consignada en el control prenatal, por cuánto la Enfermera realiza el seguimiento y control de la gestante sin estar determinado este parámetro, así como la reclasificación del riesgo.
- Al ser la Enfermera quien realiza el mayor número de controles prenatales, podría pensarse que la mayoría de la población gestante que asiste a los tres puestos de salud son de bajo riesgo.
- La anamnesis y el examen físico de la gestante son la base para la planeación del cuidado y la orientación en el autocuidado, por lo tanto el no registro en la historia clínica de éstos aspectos por parte de la Enfermera, hace pensar que no se realiza la actividad y /o que el cuidado planeado carece de sustento para hacerlo individualizado.
- La mayoría de los elementos necesarios para la realización del control prenatal, están presentes en el consultorio de Enfermería, por tanto los bajos porcentajes en algunos registros radican en la dificultad para consignar la información y no en la carencia de los materiales para realizar el control.
- Los bajos registros de la Enfermera en la historia clínica de la gestante le resta trascendencia a su labor y la hace vulnerable al desconocimiento de su trabajo y a la descalificación de la gran tarea que realiza en la prestación del servicio.

12. RECOMENDACIONES

- Adecuar las estrategias propuestas para su respectiva aplicación.
- Continuar con los procesos de investigación, con el fin de mejorar constantemente la calidad de la atención prenatal.
- Unificar criterios para el diligenciamiento del nombre de las usuarias ya que suele encontrarse el número de la historia clínica con diferentes nombres.
- Realizar estudios estadísticos para así establecer las coberturas del control prenatal en cada uno de los puestos de salud.
- Realizar con base en las coberturas y la atención que se brinda la asignación del personal y el planeamiento de las actividades.
- Las remisiones al curso de preparación para el parto son necesarias y de obligatorio cumplimiento según la Norma, con lo cuál la institución debería diseñar un programa que involucre la participación continua de las Enfermeras ya que son ellas las responsables de la educación y seguimiento de la gestante.

BIBLIOGRAFÍA

- ALVAREZ, Francisco. Calidad y auditoría en salud. Eco ediciones, primera edición, Bogota D.C., julio de 2003.
- BILLON, Diane y VILLARREAL, Tighe. Modelo de Anteproyecto y Proyecto. Imprenta U.P.T.C. Tunja.
- BOTERO, Jaime. Obstetricia y Ginecología. Sexta edición. 2000
- Cajanal E.P.S. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Editorial Printer Colombiana. Colombia.1998.
- CARTA DE BANGKOK 2005 . “ La Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado”. Sexta conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Tailandia 2005
- CODIGO DE ETICA DE ENFERMERIA. 1978
- CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA. Republica de Colombia. 1991
- DECRETO 1876 de 1994
- DECRETO 2753 de 1997
- DIDONA, Nancy. Enfermería maternal. Mc. Graw Hill. México 1998. Pág. 115-121
- FREGIA, Glenda.Enfermería Perinatal, Salud en la reproducción.Editorial Limusa. Volumen I. México.1982. Pág. 80.
- IVANCEVICH, Jhon, LORENZI, Peter. Gestión, Calidad y Competitividad. Primera Edición. España. 1996.
- LERMA, Héctor. Metodología de la Investigación. Editorial Ecoe. Segunda Edición. Bogota.2001
- LEY 266. 26 de Junio de 1996
- LEY 100 de 1993
- MEJIA, Braulio. Auditoria Medica para la garantía de la calidad en salud. Eco ediciones, cuarta edición, Bogota D.C., agosto de 2002.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Republica de Colombia. Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna en Boyacá y protocolo de vigilancia en salud pública de la mortalidad materna y perinatal.2004.

MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL.Responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia. Ley 911 5 de octubre del 2004

NORMA TÉCNICA PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO. (Hace parte de la RESOLUCION 0412 DE 2000)

NORMA TÉCNICA COLOMBIANA. Documentación. Presentación de Tesis, Trabajos de Grado y otros Trabajos de Investigación

PARDO, Graciela. Investigación en Salud. Editorial Mc Graw Hill. Colombia 1997

POLIT, Dense. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Editorial Mc Graw Hill. Sexta Edición. México.2000

Portafolio de Servicios E.S.E. Santiago de Tunja

RESOLUCIÓN 0412 de 2000

RESTREPO, Helena, MALAGA, Hernán. Promoción de la salud: como construir vida saludable. Editorial Medica Internacional. Colombia. 2001

Traducción tomada del libro de Promoción de la Salud: Una Antología. OPS/OMS Publicación Científica No. 557.1990 Pág. 6.

ANEXO A. MATRIZ PARA CONDENSAR LA INFORMACIÓN DE LOS CONTROLES PRENATALES DE LAS GESTANTES

Nombre del Puesto de Salud:

No. de Orden	No. de HCL	Riesgo	PRIMER TRIMESTRE DE GESTACION																		
			Valoración de la Gestante *												Exámenes	Formulación **			Información y Educación	Remisiones ***	
			Anamnes			Examen Físico				V.C	V.G	Orden de realización	MICR			MED	Signos de Alarma	CM		CO	
			R	T	R	P	T	N	FC				FR	T	TA				S		G

Convenciones:

- *Valoración de la Gestante
- Anamnesis: R: Recomendaciones, T: Tratamientos, R: Remisiones
- Examen Físico: MA : Medidas Antropométricas: P: Peso, T: Talla, N: Nutrición; SV: Signos Vitales: FC: Frecuencia Cardiaca, FR: Frecuencia Respiratoria, T: Temperatura, TA: Tensión arterial; V.C: Valoración Cefalocaudal; VG: Valoración Ginecológica : S: Senos, G: Genitales
- **Formulación: MICR: Micronutrientes: SF: Sulfato Ferroso, AF: Ácido Fólico, C: Calcio; MED: Medicamentos
- ***Remisiones: CM: Consulta Medica, CO: Consulta Odontológica

ANEXO B. MATRIZ PARA CONDENSAR LA INFORMACIÓN DE LOS CONTROLES PRENATALES DE LAS GESTANTES

Nombre del Puesto de Salud:

No. de Ord.	No. de HCL	Riesgo	SEGUNDO TRIMESTRE DE GESTACION																																			
			Valoración de la Gestante *																	Exámenes de Laboratorio **	Formulación ***			Informa. y Educación ****			Remisiones *****											
			Anamnes			Examen Físico															MICR	MED				P P	Con		V									
						MA			SV			V.C	V.G		VO												S	A		C	M	O						
R	T	R	P	T	A U	N	F C	F R	T	T A	S		G	N F	S	P	F C F	M F	U R	U C	C T	E	S F	A F	C	S A			P L				L M	M	O			

Convenciones

*Valoración de la Gestante

Anamnesis: R: Recomendaciones, T: Tratamientos, R: Remisiones

Examen Físico: MA : Medidas Antropométricas: P: Peso, T: Talla, AU: Altura uterina N: Nutrición; SV: Signos Vitales: FC: Frecuencia Cardíaca, FR: Frecuencia Respiratoria, T: Temperatura, TA: Tensión arterial; V.C: Valoración Cefalocaudal; VG: Valoración Ginecológica: S: Senos, G: Genitales; VO: Valoración Obstétrica: NF: Numero de fetos, S: Situación, P: Presentación, FCF: Frecuencia cardíaca fetal, MF: Movimientos Fetales.

** Exámenes de laboratorio: UR: Uroanálisis, UC: Urocultivo, CT: Curva de Tolerancia a la Glucosa, E: Ecografía obstétrica

***Formulación: MICR: Micronutrientes: SF: Sulfato Ferroso, AF: Ácido Fólico, C: Calcio; MED: Medicamentos

**** Información y Educación: SA: Signos de alarma, PL: Planificación familiar, LM: Lactancia Materna

*****Remisiones: PP: Curso de preparación para el parto; CON: Consultas: M: Consulta Médica, O: Consulta Odontológica; V: Vacunación de Tétano

ANEXO C. MATRIZ PARA CONDENSAR LA INFORMACIÓN DE LOS CONTROLES PRENATALES DE LAS GESTANTES

Nombre del Puesto de Salud:

No. de Ord.	No. de HCL	Riesgo	TERCER TRIMESTRE DE GESTACION																																					
			Valoración de la Gestante*											Exámenes de Laboratorio**					Formulación***			Informa. y Educación****			Remisiones*****															
			Anamnesis			Examen Físico								V.C	V.G		VO			MICR			MED	AP		PLM	PP	CON		V										
						MA			EF						S	G	NF	S	P	FCF	MF	UR		UC	CT			E	S		SF	AF	C	PI	SA	M	O			
R	T	R	P	T	AU	N	FC	FR	T	TA	S	G	NF		S	P	FCF	MF	UR	UC	CT	E		S	SF			AF	C		PI	SA	M	O						

Convenciones

*Valoración de la Gestante
 Anamnesis: R: Recomendaciones, T: Tratamientos, R: Remisiones
 Examen Físico: MA : Medidas Antropométricas: P: Peso, T: Talla, AU: Altura uterina N: Nutrición; SV: Signos Vitales: FC: Frecuencia Cardíaca, FR: Frecuencia Respiratoria, T: Temperatura, TA: Tensión arterial; V.C: Valoración Cefalocaudal; VG: Valoración Ginecológica: S: Senos, G: Genitales; VO: Valoración Obstétrica: NF: Numero de fetos, S: Situación, P: Presentación, FCF: Frecuencia cardíaca fetal, MF: Movimientos Fetales.
 ** Exámenes de Laboratorio: UR: Uroanálisis, UC: Urocultivo, CT: Curva de Tolerancia a la Glucosa, E: Ecografía obstétrica, S: Serología
 ***Formulación: MICR: Micronutrientes: SF: Sulfato Ferroso, AF: Ácido Fólico, C: Calcio; MED: Medicamentos
 **** Información y Educación: AP: Atención del Parto: PA: Parto Institucional, SA: Signos de alarma; PL: Planificación familiar, LM: Lactancia Materna
 *****Remisiones: PP: Curso de preparación para el parto; CON: Consultas: M: Consulta Medica, O: Consulta Odontológica; V: Vacunación de Tétano