

**CALIDAD DEL DILIGENCIAMIENTO HISTORIA CLÍNICA PROGRAMA
DETECCIÓN TEMPRANA ALTERACIONES DEL EMBARAZO**

HOSPITALES: NAZARETH QUINCHÍA, SAN LORENZO SUPÍA, 2016

QUALITY OF DILIGENCING CLINICAL HISTORY EARLY DETECTION
PROGRAM ALTERATIONS OF PREGNANCY

HOSPITALS NAZARETH QUINCHIA SAN LORENZO SUPIA CALDAS, 2016

JAIRO ALBERTO ACEVEDO VALENCIA

JENNY MARITZA BECERRA MORALES

MÓNICA YULIETH CALVO QUICENO

ROSA ANGÉLICA PESCADOR ARANA

RED ILUMINO
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN AUDITORÍA EN SALUD
PEREIRA- RISARALDA
2017

Calidad del diligenciamiento historia clínica programa detección temprana alteraciones del embarazo.

Hospitales: Nazareth Quinchía, San Lorenzo Supía Caldas, 2016

Quality of diligencing clinical history early detection program alterations of pregnancy

Hospitals Nazareth Quinchia, San Lorenzo Supia, 2016

Jairo Alberto Acevedo Valencia
Jenny Maritza Becerra Morales
Mónica Yulieth Calvo Quiceno
Rosa Angélica Pescador Arana

Asesores:

Temático

José Edison Echeverry

Metodológico

Magda Dicelly Marín Villada

Docente módulo metodología de investigación II
Carmen Luisa Betancur Pulgarín

Trabajo para optar al título de Especialista en Auditoría en Salud.

Red Ilumino
Fundación Universitaria del Área Andina
Facultad de Ciencias de la Salud
Centro de Posgrados
Especialización Auditoría en Salud
Pereira- Risaralda
2017

Nota de aceptación

Firma del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a Dios por darnos la sabiduría y el entendimiento, a nuestra familia por su comprensión y tolerancia, también a nuestro equipo de trabajo.

Al centro de posgrado de la Fundación Universitaria del Área Andina por darnos la oportunidad de estudiar con excelentes profesionales, a la Profesora de investigación Carmen Luisa Betancur Pulgarín quien, con su conocimiento, experiencia, visión crítica y rectitud en su profesión como docente nos ayudó a formarnos como personas y auditores de calidad; a los tutores por su acompañamiento y motivación durante la especialización y de manera especial a los directivos de los hospitales Nazareth de Quinchia Risaralda y san Lorenzo de Supia Caldas y al personal asistencial y administrativos que hizo parte de esta investigación.

LISTA DE CONTENIDO

	Pág.
1. PROBLEMA.....	8
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	11
2. JUSTIFICACIÓN	12
3. OBJETIVOS	14
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	14
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
3.3 MATRIZ DE OBJETIVOS.....	15
4. MARCO TEÓRICO	19
4.1 MARCO DE ANTECEDENTES.....	19
4.2 MARCO DE REFERENCIA	28
4.3 MARCO CONCEPTUAL.....	38
4.3.1 PALABRAS CLAVE.....	53
4.4 MARCO JURÍDICO	54
5. METODOLOGÍA.....	57
5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	57
5.2 POBLACIÓN.....	57
5.3 MUESTRA	57
5.4 UNIDAD DE ANÁLISIS.....	59
5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	59
5.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	59
5.7 PLAN DE ANÁLISIS	60
5.7.1 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	60
5.7.2 VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS.....	60
5.7.3 TABULACIÓN DE DATOS.....	60
5.7.4 PRUEBAS ESTADÍSTICAS.....	60
5.7.5 PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	66
5.7.6 CONTROL DE SEGOS.....	66
5.8 COMPROMISO BIOÉTICO.....	67
5.9 COMPROMISO MEDIOAMBIENTAL.....	67

5.10 RESPONSABILIDAD SOCIAL.....	67
5.11 POBLACIÓN BENEFICIADA.....	68
5.12 DIFUSIÓN DE RESULTADOS.....	69
6. RESULTADOS	70
6.1 ANÁLISIS UNIVARIADO.....	71
6.2 ANALISIS BIVARIADO.....	79
6.3 DISCUSION DE LOS RESULTADOS.....	79
7. CONCLUSIONES.....	82
8. RECOMENDACIONES.....	83
BIBLIOGRAFÍA.....	84
ANEXOS.....	97
TABLA #1: Variables con numeración.....	61
TABLA # 2: matriz de priorización riesgo, costo, volumen para las variables semaforizadas en rojo hospital Nazareth Quinchía.....	64
TABLA # 3: matriz de priorización riesgo, costo, volumen para las variables semaforizadas en rojo hospital San Lorenzo Supía.....	65
TABLA # 4: porcentaje de cumplimiento del correcto diligenciamiento de las variables de la historia clínica materno perinatal, hospital Nazareth Quinchía Risaralda y hospital San Lorenzo de Supía Caldas cuarto trimestre 2016.....	71
TABLA # 5: porcentaje de cumplimiento del correcto diligenciamiento de las variables de la historia clínica materno perinatal, hospital Nazareth Quinchía Risaralda cuarto trimestre 2016.....	75
TABLA # 6: porcentaje de cumplimiento del correcto diligenciamiento de las variables de la historia clínica materno perinatal, hospital San Lorenzo Supía Caldas cuarto trimestre 2016.....	77

GRÁFICO # 1: Hospital Nazareth Quinchía Risaralda.....	20
GRÁFICO # 2: Hospital San Lorenzo Supía Caldas.....	24
GRÁFICO # 3: Cálculo de la muestra.....	58
GRÁFICO # 4: Variables semaforizadas hospital Nazareth Quinchia Risaralda...63	
GRÁFICO # 5: Variables semaforizadas hospital San Lorenzo Supía Caldas.....	63
GRÁFICO # 6: Porcentaje de cumplimiento.....	66
ANEXO A: Operacionalización de variables.....	97
ANEXO B: Instrumento de valoración.....	105
ANEXO C: Consentimientos informados.....	108
ANEXO D: Cronograma en tabla de Gantt.....	112
ANEXO E: Presupuesto.....	114
ANEXO F: Árbol de problemas.....	117
ANEXO G: Plan de mejora.....	118

1. PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mortalidad materna se define como un problema de salud pública a nivel nacional y mundial, el cual, busca ser intervenido por el quinto objetivo del milenio, ya que de acuerdo a estadísticas dadas por la Organización Mundial de la Salud mueren 792 mujeres diariamente.¹ Se calcula que del total de muertes maternas que ocurren en el mundo, más del 99% se registran en los países en desarrollo, mientras que en el mundo en desarrollo, el riesgo de muertes maternas a lo largo de toda la vida, es de 1 en 76 y en el mundo industrializado es de 1 en 8000.²

Bangladesh, Venezuela, Portugal y Colombia, presentan la mayor razón de mortalidad materna por preeclampsia, ocupando Colombia el puesto 80 de 189 países en este evento de interés en salud pública sin resolver. Los datos a nivel nacional arrojan que se presentan 65,7 muertes por cada 1.000.000 de nacidos vivos, mientras que en Latinoamérica es del 88,9 por cada 1.000.000 de nacidos vivos.²

Además, se observan tasas elevadas de mortalidad fetal y neonatal a nivel mundial, lo cual, se incrementa debido a que el 25% de las mujeres embarazadas nunca controla su gesta antes del parto, propiciando daños perinatales como retardo en el crecimiento intrauterino, mortalidad fetal y mortalidad neonatal precoz.³

Gracias a las estrategias implementadas para mejorar la calidad del control prenatal y la atención priorizada a las gestantes de alto riesgo, se ha logrado disminuir a 0,00 el indicador de mortalidad materna en el municipio de Supía Caldas.⁴

Según la magnitud y tendencia de la razón de mortalidad materna, del 2005 al 2011, en el municipio de Quinchía Risaralda, únicamente se presentaron casos de mortalidad materna en el año 2006, no hay casos en los otros años.⁵

1) Herrera MJA, Escobar HJP. Mortalidad Materna evitable: Meta del milenio como propósito nacional. Monitor Estratégico. Colombia. 2014. (6). SP. Revisión: Abril de 2016. Disponible en: <http://repository.unad.edu.co/bitstream/10596/5273/1/151004%20social.pdf#page=>

2) Cabezas, Evelio. "Mortalidad materna, un problema por resolver: a problem to be solved." Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología 35.3 (2009): 0-0.

3) Grandí, Carlos, and P. Sarasqueta. "Control prenatal: evaluación de los requisitos básicos recomendados para disminuir el daño perinatal." J Pediatr (RJ) 73.Suppl 1 (1997): S15-20.

4) Jaramillo Gutierrez Ana Cristina Arana Torres Alejandra María Gutiérrez Francisco Javier Parra González Julian "Perfil epidemiológico Supía Caldas2013"

5) MPS. Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de la salud del Municipio de Quinchía Risaralda, 2013. [Página principal en internet]. Colombia. Noviembre de 2014. Revisión: Mayo de 2016. Disponible en: www.risaralda.gov.co/salud/introdocuments/webDow9nload/quinchia_2161

En Colombia, según la norma técnica de detección temprana de las alteraciones del embarazo, la atención prenatal implica un conjunto de actividades destinadas a la identificación de los riesgos relacionados con el embarazo, a fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones.⁶

Diversos estudios han demostrado asociación entre ausencia del control prenatal y tasa de mortalidad perinatal, la calidad del mismo es la que impacta sobre esta; además se enfoca a analizar la calidad de la atención, encontrando que una calidad inadecuada, conlleva a una mortalidad prenatal más alta por la falta de un diagnóstico oportuno.⁷

Se percibe la falta de asistencia por parte de las mujeres gestantes a sus respectivos controles prenatales, lo cual es consecuencia en primera instancia por la falta de educación sobre el autocuidado y la importancia de acudir al control médico y de enfermería, provocando que la morbimortalidad materna sea uno de los principales problemas en la población, el cual, involucra otros factores, como la edad de la madre, la calidad de los servicios de salud, factores socioeconómicos, culturales y demográficos.⁸

Un servicio en salud que requiere para su éxito continuidad y seguimiento de las usuarias, es el control prenatal, donde se vigila la evolución del embarazo, se prepara a la madre para el parto y supone la implementación de acciones como la educación en salud para la mujer embarazada, su familia y el fomento del autocuidado de la mujer para reducir los riesgos.

La cobertura y la calidad de la atención prenatal están relacionadas directamente con la mortalidad materna. La mayor parte de las muertes perinatales también tiene relación con las enfermedades subyacentes de la madre y los problemas del embarazo, el parto y el puerperio, por lo que una atención prenatal completa y adecuada, resulta sumamente importante para prevenir el deceso de los menores.⁸

La evaluación de la calidad de los servicios de salud inició en las primeras décadas del siglo xx, y a partir de la segunda mitad de ese siglo se convirtió en una herramienta indispensable en la transformación de los sistemas de salud, respondiendo a reclamos de eficiencia técnica y responsabilidad social de sus servicios.⁹

6) Ávila, Irma Yolanda Castillo, et al. "satisfacción de usuarias del control prenatal en instituciones de salud públicas y factores asociados. Cartagena." Revista Hacia la Promoción de la Salud 19.1 (2014): 128-140.

7) Barradas, Aguilar, et al. "y su relación con la calidad de la atención prenatal." Rev Med IMSS 43.3 (2005): 215-220.

8) Moya-Plata, D, IJ, Salazar G, and Mora Merchán MA, Ingreso temprano al control prenatal en una unidad materno infantil. Revista CUIDARTE 1.1.Colombia. 2010. SP. Revisión: Abril de 2016. Disponible en: <http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/73>

9) Bronfman MN, Pertzovsky, Moreno LS, Rodríguez CM, Alejandra M, Altamirano, Rutsteins S. Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. Salud pública de Mexico. 2003. Vol 45 (6). SP. Revisión Abril de 2016. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342003000600004&>

Por no contar con personal competente para realizar la atención a la gestante, no actualizar y socializar las guías de práctica clínica, manuales y protocolos institucionales con este, recursos limitados, equipos sin mantenimiento, software sin actualización y falta de capacitación en su manejo, se presentan errores en el diligenciamiento de la historia clínica, provocando aumento en el número de eventos adversos, afectando el indicador de morbilidad materna y fetal, demandas a nivel institucional y una posible suspensión de los servicios para las mujeres gestantes.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la calidad del diligenciamiento de la historia clínica del programa de detección temprana de las alteraciones del embarazo, con fundamentación en las Resoluciones números 0412 del 2000 y 1995 de 1999, en los hospitales San Lorenzo de Supia Caldas y Nazaret de Quinchia Risaralda, durante el cuarto trimestre del año 2016?

2 JUSTIFICACIÓN

El control prenatal se define como todas las acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden coordinar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal; con el fin de lograr la reducción de esta, se conoce que el programa de Detección temprana de las alteraciones del embarazo es una estrategia del sector salud que se encarga de la identificación del bienestar materno-fetal, la cual está orientada en la realización de una serie de actividades fundamentales para la adecuada evaluación y seguimiento de los cambios durante la gestación y para ello mejorar la calidad de la atención.⁸

Para lograr un óptimo desarrollo de las estrategias se hace necesario implementar los componentes donde se garantice la detección y captación temprana de las gestantes, después de la primera falta menstrual y antes de la semana 10 para intervenir y controlar factores de riesgo, pero cabe anotar que es necesario determinar la calidad de la atención en el control prenatal en las instituciones de salud, donde se puedan identificar falencias y ser corregidas oportunamente para así disminuir alteraciones durante la gestación.

Para lograr un adecuado desarrollo de las estrategias y actividades es de vital importancia que las instituciones cuenten con los profesionales de enfermería y médicos capacitados en el cuidado de la salud materna durante el embarazo, nacimiento y puerperio, con conocimiento de servicio y compromiso moral en el cuidado de la salud y la vida de las mujeres gestantes, dado que una atención prenatal de calidad, se encuentra asociada a una mayor probabilidad de parto en un centro sanitario, reduciendo así el riesgo de complicaciones y muertes neonatal y materna.

La importancia de la calidad en la atención a la salud perinatal, al compararla con la calidad de otros servicios de salud, es enfatizada por el hecho de que un creciente número de partos están expuestos a intervención médica.⁶

La organización Mundial de la Salud (OMS), estimó que el índice de mortalidad materna a nivel mundial se encuentra a razón de 400 por cada 100.000 nacidos vivos, lo que corresponde a 529.000 defunciones maternas anuales, de las cuales de los 300 millones de mujeres del mundo entero que padecen actualmente enfermedades de corta o larga duración, son atribuidas al embarazo o al parto, por

6) Ávila, Irma Yolanda Castillo, et al. "satisfacción de usuarias del control prenatal en instituciones de salud públicas y factores asociados. Cartagena." *Revista Hacia la Promoción de la Salud* 19.1 (2014): 128-140.

8) Moya-Plata, D, IJ, Salazar G, and Mora Merchán MA, Ingreso temprano al control prenatal en una unidad materno infantil. *Revista CUIDARTE* 1.1.Colombia. 2010. SP. Revisión: Abril de 2016. Disponible en: <http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/73>

tal razón cada hospital, empresa de seguridad social o diferentes gobiernos plantean modelos de control prenatal, basándose en estándares internacionales, con el fin de mejorar y garantizar una atención de calidad de la madre y su neonato, así como también fortalecer la vigilancia y prevención de la mortalidad materna y perinatal.⁸

En Colombia se han implementado las políticas públicas relacionadas con mortalidad materna incluidas en el acuerdo 117 de 1998, la Resolución 412 del año 2000 y la Resolución 3384 del 2000 que contribuyen a su disminución en un 9%, adicionalmente, la política pública de salud sexual y reproductiva, logró reducir la problemática en un 25%. El Decreto 3039 del 2007, la integración de acciones del ministerio de salud y protección social con el Instituto Nacional de Salud e implementación de protocolo de vigilancia pública sobre mortalidad materna y guías de práctica clínica, reducen en un 34,8% más la mortalidad materna.

Gracias a las estrategias implementadas para mejorar la calidad del control prenatal y la atención priorizada a las gestantes de alto riesgo, se ha logrado disminuir a 0,00 el indicador de mortalidad materna en el municipio de Supia Caldas.⁴

Según la magnitud y tendencia de la razón de mortalidad materna, del 2005 al 2011, en el municipio de Quinchía Risaralda, únicamente se presentaron casos de mortalidad materna en el año 2006, no hay casos en los otros años.⁵

La Detección temprana de las alteraciones del embarazo parte de un correcto diligenciamiento de la historia clínica, porque es allí donde el personal de salud identifica en cada uno de los controles y valoraciones las posibles factores de riesgo; además se registra la información brindada por la paciente.

La investigación se realiza con el fin de determinar cuál es la calidad del diligenciamiento de la historia clínica del programa de Detección temprana de las alteraciones del embarazo, con fundamentación en las Resoluciones números 0412 del 2000 y 1995 de 1999, en los hospitales Nazaret de Quinchia Risaralda y San Lorenzo de Supía Caldas, durante el cuarto trimestre del año 2016, y así, elaborar un plan de mejoramiento a la institución evaluada para disminuir la presencia de casos de morbimortalidad materna y perinatal.

4) Jaramillo Gutierrez Ana Cristina Arana Torres Alejandra María Gutiérrez Francisco Javier Parra González Julian "Perfil epidemiológico Supia Caldas 2013"

5) MPS. Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de la salud del Municipio de Quinchia Risaralda, 2013. [Página principal en internet]. Colombia. Noviembre de 2014. Revisión: Mayo de 2016. Disponible en: www.risaralda.gov.co/salud/introdocuments/webDownload/quinchia_2161

8) Moya-Plata, D, IJ, Salazar G, and Mora Merchán MA, Ingreso temprano al control prenatal en una unidad materno infantil. Revista CUIDARTE 1.1.Colombia. 2010. SP. Revisión: Abril de 2016. Disponible en: <http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/73>

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar la calidad del diligenciamiento de la historia clínica del programa de Detección temprana de las alteraciones del embarazo con fundamentación en las Resoluciones números: 1995 de 1999 y 0412 del 2000, en los hospitales Nazaret de Quinchia Risaralda y San Lorenzo de Supía Caldas, durante el cuarto trimestre del año 2016, para proponer un plan de mejora según lo encontrado.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar el cumplimiento de las características básicas de la historia clínica según Resolución 1995 de 1999.
2. Establecer las variables que afectan la calidad del diligenciamiento de las historias clínicas según Resolución 412 del 2000.
3. Proponer un plan de mejora para promover el adecuado diligenciamiento de la Historia clínica perinatal.

3.3 MATRIZ DE OBJETIVOS, CONCEPTOS, VARIABLES E INDICADORES.

OBJETIVOS	CONCEPTOS	DEFINICION	VARIABLES	INDICADOR
Identificar el cumplimiento de las características básicas de la Historia clínica según Resolución 1995 de 1999.	Características básicas de la Historia clínica	Requisitos mínimos exigidos para el diligenciamiento de la Historia clínica	Integralidad	% de historias clínicas diligenciadas de manera integral.
			Secuencialidad	% de historias clínicas diligenciadas de manera secuencial.
			Racionalidad científica	% de historias clínicas diligenciadas con racionalidad científica.
			Disponibilidad	% de historias clínicas con disponibilidad de acuerdo a la norma.
			Oportunidad	% de historias clínicas diligenciadas de manera oportuna.
Establecer las variables que afectan la calidad del	VARIABLES de calidad de la	Todo elemento esencial que hace parte de la estructura general de la	Identificación del paciente	% de historias clínicas con los datos mínimos consignados de manera

diligenciamiento de las historias clínicas	historia clínica.	historia clínica que pueda ser medible y evaluada según su registro.		completa
			Información subjetiva	% de historias clínicas con información subjetiva consignada.
			Revisión por sistemas	% de historias clínicas con registro de examen físico por sistemas y completo.
			Antecedentes Familiares	% de historias clínicas con diligenciamiento de los antecedentes familiares.
			Antecedentes Personales	% de historias clínicas con diligenciamiento de los antecedentes personales.
			Antecedentes Obstétricos	% de historias clínicas con diligenciamiento de los antecedentes obstétricos.
				% de historias clínicas con datos del estado de

			Gestación Actual	la gestación actual.
			Signos Vitales	% de historias clínicas con consignación de signos vitales completos.
			Examen físico	% de historias clínicas con nota de examen físico realizado durante el control prenatal.
			Interpretación de ayudas diagnósticas	% de historias clínicas con interpretación de ayudas diagnósticas.
			Plan Información suministrada al paciente	% de historias clínicas con nota de la información suministrada a la paciente.
			Diagnóstico	% de historias clínicas con consignación del diagnóstico actual.
			Consentimiento informado	% de historias clínicas con consentimiento informado diligenciado

				de manera completa y firmado por la usuaria.
			Legibilidad	% de historias clínicas con registros completos, claros y legibles, sin tachones ni enmendaduras.
Proponer un plan de mejora según hallazgos, para promover el adecuado diligenciamiento de la historia clínica materno perinatal.	Plan de mejoramiento.	Proceso de mejora que se inicia a partir de los problemas identificados	Plan de mejora.	

4. MARCO TEÓRICO

4.1 MARCO INSTITUCIONAL

Quinchía se encuentra ubicado al nororiente del Departamento de Risaralda y limita al norte con el Municipio de Riosucio Caldas, al sur con Anserma Caldas, por el oriente con los municipios de Filadelfia Caldas y Neira Caldas y por el occidente con el municipio de Guática Risaralda.

Cuenta con 81 veredas y cuatro corregimientos, corregimiento de Irra que está a orillas del Río Cauca, de allí se extrae arena, balastro, oro en aluvión y cuenta con lagos para la pesca; el Corregimiento de Naranjal, allí encontramos cultivos de plátano que es enviado a Medellín y la yuca para las rayanderías donde se extrae gran cantidad de almidón; los corregimientos de Santa Elena y Batero caracterizados por sus cultivos de caña panelera. El área urbana se encuentra ubicada al pie del Cerro Gobía y posee 12 barrios.

Quinchía está situada a una altura de 1.825 metros sobre el nivel del mar y la temperatura promedio es de 18 grados centígrados.

Está a 110 kilómetros de la capital del departamento, Pereira, que se convierten en 2 horas por vía carretera hable en excelentes condiciones. Presenta una extensión territorial de 149.8 Kilómetros cuadrados.

Gracias al aporte de las diferentes administraciones municipales Quinchía ha crecido de manera significativa lo que ha permitido para sus habitantes tener comodidades en materia de infraestructura y servicios, de allí que hay que mencionar que se cuenta con la Empresa Social del Estado Hospital Nazareth el cual busca el mejoramiento de la calidad de vida de la población de su área de influencia, optimizando sus recursos, prestadora de los servicios integrales de salud en capacitación, promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

ESE HOSPITAL NAZARETH DE QUINCHÍA RISARALDA

Gráfico # 1



Latarde.com

PLATAFORMA ESTRATÉGICA

MISIÓN:

Somos una empresa social del estado de primer nivel que presta servicios de salud de baja y mediana complejidad al Municipio de Quinchía y áreas circunvecinas, con criterios de calidad enfocados al mejoramiento de las condiciones de salud y satisfacción de la comunidad.

VISIÓN:

Seremos en el año 2015 una Institución de salud reconocida a nivel regional y estatal, con crecimiento económico y social, ofreciendo un amplio portafolio de servicios y altos estándares de calidad, en beneficio de la comunidad.

OBJETIVOS INSTITUCIONALES

1. Mejorar la cobertura de los servicios de salud, priorizando nuestra atención a la población de los estratos 1,2 y 3.
2. Propender por ser una institución sostenible financieramente.
3. Ampliar nuestro portafolio de servicios ambulatorio de segundo nivel.
4. Mejoramiento continuo encaminado al cumplimiento de los estándares de acreditación.
5. Fortalecer el desarrollo integral de nuestro talento humano.

VALORES Y PRINCIPIOS INSTITUCIONALES

ETICA: Profesionalismo en el servicio prestado, ejerciendo nuestra labor de una manera transparente y a conciencia.

PERTENENCIA: Sentir y defender la institución como propia.

CALIDAD EN EL SERVICIO: Satisfacción del usuario.

RESPONSABILIDAD: Realizar de forma eficiente las funciones y deberes asignados.

EQUIDAD: Prestar los servicios sin distinción de raza, credo, género o condición social.

POLITICA DE CALIDAD La ESE Hospital Nazareth de Quinchía Risaralda, se encuentra comprometida con garantizar una oportuna prestación de servicios de salud a la comunidad de Quinchia, teniendo como prioridad la seguridad del paciente y una atención con altos estándares de calidad a cargo de personal competente y comprometido con el mejoramiento continuo de la entidad y la satisfacción del usuario.

POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: La ESE Hospital Nazareth de Quinchía Risaralda, se encuentra comprometida con el fortalecimiento de una cultura de seguridad del paciente como característica básica de su sistema de calidad, por ello día a día propende por la consolidación de un entorno seguro para todos los usuarios, sus familias y el personal que integra la institución, promoviendo las acciones seguras y previniendo las inseguras, en donde el riesgo de ocurrencia de un evento adverso sea minimizado a partir del control de sus procesos de atención y de la implementación de prácticas de seguridad eficientes y adecuadas.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN LA ESE HOSPITAL NAZARETH

DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO

OBJETIVOS DEL PROGRAMA:

1. Promover el inicio del control prenatal ante la sospecha de embarazo.
2. Facilitar el acceso a la gestante a los servicios de salud de manera precoz y oportuna.
3. Vigilar la evolución del proceso de la Gestación de tal forma que sea posible identificar precozmente a la gestante con factores de riesgo biopsicosociales, enfermedades asociadas y propias del embarazo para un manejo adecuado y oportuno.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN:

Para evitar las complicaciones durante la Gestación es necesario:

1. Controles prenatales periódicos.
2. Toma de paraclínicos.
3. Visita a Ginecología.
4. Vacunación.
5. Asistir al curso Psicoprofiláctico.

6. Identificación de signos de alarma

7. Parto Institucional.

POBLACIÓN OBJETIVO:

Población afiliada al régimen contributivo o subsidiado, que esté en embarazo o ante sospecha. Permitir la disminución de la morbilidad materna perinatal en el país.

OBSERVACIONES GENERALES:

FUNCIONAMIENTO:

1. Los controles son realizados según la norma, al momento de la paciente tener la prueba de embarazo positiva inmediatamente pasa a consulta para que le ordenen los paraclínicos, al obtener el resultado es pasada a la consulta de control prenatal de primera vez que es realizada por el médico.
2. Diligencia el carnet materno y consentimiento informado para VIH y se anexa a la Historia Clínica.
3. Los controles se harán cada mes ya sea por médico o enfermera de acuerdo a la clasificación del riesgo.

HOSPITAL SAN LORENZO DE SUPÍA CALDAS

Gráfico # 2



www.hospitalsanlorenzosupia.gov.co

La Empresa Social del Estado Hospital San Lorenzo es una institución pública localizada en el municipio de Supía Caldas, que presta servicio de salud de primer nivel y algunos de segundo nivel de complejidad.

Se rige por la normatividad establecida por el Ministerio de la Protección Social y por las demás disposiciones vigentes en el país.

Está conformada por una red de servicio integrada por el Hospital y nueve puestos de salud distribuidos a lo largo y ancho de la geografía del municipio, alcanzando una cobertura del 95% de la población, la cual está constituida por vinculados,

afiliados al régimen subsidiado, afiliados al régimen contributivo y particulares; siendo mayormente atendida, la población cubierta por el régimen subsidiado.

El área de influencia de nuestro hospital es el Occidente del departamento de Caldas, y específicamente los municipios de Supía, Marmato, Riosucio, además del municipio de La Merced, al igual que algunos municipios del departamento de Antioquia: Caramanta y La Pintada.

Ajustamos todas nuestras operaciones a la normatividad vigente del Sistema general de la Seguridad Social en Salud Colombiano (S.G.S.S.S)

MISIÓN:

“Somos una Empresa Social del Estado, cuya misión es ser los mejores en la prestación de servicios de salud integrales (promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación), en los ámbitos tanto hospitalarios como ambulatorios, con la tecnología disponible, con calidad, eficiencia y humanización, para lograr la satisfacción de nuestros clientes internos y externos, enmarcados en una filosofía de mejoramiento continuo y de Empresa Social que contribuya al desarrollo y bienestar social de la comunidad del municipio de Supía y del Alto Occidente de Caldas”.

VISIÓN:

“Nuestra organización tiene la responsabilidad y aspira a ser reconocida como la Empresa Social del Estado líder en prestación de servicios de salud de óptima calidad y eficiencia en el Departamento de Caldas, distinguiéndose por ser la mejor en ciencia y tecnología con un soporte humano competente necesario para lograr la satisfacción de los usuarios. Constituiremos una organización que busca el mejoramiento continuo de sus servicios, su autonomía administrativa, técnica y financiera dentro del marco legal, logrando que la comunidad usuaria la apoye, la utilice racionalmente y espere de ella servicios de calidad.”

VALORES:

El desempeño de nuestra Empresa se regirá por los siguientes valores, o principios corporativos:

Respeto a la dignidad humana: Garantizar los derechos universales e irrenunciables de la persona y la comunidad para propender permanentemente por la calidad de vida acorde con la dignidad humana y los recursos disponibles.

Universalidad: Garantizar la atención para todas las personas, sin ninguna discriminación y en todas las etapas de la vida.

Equidad: Atender a las personas y grupos de población expuestos a mayores riesgos para la salud, con el fin de brindarles aquella protección especial que esté a nuestro alcance.

Participación: Estimular la intervención de la comunidad, de los afiliados y beneficiarios de la seguridad social en salud, en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto.

Calidad: Garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.

Eficiencia: Buscando la mejor aplicación del talento humano y de los recursos administrativos, tecnológicos y financieros disponibles, con criterios de rentabilidad social y económica.

Eficacia: Garantizar, en la medida en que nuestras condiciones nos permitan, la solución de aquellos problemas de salud de la población usuaria que correspondan a sus principales necesidades y expectativas.

Productividad: Es la condición para el crecimiento y desarrollo de la Empresa, mediante el logro de estándares de eficiencia y eficacia con los clientes internos y externos, proveedores y el Estado.

Los valores éticos: nuestro comportamiento se basa en los valores y principios éticos de honestidad, integralidad y justicia tanto en las relaciones internas como en las externas.

Solidaridad: Ampliar la cobertura con los servicios de salud a las personas de nuestra área de influencia con mayores limitaciones de acceso.

Responsabilidad Social: Como miembro de la sociedad, la Empresa Social del Estado, Hospital San Lorenzo, asume frente a ella compromisos que tal calidad impone, como es el de prestar un servicio público a toda la comunidad, sin desvirtuar los compromisos con los miembros de la Entidad.

POLITICAS INSITITUCIONALES:

De responsabilidad social: Disminuir en un 10 % las cinco primeras causas de morbimortalidad, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de los Supieños.

De rentabilidad: Reducir los costos hospitalarios en un 15% contribuyendo a la autofinanciación de los servicios.

De crecimiento: Incrementar la venta de servicios a otros mercados en un 10%.

De fuerza competitiva: Apuntar a tener ventaja competitiva mejorando en un 25% la calidad de los servicios de mayor prestigio institucional y unido en el sector salud en el departamento de Caldas.

Mejorar la satisfacción del usuario interno y externo en un 25%.

De información: Rediseñar e implementar el sistema de Información, que permita la integración de todos los procesos de la Institución.

4.2 MARCO TEÓRICO

Se observan tasas elevadas de mortalidad fetal y neonatal a nivel mundial lo cual se incrementa debido a que el 25% de las mujeres embarazadas nunca controla su gesta antes del parto, propiciando daños perinatales como retardo en el crecimiento intrauterino, mortalidad fetal y mortalidad neonatal precoz.¹⁰

Bangladesh, Venezuela, Portugal y Colombia, presentan la mayor razón de mortalidad materna por preeclampsia, ocupando Colombia el puesto 80 de 189 países en este evento de interés en salud pública sin resolver. Los datos a nivel nacional arrojan que se presentan 65,7 muertes por cada 1.000.000 de nacidos vivos mientras que en Latinoamérica es del 88,9 por cada 1.000.000 de nacidos vivos.¹

Según la magnitud y tendencia de la razón de mortalidad materna, del 2005 al 2011, en el municipio de Quinchía Risaralda, únicamente se presentaron casos de mortalidad materna en el año 2006, no hay casos en los otros años.⁵

El Municipio de Supía Caldas no ha presentado muertes maternas durante los últimos cuatro años según la razón de mortalidad materna por mil nacidos vivos.¹¹

1) Herrera MJA, Escobar HJP. Mortalidad Materna evitable: Meta del milenio como propósito nacional. Monitor Estratégico. Colombia. 2014. (6). SP. Revisión: Abril de 2016. Disponible en: <http://repository.unad.edu.co/bitstream/10596/5273/1/151004%20social.pdf#page=>

5) MPS. Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de la salud del Municipio de Quinchía Risaralda, 2013. [Página principal en internet]. Colombia. Noviembre de 2014. Revisión: Mayo de 2016. Disponible en: www.risaralda.gov.co/salud/introdocuments/webDownload/quinchia_2161

10) Grandi C, Sarasqueta P. Control prenatal: evaluación de los requisitos básicos recomendados para disminuir el daño perinatal. Soc. bol. Ped. Argentina. 1997. SP. Revisión marzo de 2016. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/rnsbp97360103sup.pdf>.

11) Perfil epidemiológico Supía Caldas, 2014. Alcaldía Municipal 2012-2015. [Página principal en internet]. Colombia. Revisión Mayo de 2016. Disponible en: 190.14.226.29/desca/perfil/supia2014.pdf

El embarazo en adolescentes es un problema social con importantes consecuencias en salud pública, especialmente en los sectores más vulnerables, ya que tiene consecuencias desfavorables para la madre y el niño, aumenta la deserción escolar, multiparidad, perpetúa la pobreza, interrumpe el desarrollo y rompe las redes sociales, ausencia del proyecto de vida, ausencia del rol paterno; generando abandono afectivo, económico y social.¹²

En Colombia se han implementado las políticas públicas relacionadas con mortalidad materna incluidas en el acuerdo 117 de 1998, La Resolución 412 del año 2000 y la Resolución 3384 del 2000 que contribuyen a su disminución en un 9%, adicionalmente, la Política pública de salud sexual y reproductiva logró reducir la problemática en un 25%. El Decreto 3039 del 2007, la integración de acciones del Ministerio de Salud y Protección Social con el Instituto Nacional de Salud e implementación del protocolo de vigilancia pública sobre mortalidad materna y guías de práctica clínica, reducen en un 34,8% más la mortalidad materna.⁹

Las alteraciones durante la gestación pueden ser detectadas mediante las actividades realizadas en el control prenatal, las cuales están establecidas en la norma técnica para la Detección temprana de las alteraciones del embarazo contenidas en la Resolución 412 de 2000.⁹

El control prenatal en muchos estudios realizados, se define como todas las acciones, procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden coordinar la morbilidad, mortalidad materna y perinatal; siempre y cuando sea temprano, continuo, completo y extenso de cobertura además, de fomentarse hábitos de vida saludable.⁸

El propósito fundamental del control prenatal es mejorar la calidad de atención al binomio madre e hijo; reflejando así, la disminución de las complicaciones, ya que

8) Moya-Plata, D, IJ, Salazar G, and Mora Merchán MA, Ingreso temprano al control prenatal en una unidad materno infantil. Revista CUIDARTE 1.1.Colombia. 2010. SP. Revisión: Abril de 2016. Disponible en: <http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/73>

9) Bronfman MN, Pertzovsky, Moreno LS, Rodríguez CM, Alejandra M, Altamirano, Rutsteins S. Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. Salud pública de Mexico. 2003. Vol 45 (6). SP. Revisión Abril de 2016. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342003000600004&>

12) Poffald L, Irmás M, Aguilera X, Vega J, González MJ, Sanhueza G, Barreras y facilitadores para el control en adolescentes: Resultados de un estudio cualitativo en Chile. Chile. 2013. Vol. 55 (6). SP. Revisión: Abril de 2016. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342013000600006&script=sci_arttext

uno de los principales problemas en la comunidad es que así el centro de salud se encuentre relativamente cerca, se percibe la falta de asistencia por parte de las mujeres gestantes a sus respectivos controles.⁸

La cobertura y la calidad de la atención prenatal están relacionadas directamente con la mortalidad materna. La mayor parte de las muertes perinatales también tiene relación con las enfermedades subyacentes de la madre y los problemas del embarazo, el parto y el puerperio, por lo que una atención prenatal completa y adecuada, resulta sumamente importante para prevenir el deceso de los menores.⁹

El control prenatal debe cumplir según organismos oficiales de salud con requisitos básicos como cobertura global, debe ser precoz (1 consulta en el primer trimestre) y periódico completo (mínimo 5 controles). Es de vital importancia evaluar y hacer seguimiento durante los controles prenatales a diferentes factores, dentro de los cuales, están las prácticas de cuidado sobre estimulación prenatal que realizan las gestantes con ellas mismas y con sus hijos por nacer, las conexiones neuronales de los bebés necesitan estímulos psicosensoriales como luz, sonido, caricias, diálogos, lo cual genera innumerables efectos en el desarrollo y crecimiento del nuevo ser.¹³

La estimulación intrauterina se define como: dar al futuro bebé excelentes condiciones que le permitan desarrollarse mejor según su proceso natural, su propia dinámica y desarrollar todas las capacidades y facultades que posee su carga genética, que va a depender del grado de compromiso que tenga tanto la madre como el padre con su bebé.¹³

La evaluación de la calidad de los servicios de salud inicio en las primeras décadas del siglo xx, y a partir de la segunda mitad de ese siglo, se convirtió en una herramienta indispensable en la transformación de los sistemas de salud, respondiendo a reclamos de eficiencia técnica y responsabilidad social de sus servicios.⁹

8) Moya-Plata, D, IJ, Salazar G, and Mora Merchán MA, Ingreso temprano al control prenatal en una unidad materno infantil. Revista CUIDARTE 1.1.Colombia. 2010. SP. Revisión: Abril de 2016. Disponible en: <http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/73>

9) Bronfman MN, Pertzovsky, Moreno LS, Rodríguez CM, Alejandra M, Altamirano, Rutsteins S. Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. Salud pública de Mexico. 2003. Vol 45 (6). SP. Revisión Abril de 2016. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342003000600004&>

13) García GLM, Charrasquie IOM, Flórez MYL, Palencia PLM, Santodomingo FJ, Serpa RYJ. Practicas sobre estimulación prenatal que realizan las gestantes adultas asistentes al control prenatal en Sincelejo, salud uninorte. Colombia 2008. Vol. 24 (1). SP. Revisión Marzo de 2016. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v24n1/v24n1a05.pdf>

En América Latina, durante las últimas décadas se han desarrollado varias iniciativas y programas de calidad que, aplicados a los servicios de salud, han contribuido a mejorar la calidad resolutive de los servicios y la satisfacción de las necesidades sanitarias de la población.⁹

La implementación de la calidad en el control prenatal es una herramienta útil para disminuir la morbimortalidad materna y una de las razones por las que se justifica que las enfermeras(os) realicen el control prenatal, ya que con el entrenamiento adecuado de estos, se puede brindar a las pacientes la misma atención de alta calidad y obtener similares resultados de salud que los médicos, además para reducir la demanda médica y mejorar la eficacia de la asistencia a los servicios de salud a un costo más bajo.¹

Sin embargo, debido a la poca adherencia de los profesionales en la aplicación de los protocolos y guías y a su cumplimiento estricto, la educación médica centrada en la patología y menos en la promoción y la prevención, el no contar con recurso humano suficiente, ni con competencias necesarias para llevar a cabo la práctica, desfavorecen el impacto de las políticas mencionadas.¹

Se hace necesario implementar el Modelo de Riesgo Biopsicosocial en Colombia, mejorar la inversión de las EPS en los programas de promoción y prevención, incluir y aplicar en la academia formación sobre protocolos y guías de manejo en lo clínico y en P y P, realización de acciones integradas e intersectoriales, además, mejorar la cobertura universal en planificación familiar, control prenatal, atención humanizada del parto, educación sexual responsable en población adolescente, implementación de historia clínica nacional unificada, crear alianza entre los sectores ejecutivo, legislativo y político, como también, involucrar los actores del sistema y la academia en pro de la disminución de la mortalidad materna.¹

Se encontró que en los países en desarrollo gran porcentaje corresponde a embarazos de adolescentes siendo muchos de ellos no deseados, incrementándose en esta etapa la morbilidad y mortalidad materna especialmente

1) Herrera MJA, Escobar HJP. Mortalidad Materna evitable: Meta del milenio como propósito nacional. Monitor Estratégico. Colombia. 2014. (6). SP. Revisión: Abril de 2016. Disponible en: <http://repository.unad.edu.co/bitstream/10596/5273/1/151004%20social.pdf#page=>

9) Bronfman MN, Pertzovsky, Moreno LS, Rodríguez CM, Alejandra M, Altamirano, Rutsteins S. Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. Salud pública de Mexico. 2003. Vol 45 (6). SP. Revisión Abril de 2016. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342003000600004&>

entre las más jóvenes, es importante identificar la influencia de la adolescencia y su entorno sobre la adherencia al control prenatal y su impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y la mortalidad neonatal.¹⁵

El periodo de la gestación es un proyecto donde se planea con anticipación el proceso de planificación de su descendencia, dando como prioridad unos cuidados preconceptionales para un producto sano y donde se puedan determinar ciertos cuidados. El cuidado preconceptional debe estar incluido en toda la atención de la mujer en edad fértil y a su pareja como parte de la atención primaria, dado que en esta atención pueden evaluarse ciertos factores que pueden desencadenar en patologías tanto físicas como emocionales.¹⁶

La consulta preconceptional nos permite valorar el riesgo gestacional y permite facilitar el desarrollo de un embarazo y maternidad feliz, para ello se aborda una valoración médica que incluye historia general donde pueden incluirse ciertos factores como son la edad materna, dado con más riesgo en la población de 15 a 19 años, menores de 15 y mayores de 40 años, donde se observa con mayor frecuencia recién nacidos con bajo peso al nacer, prematuros, con alteraciones cromosómicas, enfermedades crónicas y mayor tasa de mortalidad infantil.¹⁶

Otros de los factores son la presencia de antecedentes médicos como son: la diabetes mellitus, hipertensión arterial, asma, enfermedad de la tiroides y enfermedad tromboembólica, que diagnosticados oportunamente y con adecuado tratamiento, disminuirá la presencia de alteraciones en el recién nacido y morbilidades maternas extremas.¹⁶

Los antecedentes familiares, enfermedades infecciosas tales como: rubeola, toxoplasma, virus de la hepatitis B, Virus de inmunodeficiencia humana y la historia ginecológica son otros de los temas a abordar durante la atención preconceptional, ya que permite valorar el estado general, métodos anticonceptivos, historia previa a la fertilidad, historia sexual y antecedentes de enfermedades de transmisión sexual.¹⁶

15) Mendoza TLA, Arias GMD, Peñaranda OCB, Mendoza TLI, Manzano PS, Varela BAM. Influencia de la adolescencia y su entorno en la adherencia al control prenatal e impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal. REV CHIL OBSTET GINECOL. Colombia. 2015. Vol. 80. SP. Revisión mayo de 2016. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v80n4/art05.pdf>

16) Capitán JM, Cabrera VM. La consulta preconceptional en atención primaria. Hablemos de atención preconceptional. Madrid. 2001. Vol. 11 (4). SP. Revisión Marzo de 2016. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v11n4/hablemos%20de.pdf>.

Las pruebas que determinan los parámetros analíticos para enfermedad sistémica o ginecológica incluyen: Toma de tensión arterial, peso, talla, pulso, examen de tiroides, examen cardiológico, del aparato respiratorio, de las mamas, pélvico y de la columna para descartar disimetrías y escoliosis que pudieran dificultar la gestación y el proceso del parto. ¹⁶

Es de gran importancia la valoración psicosocial que permite conocer los hábitos nutricionales, ejercicio, tabaquismo, abuso de alcohol, abuso de drogas, riesgo laboral y entorno familiar. ¹⁶

La educación y la promoción de la salud permiten que la pareja o la mujer que desea la gestación, conozca una adecuada información sobre métodos anticonceptivos, prácticas sexuales seguras en aquellas pacientes con especial riesgo gestacional, educación a la población sobre la importancia de solicitar asistencia prenatal temprana, ante la sospecha de infertilidad de pareja solicitar estudio a la mujer y el varón en un centro de infertilidad, vacunaciones previas, nutrición equilibrada y consejo sobre suplementación con ácido fólico desde al menos un mes antes de la concepción y durante las 10-12 primeras semanas de gestación. ¹⁶

Las deficiencias de hierro y ácido fólico son causas de graves problemas en salud en mujeres gestantes y en el niño, las tasas de anemia a nivel mundial se encuentran alrededor del 40%. En Colombia, la prevalencia alcanza el 45%, lo cual hace pensar que en la efectividad y calidad de las estrategias de educación y suplementación no han tenido la efectividad esperada. ¹⁷

Existen factores protectores para la prevención de la anemia durante la gestación, como lo son: una nutrición adecuada, rica en hierro y cantidad recomendada, importancia del consumo de suplementos diariamente, forma adecuada de procesar y combinar los alimentos e importancia de la ingestión de vitamina C, generan un impacto positivo en la disminución de las tasas de incidencia de anemias durante la gestación. ¹⁷

16) Capitán JM, Cabrera VM. La consulta preconcepcional en atención primaria. Hablemos de atención preconcepcional. Madrid. 2001. Vol. 11 (4). SP. Revisión Marzo de 2016. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v11n4/hablemos%20de.pdf>.

17) Parra BE, Manjarés LM, Gómez AL, Álzate DM, Jaramillo MC. Evaluación de la educación nutricional y un suplemento para prevenir la anemia durante la gestación. Biomédica-suplemento y educación nutricional en gestantes. Colombia. 2005. Vol. 25. SP. Revisión Marzo de 2016. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-41572005000200008&script=sci_abstract

Se deben estimar y analizar los determinantes individuales y de contexto que inciden en el uso o no de los servicios prenatales (controles prenatales) por parte de las mujeres colombianas en estado de embarazo.¹⁸

las características sociodemográficas como la procedencia, religión, estado civil, escolaridad, ocupación, distancia desde la residencia al centro de salud y de las características obstétricas, los antecedentes obstétricos, factores de riesgo, clasificación del riesgo del embarazo, edad gestacional en que inició el control, número de controles prenatales, participación del padre en el control prenatal, influyen para que disminuya la asistencia a los controles prenatales, además pueden ser los responsables de las bajas coberturas en los programas del control prenatal, situación que se evidencia como problema de salud pública que aumenta proporcionalmente.¹⁸

La falta de asistencia al programa en los primeros meses de embarazo es una realidad alarmante y el déficit en el recurso económico para movilizarse y realizarse los exámenes pertinentes, la ausencia de cobertura médica, la desinformación, el embarazo no deseado o simplemente la falsa creencia de que esta es una etapa que puede ser apoyada por el respaldo del entorno familiar y sin la presencia clave del médico.⁸

El programa propone mejorar la calidad de vida de las madres gestantes, por medio de la concientización para que asistan oportunamente al control prenatal por médico y enfermera, para disminuir los factores que influyen en las complicaciones relacionadas con el embarazo durante todo su proceso.⁸

La calidad y el apoyo que enfermería ofrece a la gestante puede tener una influencia sobre la forma como ella cuida de si y de su hijo por nacer, se debe brindar un cuidado cercano a la realidad cultural de la mujer y coherente con sus expectativas.¹³

8) Moya-Plata, D, IJ, Salazar G, and Mora Merchán MA, Ingreso temprano al control prenatal en una unidad materno infantil. Revista CUIDARTE 1.1.Colombia. 2010. SP. Revisión: Abril de 2016. Disponible en: <http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/73>

13) García GLM, Charrasquie IOM, Flórez MYL, Palencia PLM, Santodomingo FJ, Serpa RYJ. Practicas sobre estimulación prenatal que realizan las gestantes adultas asistentes al control prenatal en Sincelejo, salud uninorte. Colombia 2008. Vol. 24 (1). SP. Revisión Marzo de 2016. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v24n1/v24n1a05.pdf>

18) Marrugo ACA, Moreno RDV, Salcedo MF, Marrugo VC. Determinantes del acceso a la atención prenatal en Colombia. CES salud pública. 2015. Vol. 6. SP. Revisión. Marzo de 2016. Disponible en: <http://crawl.prod.proquest.com.s3.amazonaws.com/fpcache/171512b5fdbc58a825af07a58fa994ef.pdf?AWSAccessKeyId=A KIAJF7V7KNV2KKY2NUQ&Expires=1464565292&Signature=cenDm8LGxJ1eM3k2BkOXVbSLU%2B4%3D>.

La atención en salud de buena calidad puede presentar para el usuario la consecuente satisfacción con el servicio; esta, a su vez, depende en gran medida de la interacción con el personal de salud, el tiempo de espera, el buen trato, la privacidad, la oportunidad de acceder a la atención y sobre todo, de que obtenga solución al problema que desencadena la búsqueda de atención.⁸

La medida de la satisfacción con los servicios en la actualidad, influye de manera determinante en el hecho de que un usuario procure la atención, acuda a recibirla, siga las instrucciones del prestador, relacionados con su propio cuidado, regrese a solicitar nuevamente el servicio y recomiende su uso a otras personas.⁸

Las principales causas de insatisfacción son el elevado tiempo de espera para las consultas, la falta de educación en salud, inadecuada higiene de algunas áreas del servicio, el desconocimiento de los signos y síntomas de riesgo y la falta de medicamentos, además, están las omisiones de información sobre su padecimiento, actitud poco amable del médico, trámite de consulta complicado y ausencia de algunos espacios físicos.⁸

Diversos estudios han demostrado asociación entre ausencia del control prenatal y tasa de mortalidad perinatal, la calidad del mismo es la que impacta sobre esta; además, se enfoca a analizar la calidad de la atención encontrando que una calidad inadecuada conlleva a una mortalidad prenatal más alta por la falta de diagnóstico oportuno.¹⁹

La usuaria y su familia deben ser informadas sobre sus derechos y deberes, deben tener una buena percepción sobre el proceso de registro e ingreso, que sean amables con ellas y que se les evalúen las necesidades al ingreso, recibir buena información para la planeación y ejecución del cuidado.⁶

Se busca identificar las relaciones que existen entre las formas de cuidado en gestación que recomienda el sistema de salud oficial y las que practican las gestantes que acuden al programa de control prenatal a partir de sus creencias

6) Ávila, Irma Yolanda Castillo, et al. "satisfacción de usuarias del control prenatal en instituciones de salud públicas y factores asociados. Cartagena." *Revista Hacia la Promoción de la Salud* 19.1 (2014): 128-140.

8) Moya-Plata, D, IJ, Salazar G, and Mora Merchán MA, Ingreso temprano al control prenatal en una unidad materno infantil. *Revista CUIDARTE* 1.1.Colombia. 2010. SP. Revisión: Abril de 2016. Disponible en: <http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/73>

19) Aguilar BMR, Méndez MGF, Guevara ALA, Leal C. Mortalidad perinatal hospitalaria y su relación con la calidad de la atención prenatal. *Médica del IMSS*. México. 2005. Vol 43 (3). SP. Revisión Abril de 2016. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im053e.pdf>.

culturales ya que estas se convierten en otro factor determinante de la no adherencia.²⁰

Las madres embarazadas incurren en silenciamiento, ocultan información acerca de sus prácticas o incumplen con recomendaciones nutricionales, pues tienden a basar su comportamiento más en sus creencias culturales que en lo que les recomienda el sistema de salud. Un ejemplo es la atención del parto en el hogar que continúa teniendo un lugar privilegiado sobre todo en las zonas rurales apartadas.²⁰

Las mujeres indígenas presentan una esperanza de vida menor que las no indígenas, así como altas tasas de desnutrición, fecundidad y mortalidad materna.²⁰

Por otro lado en el proceso de gestación se presentan diversos cambios, las mujeres gestantes manifiestan una serie de experiencias vividas y fenómenos ligados al nacimiento y así mismo, aportan una serie de elementos relacionados con la atención que reciben de los servicios de salud para orientar las acciones que ofrecen las y los enfermeros para una adecuada prestación del servicio.²¹

Las experiencias durante este proceso están orientadas a cada una de las etapas como el embarazo, el nacimiento, la vivencia sobre la atención de los servicios de salud durante el parto y el postparto.²¹

El embarazo, fuente de sentimientos encontrados en mujeres embarazadas que no lo habían planeado, que experimentan sentimientos de depresión, decaimiento, angustia, inseguridad y la sensación de estar enfermas, como también de sentimientos ambivalentes que fluctúan entre felicidad y depresión, felicidad y tristeza, felicidad y enfermedad.²¹

Es importante mencionar que algunas adolescentes sienten felicidad y alegría ya que cuentan con el apoyo tanto de su pareja como de su familia y se refleja en un grado alto de aceptación manifestándose en su instinto maternal y responsabilidad de sus actos.²¹

20) Lasso TP. Atención prenatal: ¿tensiones o rutas de posibilidad entre la cultura y el sistema de salud?. Pensamiento psicológico. Colombia. 2012. Vol. 10 (2). SP. Revisión Marzo de 2016. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v10n2/v10n2a11.pdf>

21) Canaval GE, González MC, Tovar MC, Valencia C. La experiencia de las mujeres gestantes: "lo invisible". Investigación y educación en enfermería. Colombia. 2003. Vol 21(2). SP. Revisión: Marzo de 2016. Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/3010/2752>

Se concluye que el control prenatal reduce el riesgo de mortalidad del binomio madre y recién nacido, siempre y cuando sea temprano, continuo, completo, extenso de cobertura y de calidad.⁸

A medida que desciende el nivel socioeconómico, los indicadores de salud son peores en todos los aspectos, un buen nivel de calidad y adecuado en la atención sanitaria es de vital importancia para mejorar la salud materno infantil, permitiendo el buen desarrollo del feto, permite la detección prenatal de los problemas congénitos, obstétricos y posibilita el tratamiento de las complicaciones en el periodo del embarazo, el parto y el puerperio.²⁸

Es prioritario mejorar la calidad de la atención prenatal, ya que según resultados de estudios, establecen una relación directa entre una inadecuada calidad de la atención prenatal y la mortalidad perinatal.

Por no contar con personal competente para realizar la atención a la gestante, no actualizar y socializar las guías de práctica clínica, manuales y protocolos institucionales con este, recursos limitados, equipos sin mantenimiento, software sin actualización y falta de capacitación en su manejo, se presentan errores en el diligenciamiento de la historia clínica, provocando aumento en el número de eventos adversos, afectando el indicador de morbimortalidad materno y fetal, demandas a nivel institucional y una posible suspensión de los servicios para las mujeres gestantes.

8) Moya-Plata, D, IJ, Salazar G, and Mora Merchán MA, Ingreso temprano al control prenatal en una unidad materno infantil. Revista CUIDARTE 1.1.Colombia. 2010. SP. Revisión: Abril de 2016. Disponible en: <http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/73>

28) Ruiz Orejuela Wilson Responsabilidad del Estado y sus regímenes ECOE EDICIONES 5/01/2013, pag: 235 disponible en: <https://books.google.es/books?id=UcYAAgAAQBAJ&lpg=PA235&dq=que%20es%20secuencialidad%20en%20salud&hl=es&pg=PP1#v=onepage&q=secuencialidad&f=false>.

4.3 MARCO CONCEPTUAL

4.3.1 Características básicas de la Historia Clínica:

La historia clínica debe reunir unos elementos o requisitos para prestar una asistencia médica de calidad y ejercer con efectividad el derecho y deber médico de realizarla. La historia que posee estas características también indica cuál es el cuidado y esmero que pone el médico en su quehacer profesional diario, lo que siempre es positivo en la valoración de los casos de demandas por responsabilidad médica.²³

La historia clínica no es un acumulo de datos sin conexión. Es un documento, tiene que cumplir con múltiples requisitos: registro secuencial, permitir la docencia y la comunicación, ser fuente de control de calidad, proporcionar recursos para realizar investigación clínica.²⁴

4.3.1.1 Integralidad:

Se considera la historia clínica como el documento básico en todas las etapas del paradigma de la atención médica y debe ser apreciada como una guía metodológica para la identificación integral de los problemas de salud de cada persona que establece todas sus necesidades.²⁵

Los sistemas de salud centrados en la atención individual, los enfoques curativos y el tratamiento de la enfermedad, deben incluir acciones encaminadas hacia la promoción de la salud, la prevención de enfermedades e intervenciones basadas en la población para lograr la atención integral e integrada. Los modelos de atención de salud deben basarse en sistemas eficaces de atención primaria, orientarse a la familia y la comunidad; incorporar el enfoque de ciclo de vida; tener en cuenta las consideraciones de género y las particularidades culturales, y fomentar el establecimiento de redes de atención de salud y la coordinación social que vela por la continuidad adecuada de la atención.²⁶

8) Moya-Plata, D, IJ, Salazar G, and Mora Merchán MA, Ingreso temprano al control prenatal en una unidad materno infantil. Revista CUIDARTE 1.1.Colombia. 2010. SP. Revisión: Abril de 2016. Disponible en: <http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/73>

28) Ruiz Orejuela Wilson Responsabilidad del Estado y sus regímenes ECOE EDICIONES 5/01/2013, pag: 235 disponible en: <https://books.google.es/books?id=UcYAAgAAQBAJ&lpg=PA235&dq=que%20es%20secuencialidad%20en%20salud&hl=es&pg=PP1#v=onepage&q=secuencialidad&f=false>.

La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad abordando como un todo en sus aspectos, biológicos, psicológico y social e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.²⁷

Información científica y técnica relacionada con la atención en salud.²⁸

4.3.1.2 Secuencialidad:

Los registros asentados en la historia clínica deben ser consignados de manera cronológica, con indicación de fecha, o de fecha y hora, en un registro temporal paso a paso.²⁷

En el diligenciamiento de la historia clínica es de gran importancia el registro cronológico de la atención.²⁸

4.3.1.3 Racionalidad científica:

En la historia clínica debe aparecer de forma clara y completa el procedimiento realizado para establecer diagnóstico y plan de manejo.²⁸

Los procedimientos deben diligenciarse de manera que permita a otro profesional interpretar con veracidad lo acontecido y así asegurar la continuidad de la atención.²⁷

4.3.1.4 Disponibilidad:

Posibilidad de utilizar la historia clínica para los fines pertinentes, cuando se requiera con las limitaciones de la ley.²⁸

Posibilidad de usar la historia clínica en el momento en que se necesite con las limitaciones que impone la ley.²⁷

27) Francisco Álvarez Heredia Calidad y auditoría en salud https://books.google.es/books?id=ZX9_AQAAQBAJ&lpg=PA52&dq=que%20es%20secuencialidad%20en%20salud&hl=es&pg=PA55#v=onepage&q=secuencialidad&f=false

28) Ruiz Orejuela Wilson Responsabilidad del Estado y sus regímenes ECOE EDICIONES 5/01/2013, pag: 235 disponible en: <https://books.google.es/books?id=UcYAAgAAQBAJ&lpg=PA235&dq=que%20es%20secuencialidad%20en%20salud&hl=es&pg=PP1#v=onepage&q=secuencialidad&f=false>.

4.3.1.5 Oportunidad:

El registro debe ser simultáneo o inmediato a la prestación del servicio.²⁸

La historia clínica debe registrarse en el momento de ocurrir la atención y no posteriormente a los hechos.²⁷

4.3.2 Variables de calidad de la Historia Clínica:

La evaluación de la calidad de registro de las historias clínicas es parte de las finalidades de la auditoría médica y de vital importancia, debido que las historias clínicas constituyen documentos de alto valor médico, gerencial, legal y académico.²⁹

El término se aplica a la excelencia de una disciplina, a la perfección de un proceso, a la obtención de buenos resultados con una determinada técnica o procedimiento.³⁰

4.3.2.1 Información subjetiva:

La información subjetiva se organiza bajo un cuadro de categorías: ficha de identificación, padecimiento actual o historia de la enfermedad actual, antecedentes personales patológicos, no patológicos, quirúrgicos y traumáticos, antecedentes ginecobstétricos cuando procedan y antecedentes familiares.³¹

27) Francisco Álvarez Heredia Calidad y auditoría en salud https://books.google.es/books?id=ZX9_AQAAQBAJ&lpg=PA52&dq=que%20es%20secuencialidad%20en%20salud&hl=es&pg=PA55#v=onepage&q=secuencial&f=false

28) Ruiz Orejuela Wilson Responsabilidad del Estado y sus regímenes ECOE EDICIONES 5/01/2013, pag: 235 disponible en: <https://books.google.es/books?id=UcYAAgAAQBAJ&lpg=PA235&dq=que%20es%20secuencialidad%20en%20salud&hl=es&pg=PP1#v=onepage&q=secuencialidad&f=false>.

29) Matzumura KJP, Gutiérrez CH, Sotomayor SJ, Pajuelo CG. Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa, An fac med. 2010-2011. Vol. 75 (3). Revisión Mayo de 2016. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v75n3/a07v75n3.pdf>

30) GARCIA RE. El concepto de calidad y su aplicación en Medicina. méd. Chile [online]. 2001, vol.129, (7) SP. Revisión Mayo de 2016. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872001000700020&script=sci_arttext

31) Grettchen FS. El antecedente personal patológico en la anamnesis. Costarr Salud Pública. Costa Rica. 2014. Vol. 24 (1). SP. Revisión Mayo de 2016. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v24n1/art06v24n1.pdf>

Información obtenida de los datos del paciente mediante la valoración de respuestas humanas, utilizando un formato semiestructurado de notas de enfermería del servicio, donde se encuentran los datos subjetivos (objetivos del paciente).³²

4.3.2.2 Revisión por sistemas:

Interrogatorio por sistemas. La "Revisión por aparatos y sistemas" generalmente incluye preguntas dirigidas a identificar las enfermedades, síntomas o las funciones anormales en órganos y áreas del cuerpo.³³

Los síntomas iniciales pueden ser inespecíficos, lo que puede dificultar y retrasar su diagnóstico, por lo que es de suma importancia toda la información que pueda obtenerse a través de la anamnesis y exploración física y con frecuencia exploraciones complementarias.³⁴

4.3.2.3 Antecedentes familiares:

La historia psicosocial es parte de los antecedentes que se revelan a través de una entrevista abierta, no estructurada, con la mayor privacidad y relación afectiva posibles, cuyas adecuadas condiciones posibilitan precisar, de la persona enferma: datos sobre su infancia, aspectos socioeconómicos; interrelaciones con amigos, familiares o sexuales, punto de vista acerca de cómo enfrentar su padecimiento, apoyo familiar u otros elementos de interés para los facultativos.³⁶

Comprende la obtención de la edad, sexo, enfermedades y causas de muerte de cada uno de los miembros familiares inmediatos (por ejemplo, padre, madre, hermanos, cónyuge e hijos) y en ocasiones de otros (por ejemplo, abuelos, tíos, primos).³⁴

32) Peralta UJ, Rafael RM, Saravia NL, Mayorca CC. Enunciados diagnósticos enfermeros más frecuentes, que cumplen con la taxonomía II NANDA registrado en el servicio de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. enferm Herediana. Perú. 2012. Vol 5(2). SP. Revisión Mayo de 2016. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/2398/2346>

33) Rodríguez PLG, Rodríguez PL. PRINCIPIOS TÉCNICOS PARA REALIZAR LA ANAMNESIS EN EL PACIENTE ADULTO. Cubana Med Gen Integr 1999;15(4). Revisión Mayo de 2016. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n4/mgi11499.pdf>.

34) Gastón J, Muruzábal P, Quesada E, Maraví. Infecciones del sistema nervioso central en urgencias. An. Sist. Sanit. Navar. 2008 Vol. 31. SP. Revisión: Mayo de 2016. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v31s1/original8.pdf>.

36) Yordanka Rodríguez Morales; Margarita Altunaga Palacio "Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico" Epidemiologic factors in ectopic pregnancy, disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v36n1/gin06110.pdf>.

4.3.2.4 Antecedentes personales:

Información surgida de la entrevista clínica, proporcionada por el propio paciente. Es fundamental, puesto que permite indagar acerca de todos los antecedentes del paciente y familiares, factores de riesgo, inicio de los síntomas, circunstancias en las cuales aparecieron y automedicación para aliviar las manifestaciones clínicas; sin embargo, el interrogatorio no concluye cuando se comienza a examinar al paciente, sino cuando se logra diagnosticar qué padece.³⁵

Comprende: Enfermedades pediátricas, de la adultez y mentales (antecedentes patológicos personales), alergias e intolerancias, inmunizaciones, operaciones, traumas, hospitalizaciones previas, terapéuticas habituales (automedicaciones, prótesis, etc.), pruebas médicas anteriores, donaciones de sangre y transfusiones, historia Ginecobstétrica (menarquía, fórmula menstrual, menopausia, fecha de la última menstruación, embarazos, partos, abortos y sus causas, complicaciones durante el embarazo, anticonceptivos, prueba citológica) y hábitos: tóxicos, dietéticos, de sueño y de ejercicio. A veces se deben valorar las fechas, la edad o desde cuándo el paciente sufre determinado síntoma, enfermedad o lleva determinado tratamiento.³³

4.3.2.5 Antecedentes obstétricos:

Historia obstétrica recogida en la historia clínica como: Ningún embarazo, aborto provocado, partos, partos y abortos, cesárea anterior, embarazo ectópico previo.³⁶

Durante el periodo de gestación puede definirse como antecedentes obstétricos especialmente antecedentes de recién nacidos de bajo peso, macrosomía, mortalidad perinatal, malformaciones congénitas.³⁷

33) Rodríguez PLG, Rodríguez PL. PRINCIPIOS TÉCNICOS PARA REALIZAR LA ANAMNESIS EN EL PACIENTE ADULTO. Cubana Med Gen Integr 1999;15(4). Revisión Mayo de 2016. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n4/mgi11499.pdf>.

35) Alcaraz AM, Nápoles YR, Chaveco GI, Martínez MR, Coello AJM. La historia clínica: un documento básico para el personal médico. MEDISAN. Cuba. 2010. Vol. 14(7). Revisión Mayo de 2016. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v14n7/san18710.pdf>.

36) Yordanka Rodríguez Morales; Margarita Altunaga Palacio "Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico" Epidemiologic factors in ectopic pregnancy, disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v36n1/gin06110.pdf>.

37) Faúndez A: Control Prenatal. En: Obstetricia. Pérez Sánchez, A., Donoso Siña, E. Eds. Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. Capítulo 12 - Segunda Edición, página 156-167, [.http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/control_prenatal.html](http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/control_prenatal.html).

4.3.2.6 Gestación Actual:

El estado de gestación es un periodo especial para la mujer durante el cual se manifiesta un gran número de emociones; entre ellas, ansiedad, depresión e inestabilidad emocional que influyen en que la mujer tenga partos más largos y más complicados. ³⁸

Proceso de crecimiento y desarrollo fetal intrauterino; abarca desde el momento de la concepción (unión del óvulo y el espermatozoide) hasta el nacimiento. El embarazo tiene una duración de 280 días, aproximadamente, 40 semanas. ³⁹

4.3.2.7 Signos Vitales:

La medición de los signos vitales es de fundamental importancia pues permite una valoración integral de las alteraciones hemodinámicas que pueden afectar al paciente. ⁴⁰

Los signos vitales son indicadores que reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales (cerebro, corazón, pulmones). Expresan de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo, cambios que de otra manera no podrían ser cualificados ni cuantificados. Los cuatro principales signos vitales son:

1. Frecuencia cardiaca, que se mide por el pulso, en latidos/minuto.
2. Frecuencia respiratoria.
3. Tensión (presión) arterial.
4. Temperatura. ⁴¹

4.3.2.8 Examen Físico:

38) A.I. Sánchez, M.P. Bermúdez y G. Buela-Casal, "EFECTOS DEL ESTADO DE GESTACION SOBRE EL ESTADO DE ANIMO" REME (revista electrónica de motivación y emoción) vol 2 numero 2 y 3, disponible en: <http://reme.uji.es/articulos/abuelg316251199/texto.html>.

39) Montero, Leida C Medicamentos "Gestación (embarazo)" - Enfermería materno-infantil – Venezuela, disponible en: http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Gestacion.

40) Lic.Viviane Martins da Silva,1 Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes2 y Dra. Thelma Leite de Araujo, Signos vitales en niños con cardiopatías congénitas Rev Cubana Enfermer 2006;22(2) disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v22n2/enf09206.pdf>

41) Sandra P. Penagos, Enf. de Urgencias Luz Dary Salazar, Enf. Coordinadora de Enfermería Fanny E. Vera, Enf. de Control de signos vitales Urgencias Fundación Cardioinfantil Bogotá. Disponible en: http://hectorfutbool.mex.tl/images/32235/Control_de_signos_vitales.pdf.

Es un método visión general detallada de las regiones específicas y sistemas del cuerpo, siendo una parte integral de la evaluación de enfermería, a través del cual obtenemos datos adecuados para el menor tiempo posible, es un examen organizado y sistemático, basado en el historial de salud del paciente, lo que ayuda a enfocar los órganos y sistemas que son especialmente de interés para el paciente.⁴²

El examen físico es una etapa de la entrevista que el paciente considera indispensable. En él desempeñan una función importante los instrumentos y el proceder del médico. Un examen superficial ocasiona dudas notables en el enfermo sobre el nivel del médico y sus juicios diagnósticos.

A diferencia del interrogatorio, el examen físico implica contacto físico y mayor objetividad en la evaluación del paciente. Aunque muchas veces requiere repetición y siempre destreza del examinador.

En los últimos tiempos se han venido deteriorando cada vez más las habilidades para el examen físico, este deterioro es universal. Los requisitos de un buen examen físico son:

- Hacerlo solo después de haber interrogado, porque la anamnesis guía el examen.
- Disponer de un mínimo de condiciones adecuadas en cuanto a local, cama, sábana e iluminación.
- Tener privacidad.
- Respetar el pudor del enfermo.
- No examinar por encima de las ropas.
- Tener una sistemática del conjunto y de los aparatos, y aplicarla.⁴³

4.3.2.9 Interpretación de ayudas diagnósticas:

Las pruebas de diagnóstico son un componente fundamental de la práctica clínica; no solamente para el diagnóstico, como lo indica su nombre, sino también para el manejo diario de los pacientes, para la toma de decisiones relacionadas con el

42) Valmi Delfino de Sousa2Alba Lucia Botura Leite de Barros, Pruebas físicas en las facultades de graduado de enfermería EN EL MUNICIPIO DE SAN PABLO Revista Latinoamericana de Enfermería versión en línea ISSN 1518-8345, Rev. Latino-Am. Vol.6 no.3 Enfermería de Ribeirão Preto de julio de 1998, disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11691998000300003>.

43) Dra. Birsy Suárez Rivero, Dr. C. M. Miguel Ángel Blanco Aspiazú, Dr. Emilio Morales Jiménez, Dra. Alujy Suárez Rivero, Dr. Rodolfo Isidro Bosch Bayard "Errores en el examen físico del paciente" Revista Cubana de Medicina Militar, versión impresa ISSN 0138-6557 Rev Cub Med Mil vol.40 no.3-4 Ciudad de la Habana jul.-dic. 2011, disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572011000300002&script=sci_arttext.

pronóstico, y aun para definir políticas de salud pública en el ámbito de las indicaciones y la utilidad de las pruebas de tamizaje. El ejercicio del diagnóstico no es un fin en sí mismo. Éste obtiene sentido solamente cuando conduce a un curso de acción específico o a una decisión clínica, decisión que no siempre implica intervenciones terapéuticas.

Esta revisión muestra en forma práctica los elementos mínimos para el uso y la interpretación de las pruebas diagnósticas. Los principios generales que rigen el uso y la interpretación de las pruebas de diagnóstico son igualmente aplicables a los componentes básicos de la historia clínica como la anamnesis y los hallazgos del examen físico.⁴⁴

4.3. 2.10 Plan, información suministrada al paciente:

Cuando las personas son dadas de alta del hospital, ellos o sus acompañantes reciben información sobre cómo administrar con efectividad en el domicilio, los cuidados del paciente. El equipo del hospital generalmente explica lo que se necesita verbalmente y puede también hacerlo por escrito, o también en cinta de vídeo.⁴⁵

El derecho a la información sanitaria suficiente corresponde, obvio es decirlo, no sólo a la persona enferma sino también a la persona sana, y ello como corolario lógico de su derecho a la protección de la salud, lo que le permitirá adoptar medidas de carácter preventivo o actitudes de vida que redunden en un mejor estado de salud, así como acciones dirigidas a la consecución o ablación de determinadas funciones biológicas.⁴⁶

4.3.2.11 Consentimiento informado:

El consentimiento informado consiste en la explicación, a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los

44) FABIÁN JAIMES, EDUCACIÓN Y PRÁCTICA DE LA MEDICINA Y PRÁCTICA DE LA MEDICINA • Pruebas diagnósticas Pruebas diagnósticas ACTA MÉDICA COLOMBIANA VOL. 32 N° 1 ~ ENERO-MARZO ~ 2007: disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v32n1/v32n1a7.pdf>.

45) Johnson A, Sandford J, Tyndall J. Información verbal y escrita versus información verbal solamente para los pacientes con alta hacia el domicilio después de estancias hospitalarias agudas. Cochrane. Colombia. 2008. Revisión Mayo de 2016. Disponible en: http2s://www.google.com.co/search?q=cochrane&biw=1366&bih=667&source=Inms&sa=X&ved=0ahUKEwi3wZO1pILNAhUBySYKHc1mC8kQ_AUIBigA&dpr=1#q=informacion+verbal+y+escrita+versus+informacion+verbal+solamente++para+los+pacientes+con+alta+hacia+el+domicilio+despues+de+estancias+hospitalarias+agudas.

46) Galán. Cortés JC. La Responsabilidad médica y el consentimiento informado. Rev. Med. Uruguay. 1999. Vol 15, (5-12). Revisión Mayo de 2016. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/1999v1/art2.pdf>

procedimientos terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos. La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada; la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción; el médico no debe sacar partido de su potencial dominancia psicológica sobre el paciente.⁴⁷

El consentimiento informado es, por consiguiente, no sólo un derecho fundamental del paciente, sino también una exigencia ética y legal para el médico.⁴⁶

4.3.2.12 Legibilidad:

La historia clínica debe ser completamente legible. Las abreviaciones deben, en lo posible, evitarse. Las firmas deben ir acompañadas del nombre de quien escribe en la historia clínica y, si es factible, de un sello.⁴⁸

Uno de los defectos tradicionales de los galenos es la falta de claridad en su manuscrito. Esto es perjudicial no solamente para quien trata de interpretar los manuscritos en casos de urgencia o interconsultas, sino para quien evalúa la actividad médica (auditores, superiores jerárquicos, jueces u otros). Se evitarán las abreviaciones o siglas y las firmas irán acompañadas del nombre de quien escribe en la historia clínica y, si es factible, de un sello o cuño.⁴⁹

4.3.3 Plan de mejoramiento:

En términos de rigor de revisión continua, la calidad se apega a normas que se evalúan y monitorean bajo un plan determinado que se orienta a obtener seguridad y cuyo cumplimiento tiene un impacto favorable en la disminución de la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad médica y la desnutrición, desde el punto de vista de la sociedad en cuestión según sea el indicador.⁵⁰

46) Galán, Cortés JC. La Responsabilidad médica y el consentimiento informado. Rev. Med. Uruguay. 1999. Vol 15, (5-12). Revisión Mayo de 2016. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/1999v1/art2.pdf>

47) Lorda PS, Concheiro. Carro L. El consentimiento informado: Teoría y práctica. Rev Livecity Medicina Clínica. Santiago de Compostela-La Coruña. 2014. Vol 100. NUM 17. Revisión Mayo de 2016. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/260909012_El_consentimiento_informado_Teoria_y_practica_I

48) Guzmán F, Arias CA. La Historia Clínica: Elemento Fundamental del acto médico. Rev Colom Cir. Colombia. 2012. Vol 27 (15-24). Revisión Mayo de 2016. Disponible: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v27n1/v27n1a2.pdf>.

49) Alcaraz Agüero M, Nápoles Román Yaimí, Chaveco Guerra Isabel, Martínez Rondón M, Cuello Agüero JM. La Historia Clínica: Un documento básico para el personal médico. MEDISAN. Santiago de Cuba. 2010. Vol 14 (7). Revisión Mayo de 2016. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/v14n7_10/san18710.htm.

50) Vargas González RA. Calidad de los servicios de salud experiencias en Costa Rica. Revistas de ciencias administrativas y financieras de la seguridad social. Colombia. 1997. Revisión Mayo de 2016. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12591997000200004.

El plan de mejoramiento permite visualizar el proceso de mejora que se inicia, a partir de los problemas identificados (resultados no deseados de los indicadores) siguiendo la ruta de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud en los procesos auditados. En él se establecen las acciones de mejora en la que se deben describir las actividades que se han definido como parte de este, generando responsabilidades en cuanto a personas, tiempo estimado para su ejecución, espacio, motivo y forma para desarrollarlas para garantizar el cumplimiento del plan que se pone en marcha.⁵¹

Ácido fólico: a veces llamado folato, es una vitamina B (B9) que está presente principalmente en los vegetales de hoja verde, tales como la col rizada y la espinaca, en el jugo de naranja y en los granos enriquecidos. Muchos estudios han demostrado que las mujeres que toman 400 microgramos (0.4 miligramos) por día antes de la concepción y durante la primera etapa del embarazo tienen hasta un 70 % menos de riesgo de que su bebé nazca con defectos graves del tubo neural (defectos congénitos que consisten en el desarrollo incompleto del cerebro y de la médula espinal).⁵⁴

Adherencia: es el grado de acatamiento de las prescripciones médicas por parte del paciente. Es un problema serio cuando el paciente no quiere o no siente la necesidad de ser medicado, o cuando la enfermedad no presenta síntomas pero es grave (el paciente olvida su tratamiento).⁵⁵

Antecedentes obstétricos: es el número de embarazos que ha tenido la paciente, número de partos en general, número de partos vaginales, número de partos por cesárea, número de abortos, número de hijos vivos, número de hijos muertos, edad de la primera menstruación espontánea, edad en la que la mujer dejó en forma natural de menstruar, fecha de la última de planificación y patologías relacionadas con el embarazo y/o parto.⁵⁶

51) Palacio Betancourt D, Rodríguez CJ. Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Guía 5. Colombia. 2007. Revisión Mayo de 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guias-basicas-auditoria-mejoramiento-calidad.pdf>.

54) Elana Pearl Ben – Joseph, MD. El ácido fólico y el embarazo. Disponible en <http://kidshealth.org/es/parents/folic-acid-esp.html>. Consultado 08.05.2016.

55) Contacto@definiciones-de.com. definiciones-de.com. Disponible en http://www.definiciones-de.com/Definicion/de/adherencia_terapeutica.php. Consultado 08.05.2016.

56) A&A Consultores .A. Desarrollando soluciones. Integra Clínica Software. Disponible en http://190.242.36.221/helponline/manuales_robotohelp/manual_de_usuario_hc_pep_v1.0/gineco-obstetricos.htm#2. Consultado 08/05/2016.

Atención humanizada: humanizar es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud. Cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar Cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano hablamos de humanización.⁵⁷

Autocuidado: se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son 'destrezas' aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece.⁵⁸

Calidad: grado en el que un conjunto de características inherentes, cumple con la necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita y obligatoria.⁵⁹

Deserción escolar: se entiende como el abandono del sistema escolar por parte de los estudiantes, provocado por la combinación de factores que se generan tanto al interior del sistema como en contextos de tipo social, familiar, individual y del entorno.⁶⁰

Eficacia: se refiere a los resultados en relación con las metas y cumplimiento de los objetivos organizacionales. Para ser eficaz se deben priorizar las tareas y realizar ordenadamente aquellas que permiten alcanzarlos mejor y más. Es el grado en que un procedimiento o servicio puede lograr el mejor resultado posible. Es la relación objetivos/resultados bajo condiciones ideales.⁶¹

Eficiencia: es el grado en que el sistema de salud efectúa la máxima contribución a las metas sociales definidas dados los recursos disponibles del sistema de salud y de aquellos que no pertenecen al sistema de salud. Implica la relación favorable

57) Icontec. Acreditación en Salud. Disponible en <http://www.acreditacionensalud.org.co/seguridad.php?ldSub=190&ldCat=84>. Consultado 08/05/2016.

58) Ministerio de Salud y Protección. Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad. Paquetes Instruccionales. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Ilustrar-al-paciente-en-autocuidado-seguridad.pdf>. Consultado 08/05/2016.

59) ISO 9000. (Organización internacional de Normalización) Norma Internacional: sistema de gestión de Calidad. Definiciones y conceptos fundamentales para la calidad en salud. Disponible en http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial_00E.pdf. Consultado el 08/05/2016.

60) Ministerio de Educación Nacional. Términos en la letra cobertura. Disponible en <http://www.mineducacion.gov.co/1621/article-82745.html>. Consultado 08/05/2016.

61) Dra Rosa María Lam Díaz. Los términos eficiencia, eficacia y efectividad ¿son sinónimos en el área de Salud? Disponible en http://www.bvs.sld.cu/revistas/hih/vol24_2_08/hih09208.htm. Consultado 08/05/2016

entre resultados obtenidos y costos de los recursos empleados. Tiene dos dimensiones: la relativa a la asignación de recursos y la referente a la productividad de los servicios. En economía, eficiencia es un concepto que describe la relación entre insumos y resultados en la producción de bienes y servicios. Esta relación puede medirse en términos físicos (eficiencia técnica) o términos de costo (eficiencia económica).⁶²

Enfermedad sistémica: enfermedad que afecta a todos los elementos de un mismo sistema, como las enfermedades del colágeno (esclerodermia, dermatomiosis, lupus eritematoso diseminado).⁶³

Enfermedades subyacentes: son afecciones o trastornos que permanecen ocultos o debajo de un grupo de síntomas.⁶⁴

Estándares: son los niveles mínimo y máximo deseados, o aceptables de calidad que debe tener el resultado de una acción, una actividad, un programa, o un servicio. En otras palabras, el estándar es la norma técnica que se utilizará como parámetro de evaluación de la calidad.⁶⁵

Estimulación prenatal: es un conjunto de actividades que constan de técnicas (auditivas, táctiles, visuales y motoras), que facilitarán la comunicación y el aprendizaje del niño por nacer. De esta forma el niño será capaz de potencializar su desarrollo sensorial, físico y mental.⁶⁶

Estrategias: es un plan que especifica una serie de pasos o de conceptos nucleares que tienen como fin la consecución de un determinado objetivo.⁶⁷

62) Dra Rosa María Lam Díaz. Los términos eficiencia, eficacia y efectividad ¿son sinónimos en el área de Salud? Disponible en http://www.bvs.sld.cu/revistas/hih/vol24_2_08/hih09208.htm. Consultado 08/05/2016.

63) Corinne Denis. Doctissimo.es. Diccionario médico. Disponible <http://salud.doctissimo.es/diccionario-medico/enfermedad-sistemica.html>. Consultado 08/05/2016.

64) Salud y medicinas. Glosario de salud. Disponible en <http://www.saludymedicinas.com.mx/biblioteca/glosario-de-salud/enfermedades-subyacentes.html>. Consultado el 08/05/2016.

65) Ministerio de la protección social. Observatorio de calidad de la atención en salud. Disponible en <http://mps1.minproteccionsocial.gov.co/evtmedica/linea%207/3.1estandares.html>. Consultado 08/05/2016.

66) Ministerio de Salud Perú. Niño por nacer. Disponible en <http://www.minsa.gob.pe/portalminsa/efemerides/ninopornacer/npn3.htm>. Consultado 08/05/2016.

67) Definición. Disponible en [definicion.mx: http://definicion.mx/definicion.mx/estrategia/](http://definicion.mx/definicion.mx/estrategia/). Consultado 08/05/2016.

Hierro: es un mineral de mucha importancia para el organismo humano ya que participa en la producción de hemoglobina, componente principal de los glóbulos rojos; también contribuye a la formación de las proteínas musculares y a la metabolización de ciertas enzimas del cuerpo. ⁶⁸

Historia clínica: es un documento de vital importancia para la prestación de los servicios de atención en salud y para el desarrollo científico y cultural del sector. Que de conformidad con el Artículo 35 de la Ley 23 de 1981, corresponde al Ministerio de Salud implantar modelos relacionados con el diligenciamiento de la Historia Clínica en el Sistema Nacional de Salud. ⁶⁹

Indicadores de salud: son instrumentos de evaluación que pueden determinar directa o indirectamente modificaciones dando así una idea del estado de situación de una condición. Si se está evaluando un programa para mejorar las condiciones de salud de la población infantil, se puede determinar los cambios observados utilizando varios indicadores que revelen indirectamente esta modificación. Indicadores posibles de utilizar pueden ser el estado de nutrición (por ejemplo, peso en relación con la estatura), la tasa de inmunización, las tasas de mortalidad por edades, las tasas de morbilidad por enfermedades y la tasa de discapacidad por enfermedad crónica en una población infantil. ⁷⁰

Mortalidad materna: es la muerte de una mujer mientras que está embarazada o dentro de los 42 días de terminar un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales. ⁷¹

Mortalidad neonatal: muerte ocurrida entre el nacimiento y los primeros 28 días completos de vida.

68) Ruth Lelyen. Beneficios del hierro para la salud. Disponible en <http://www.imujer.com/salud/4175/beneficios-del-hierro-para-la-salud>. Consultado 08/05/2016.

69) Ministerio de Salud. Resolución 1995/1999. Disponible en https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201995%20DE%201999.pdf. Consultado 08/05/2016.

70) Organización Panamericana de Salud (OPS). Indicadores de Salud en América Latina. Disponible en <http://siare.clad.org/siare/innotend/evaluacion/indicador0412.html>. Consultado 08/05/2016.

71) Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS para la aplicación del CIE 10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE – MM. Disponible en <file:///D:/Documentos/Downloads/CIE10MM.pdf>. Consultado 08/05/2016.

Muertes neonatales tempranas: son las ocurridas durante los primeros siete (7) días de vida (0-6 días).

Muertes neonatales tardías: son las ocurridas después de los 7 días completos hasta antes del 28º día de vida (7-27 días).⁷²

Mortalidad perinatal: es la que ocurre en el periodo comprendido entre las 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta los siete días después del nacimiento .⁷³

Políticas públicas: son acciones de gobierno con objetivos de interés público que surgen de decisiones sustentadas en un proceso de diagnóstico y análisis de factibilidad, para la atención efectiva de problemas públicos específicos, en donde participa la ciudadanía en la definición de problemas y soluciones.⁷⁴

Preeclampsia (PEC): incremento de la presión arterial acompañada de edema, proteinuria o ambas que ocurre después de la 20 semana de gestación.⁷⁵

Prevención: preparar con antelación lo necesario para un fin, anticiparse a una dificultad, prever un daño, avisar a alguien de algo, acciones orientadas a la erradicación, eliminación o minimización del impacto de la enfermedad y la discapacidad.⁷⁶

72) Instituto Nacional de Salud. Protocolo de mortalidad perinatal y neonatal. Disponible en <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Mortalidad%20perinatal%20y%20neonatal.pdf>. Consultado el 08/05/2016.

73) Instituto Nacional de Salud. Protocolo de mortalidad perinatal y neonatal. Disponible en <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Mortalidad%20perinatal%20y%20neonatal.pdf>. Consultado el 08/05/2016.

74) Mtro. Julio Franco Corzo Staff IEXE. Conocimiento en acción. Disponible en <https://www.iexe.edu.mx/blog/que-son-las-politicas-publicas.html>. Consultado 16/05/2016.

75) Natalia Paola Quintana. Diego Fernando Rey. Tamara Gisela Sisi. Carlos Adrián Antonelli. Prof. Dr. Miguel H. Ramos. Pre eclampsia. Disponible en <http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista133/preeclam.htm>. Consultado el 16/05/2016.

76) Definición. Disponible en <http://definicion.de/prevencion/>. Consultado 16/05/2016.

Protocolo: conjunto de actividades a realizar relacionadas con cierto problema o una determinada actividad asistencial que se aplican por igual a todos o a un grupo de pacientes.⁷⁷

Proyecto de vida: es la dirección que el hombre se marca en su vida, a partir del conjunto de valores que ha integrado y jerarquizado vivencialmente, a la luz de la cual se compromete en las múltiples situaciones de su existencia, sobre todo en aquellas en que decide su futuro, como son el estado de vida y la profesión, es la carta de navegación para descubrir el sentido profundo de la vida a través de varias etapas.⁷⁸

Puerperio: es el período de la vida de la mujer que sigue al parto. Comienza después de la expulsión de la placenta y se extiende hasta la recuperación anatómica y fisiológica de la mujer. Es una etapa de transición de duración variable, aproximadamente 6 a 8 semanas, en el que se inician y desarrollan los complejos procesos de la lactancia y de adaptación entre la madre, su hijo/a y su entorno.⁷⁹

PyP (promoción y prevención): la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.⁸⁰

Responsabilidad social: obligación/compromiso que los miembros de una determinada comunidad, sociedad, ya sea individualmente cada uno, o bien como

77) Cranney A, Adachi JD, Griffith L, Guyatt G, Krolick N, Robinson VA, Shea BJ. Protocolos CHUA. Disponible en http://www.chospab.es/enfermeria/protocolos/Protocolos_Definitivos/normas_para_PROTOCOLOS_CHUA.pdf. Consultado 16/05/2016.

78) Jimbo. Proyecto de vida. Disponible en <http://proyectosdevida.jimdo.com/inicio/que-es-un-proyecto-de-vida/>. Consultado 16/05/2016.

79) Dr. Octavio Peralta M. Aspectos clínicos del Puerperio. Disponible en http://www.icmer.org/documentos/lactancia/puerperio_octavio.pdf. Consultado 16/05/2016.

80) La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. La Carta de Ottawa. Disponible en http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf. Consultado 16/05/2016.

parte de un grupo social, tendrán entre sí, así como también para con la sociedad o comunidad en su conjunto.⁸¹

Retardo en el crecimiento intrauterino: incapacidad del feto para alcanzar su potencial genético de crecimiento, estadísticamente se estima cuando el peso y/o circunferencia abdominal es inferior al percentil establecido para este.⁸²

Salud pública: es la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud como un derecho esencial, individual, colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de bienestar y calidad de vida.⁸³

Vigilancia en salud pública: función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de recolección, análisis, interpretación y divulgación de datos específicos relacionados con la salud, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica en salud pública.⁸⁴

4.3.1 PALABRAS CLAVES

- Historia clínica
- Alteraciones del embarazo
- Calidad
- Detección temprana

81) Definición ABC. Responsabilidad Social. Disponible en <http://www.definicionabc.com/social/responsabilidad-social.php>. Consultado 16/05/2016.

82) Dr. Francisco Javier Andrade. Dr. Julio García Baltazar. Dr. René Mónico Ramos Gonzales. Dr. José Manuel Segra Zavala. Guía de Práctica Clínica. Disponible en file:///D:/Documentos/Downloads/IMSS-500-11-GER_CrecimientoIntrauterino.pdf. Consultado 16/05/2016.

83) Ministerio de Salud. Temas de Salud Pública. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/SaludPublica.aspx>. Consultado 16/05/2016. Disponible 16/05/2016.

84) Ministerio de Salud. Vigilancia en salud pública. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/VigilanciaenSaludP%C3%BAblica.aspx>. Consultado 16/05/2016

4.4 MARCO JURÍDICO

NORMA	ORGANISMO QUE LA EMITE	DESCRIPCIÓN
Constitución Política de Colombia	Congreso de la República.	<p>Art. 48 Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.</p> <p>Art. 49 Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.</p>
Ley 100 de 1993	Congreso de la República de Colombia.	<p>Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.</p> <p>En el artículo 162 se crea el Plan Obligatorio de Salud, el artículo 165 se define el Plan de Atención Básica - PAB - como complemento a las acciones del POS, de los demás planes de atención y del saneamiento ambiental, en el artículo 166 se da prioridad a la atención materna infantil y a la lactancia materna.</p>
Resolución 1995 de 1999	Ministerio de Salud y la Protección Social.	Por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica
Resolución 4288 de 1996	Ministerio de Salud y la Protección Social.	Definió el Plan de Atención Básica el cual define las acciones colectivas y de gran impacto en la comunidad, teniendo en cuenta que la lactancia materna es un factor protector de la salud, es una acción de obligatorio cumplimiento en salud pública, su práctica reduce el riesgo de enfermar y morir por causas evitables, representa años de vida saludable, es altamente costo - efectiva, ética y socialmente

		aceptable.
Resolución 412 de 2000	Ministerio de Salud y la Protección Social.	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
Resolución 3384 de 2000	Ministerio de Salud y la Protección Social.	Por la cual se Modifican Parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se Deroga la Resolución 1078 de 2000. Asigna responsabilidades en el cumplimiento de las normas y guías de atención y establece las metas de cumplimiento.
Resolución 0058 de 2007	Ministerio de Salud y la Protección Social.	Se deroga la Resolución 1715 de 2005, que había modificado la Resolución 1995 del 8 de julio de 1999.
Decreto 1011 de 2006	Ministerio de Salud y la Protección Social.	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud
Resolución 4505	Ministerio de Salud	Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de

de 2012	y la Protección Social.	Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.
Circular 005 de 2012	Comisión Nacional del servicio civil	Intensificación de acciones para garantizar la maternidad segura a nivel nacional.
Resolución 2003 de 2014	Ministerio de Salud y la Protección Social.	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones.
Resolución 710 de 2012	Ministerio de Salud y la Protección Social.	Por medio de la cual se adoptan las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, su evaluación por parte de la Junta Directiva, y se dictan otras disposiciones.

5 METODOLOGÍA

La investigación se realiza con el fin de determinar la calidad en el diligenciamiento de la Historia Clínica en el programa de control prenatal teniendo en cuenta las Resoluciones 0412 del 2000 y 1995 de 1999 en los Hospitales Nazareth de Quinchia Risaralda y San Lorenzo de Supia Caldas, durante el cuarto trimestre del año 2016.

5.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Investigación cuantitativa descriptiva.

5.2 POBLACIÓN

Historias Clínicas pertenecientes a las gestantes que se encontraban inscritas en el programa de “Detección temprana de las alteraciones del embarazo”, de los Hospitales Nazareth de Quinchia Risaralda y San Lorenzo de Supia Caldas. Distribuidas así: 74 Historias Clínicas de las gestantes del Hospital Nazareth de Quinchía Risaralda y 120 Historias Clínicas de las gestantes del Hospital San Lorenzo de Supía Caldas y, para un total de 194. Correspondientes al cuarto trimestre de 2016.

5.3 MUESTRA

Historias Clínicas pertenecientes a las gestantes que se encontraban inscritas en el programa de “Detección temprana de las alteraciones del embarazo”, de los Hospitales Nazareth de Quinchia Risaralda y San Lorenzo de Supia Caldas. Distribuidas así: 62 Historias Clínicas de las gestantes del Hospital Nazareth de Quinchía Risaralda y 91 Historias Clínicas de las gestantes del Hospital San Lorenzo de Supía Caldas, para un total de 153. Correspondientes al cuarto trimestre de 2016.

Muestra obtenida del programa epi info 7.2 StatCalc con un intervalo de confianza del 95%, con un margen de error del 5%

Gráfico # 3. Cálculo de la Muestra

StatCalc - Sample Size and Power

Population survey or descriptive study
For simple random sampling, leave design effect and clusters equal to 1.

Confidence Level	Cluster Size	Total Sample
80%	69	69
90%	83	83
95%	91	91
97%	96	96
99%	102	102
99.9%	108	108
99.99%	111	111

Population size: 120

Expected frequency: 50 %

Acceptable Margin of Error: 5 %

Design effect: 1,0

Clusters: 1

StatCalc - Sample Size and Power

Population survey or descriptive study
For simple random sampling, leave design effect and clusters equal to 1.

Confidence Level	Cluster Size	Total Sample
80%	51	51
90%	58	58
95%	62	62
97%	64	64
99%	67	67
99.9%	69	69
99.99%	71	71

Population size: 74

Expected frequency: 50 %

Acceptable Margin of Error: 5 %

Design effect: 1,0

Clusters: 1

5.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

Cada una de las historias clínicas.

5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Historias clínicas de gestantes del programa de detección temprana de las alteraciones del embarazo de los Hospitales Nazareth de Quinchía Risaralda y San Lorenzo de Supía Caldas

5.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

En esta investigación no se aplicarán criterios de exclusión.

5.7 PLAN DE ANÁLISIS

5.7.1 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Los estudiantes de auditoria en salud aplicaron una lista de chequeo a las historias clínicas del Programa de Detección temprana de las alteraciones del embarazo, basada en la resolución 1995 de 1999 y la Resolución 412 del 2000, en los hospitales Nazareth de Quinchía Risaralda San Lorenzo de Supía Caldas, para determinar la calidad de su diligenciamiento durante el cuarto trimestre del año 2016.

5.7.2 VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS

El instrumento se realizó teniendo en cuenta las características que debe de tener la historia clínica según la Resolución 1995 de 1999, se seleccionaron al azar, de las bases de datos del programa Detección temprana de las alteraciones del embarazo de los hospitales Nazareth de Quinchía Risaralda y San Lorenzo de Supía Caldas, en el cuarto trimestre de 2016; el cual fue validado por expertos.

5.7.3 TABULACIÓN DE DATOS

Los resultados fueron obtenidos atraves del programa Epi info 7.2.

5.7.4 PRUEBAS ESTADÍSTICAS

Como prueba estadística no se trabajó el valor P, por lo tanto, se clasifico el porcentaje de cumplimiento por rangos, teniendo en cuenta que el diligenciamiento en la historia clínica de todas las variables evaluadas son de obligatorio cumplimiento.

RANGO	COLOR
100%-95%	 VERDE
95%-90%	 AMARILLO
<90%	 ROJO

Se enumeraron las variables con porcentaje de cumplimiento menor al 100% para un total de 16.

Tabla # 1: TABLA DE VARIABLES CON NUMERACIÓN

NUMERO DE VARIABLE	VARIABLE
1	Es tomada en cuenta y registrada entre comillas la información brindada por la gestante respecto al motivo de consulta por el profesional de la salud
2	Los registros de la historia clínica son completos, claros, legibles, no presentan tachones, ni enmendaduras
3	Los registros están ordenados de forma cronológica
4	Se clasifica el riesgo del embarazo y se registra en la Historia Clínica
5	Se evidencia el consentimiento informado para cada uno de los procedimientos que los requiera dentro de la historia clínica
6	Se evidencia el diligenciamiento del CLAP
7	Se evidencia registro de examen físico cefalocaudal completo a la gestante dentro del control prenatal
8	Se evidencia el plan médico en la Historia clínica y a la vez se suministra información y educación a la gestante, compañero y familia

9	Se evidencia el registro de la formulación de micronutrientes
10	Se evidencia remisión a odontología
11	Se registran en la historia clínica los antecedentes familiares
12	Se registran en la historia clínica los antecedentes quirúrgicos
13	Se registra en la historia Clínica la solicitud e interpretación de cada una de las ayudas diagnósticas en los controles prenatales y demás consultas
14	Se registra en la historia clínica los procedimientos realizados para establecer el diagnóstico y plan de manejo.
15	Se remite al PAI
16	Se valora el riesgo psicosocial

Gráfico # 4: VARIABLES SEMAFORIZADAS HOSPITAL NAZARETH QUINCHIA RISARALDA

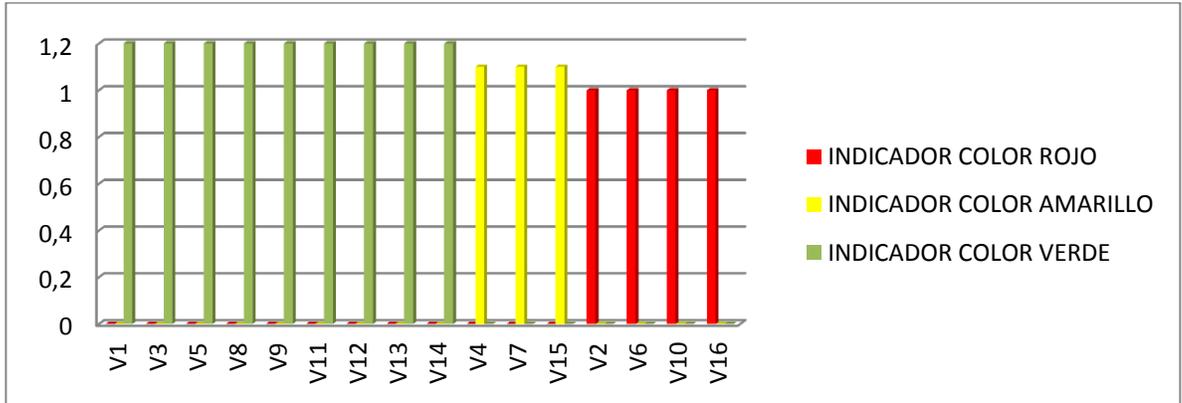


Gráfico # 5: VARIABLES SEMAFORIZADAS HOSPITAL SAN LORENZO SUPIA CALDAS



Luego de ser semaforizados cada una de las 16 variables incluidas en el instrumento de valoración y a ambos hospitales, se aplica la matriz de priorización riesgo, costo, volumen para realizar acciones de mejora a las que se encuentran más afectadas.

Tabla # 2: MATRIZ DE PRIORIZACIÓN RIESGO COSTO VOLUMEN PARA LAS VARIABLES SEMAFORIZADAS EN ROJO HOSPITAL NAZARETH QUINCHIA RISARALDA

NUM	ESTANDAR/CALIDAD ESPERADA	OPORTUNIDAD DE MEJORA	PRIORIZACIÓN			
			RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
1	Se evidencia remisión a odontología	Socialización de la Guía Detección temprana de las alteraciones del embarazo	5	5	5	15
2	Se valora el riesgo psicosocial	Socialización de la Guía Detección temprana de las alteraciones del embarazo	5	5	5	15
3	Los registros de la historia clínica son completos, claros, legibles, no presentan tachones, ni enmendaduras	Socialización de la Resolución 1995 de 1999	5	4	4	13
4	Se evidencia el diligenciamiento del CLAP	Socialización de la Guía Detección temprana de las alteraciones del embarazo	5	4	4	13

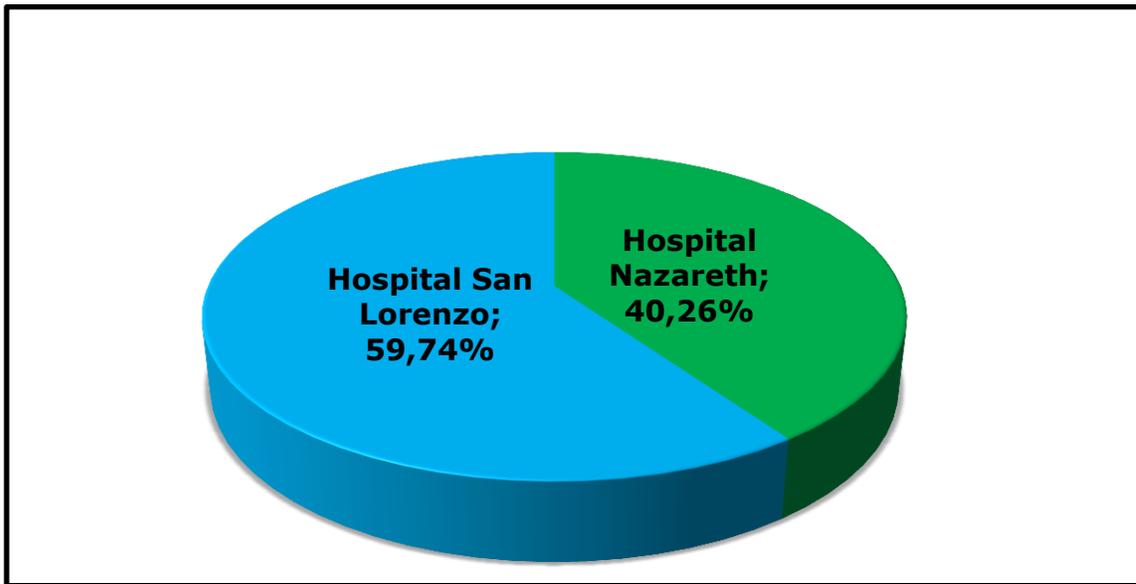
Tabla # 3: MATRIZ DE PRIORIZACIÓN RIESGO COSTO VOLUMEN PARA LAS VARIABLES SEMAFORIZADAS EN ROJO SAN LORENZO SUPIA CALDAS

NUM	ESTÁNDAR/CALIDAD ESPERADA	OPORTUNIDAD DE MEJORA	PRIORIZACIÓN			
			RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
1	Se remite al PAI	Socialización de la Guía Detección temprana de las alteraciones del embarazo	5	5	5	15
2	Se evidencia remisión a odontología	Socialización de la Guía Detección temprana de las alteraciones del embarazo	5	5	5	15
3	Se evidencia el plan médico en la Historia clínica y a la vez se suministra información y educación a la gestante, compañero y familia	Socialización de la Resolución 1995 de 1999	5	4	4	13
4	Es tenida en cuenta y registrada entre comillas la información brindada por la gestante respecto al motivo de consulta por el profesional de la salud	Socialización de la Resolución 1995 de 1999	3	2	2	7

5.7.5 PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Gráfico # 6

Porcentaje de cumplimiento en la calidad del diligenciamiento de la historia clínica del programa Detección temprana de las alteraciones del embarazo por IPS



5.7.6 CONTROL DE SESGOS

Se trató de controlar el sesgo a través de la auditoria del documento historia clínica para obtener datos más veraces.

5.8 COMPONENTE BIOÉTICO

En fundamentación a la Resolución 008430 de 1993, el equipo investigador encontró que esta investigación tiene un riesgo inferior al mínimo, por ser una actividad académica, se aplicará consentimiento institucional. Ver anexo C.

5.9 COMPROMISO MEDIO AMBIENTAL

El equipo investigador se compromete a responsabilizarse de las acciones medioambientales relacionadas con el estudio, hacer uso de la información en medio magnético y evitar en lo posible el uso de papel.

5.10 RESPONSABILIDAD SOCIAL

La investigación planteada permite dar a conocer las estrategias que se han implementado en el país y que están contenidas en un marco normativo para mejorar la prestación del servicio de salud a la población gestante, la idea es que este servicio sea sin barreras y con calidad. Dar a conocer a nivel mundial, nacional y local la importancia que tiene el cuidado de la mujer gestante, enfatizando en la prevención, Detección temprana y tratamiento de las alteraciones del embarazo que afecta la Gestación en todos los niveles de atención buscando reducir la morbimortalidad materna y neonatal.

Además de dar a conocerlas y demostrar su importancia, se evaluará la calidad del diligenciamiento de la historia clínica de cada una de las gestantes inscritas al Programa de Control Prenatal en el Hospital Nazareth del Municipio de Quinchia Risaralda y en el Hospital San Lorenzo de Supía Caldas, para determinar a través de ellas, la calidad de la atención en salud que el personal tiene con ellas; todo

con el fin de disminuir las complicaciones, desde el momento de la concepción hasta el puerperio.

La Responsabilidad con las instituciones de salud auditadas es diseñar un plan de mejoramiento para el programa evaluado con ayuda de las Historias clínicas, con el fin de que sean más adherentes a las guías, protocolos y a todas las diferentes normas que se relacionen con el programa, para que se preste una atención a las gestantes de ambos municipios e inscritas en ambos Hospitales, con calidad, libre de barreras que comprometan su salud y la de sus hijos por nacer.

Para el personal médico, de enfermería y todos aquellos que tienen contacto con las gestantes crear responsabilidad en cada una de las actividades y procedimientos que realicen con ellas, crear cultura de seguridad y que brinden un trato más humano para promover la satisfacción como usuarias y de su familia.

La vigilancia continua de la prestación de los servicios de salud, contribuye a mejorar la calidad de vida de las madres gestantes e hijos, procurando así por su bienestar y garantizando una atención en salud óptima.

Según resultados, mejorar la Promoción y Prevención de la Salud en las Gestantes de ambas Instituciones, promover la asistencia y cumplimiento de estas al programa y a todas las actividades que tienen como objetivo que el embarazo transcurra de manera normal.

Según las necesidades del programa se deben generar responsabilidades a los demás entes de salud y que tengan relación con la IPS; de que se comprometan a mejorar la salud con cada uno de los aportes que les compete.

5.11 POBLACIÓN BENEFICIADA

- Gestantes e hijos por nacer
- Instituciones prestadoras de servicios en salud (Hospital Nazareth de Quinchía Risaralda y Supía caldas)

- Talento humano que lidera el programa de detección temprana de las alteraciones del embarazo.
- Comunidad de ambos municipios.

5.12 DIFUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados de la investigación serán entregados en medio magnético al Gerente del Hospital Nazaret de Quinchia Risaralda y Hospital San Lorenzo Supía Caldas y serán socializados en un evento académico en el mes de Marzo en la Fundación Universitaria del Área Andina.

6. RESULTADOS

Se realizó un trabajo de investigación retrospectivo con las historias clínicas de las gestantes inscritas en el programa de Detección temprana de las alteraciones del embarazo con fundamentación en la Resolución 0412 del 2000 y la Resolución 1995 de 1999, en el Hospital Nazareth de Quinchia Risaralda y hospital San Lorenzo de Supia Caldas, durante el cuarto trimestre del año 2016, para proponer un plan de mejora según lo evidenciado.

6.1 ANÁLISIS UNIVARIADO

Tabla # 4
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL CORRECTO DILIGENCIAMIENTO DE LAS VARIABLES DE LA
HISTORIA CLÍNICA MATERNO PERINATAL, HOSPITAL NAZARETH QUINCHIA RISARALDA Y
HOSPITAL SAN LORENZO DE SUPIA CALDAS CUARTO TRIMESTRE 2016

CARACTERISTICAS	VARIABLES	CATEGORIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	INTERVALO DE CONFIANZA 95%
Integralidad	Se clasifica el riesgo del embarazo y se registra en la Historia Clínica	Cumple	149	97,39%	93,44% - 99,28%
		no cumple	4	2,61%	0,72% - 6,56%
	Se evidencia el plan médico en la Historia clínica y a la vez se suministra información y educación a la gestante, compañero y familia	Cumple	143	93,46%	88,31% - 96,82%
		no cumple	10	6,54%	3,18% - 11,69%
	Se evidencia remisión a odontología	Cumple	102	66,67%	58,60% - 74,07%
		no cumple	51	33,33%	25,93% - 41,40%
	Se evidencia el registro de la formulación de micronutrientes	Cumple	151	98,69%	95,36% - 99,84%
		no cumple	2	1,31%	0,16% - 4,64%
	Se registran en la historia clínica los antecedentes familiares	Cumple	151	98,69%	95,36%-99,84%
		no cumple	2	1,31%	0,16%-4,64%

	Se registran en la historia clínica los antecedentes quirúrgicos	Cumple	151	98,69%	95,36%-99,84%
		no cumple	2	1,31%	0,16%-4,64%
	Se registran en la historia clínica los antecedentes personales	Cumple	151	98,69%	95,36%-99,84%
		no cumple	2	1,31%	0,16%-4,64%
	Registro en la Historia Clínica de los antecedentes obstétricos	Cumple	153	100%	97,62%-100%
		no cumple	0		
	Se registra en la historia Clínica la solicitud e interpretación de cada una de las ayudas diagnósticas en los controles prenatales y demás consultas	Cumple	151	98,69%	95,36%-99,84%
		no cumple	2	1,31%	0,16%-4,64%
	Se evidencia el diligenciamiento del CLAP	Cumple	125	81,70%	74,65%-87,48%
		no cumple	28	18,30%	12,52%-25,35%
	Se remite al PAI	cumple	120	78,43%	71,06%-84,66%
		no cumple	33	21,57%	15,34%-28,94%
	Se valora el riesgo psicosocial	Cumple	145	94,77%	89,96%-97,72%
		no cumple	8	5,23%	2,28%-10,04%
Secuencialidad	Los registros están ordenados de forma cronológica	cumple	151	98,69%	95,36%-99,84%
		no cumple	2	1,31%	0,16%-4,64%

Racionalidad científica	Se registra en la historia clínica los procedimientos realizados para establecer el diagnóstico y plan de manejo.	cumple	152	99,35%	96,41%-99,98%
		no cumple	1	0,65%	0,02%-3,59%
Disponibilidad	La historia clínica es de fácil acceso y consulta para el personal de salud	Cumple	153	100%	97,62%-100%
		no cumple	0	0	0
Oportunidad	El registro en la historia clínica es simultaneo o inmediato a la prestación del servicio	Cumple	151	98,69%	95,36%-99,84%
		no cumple	2	1,31%	0,16%-4,64%
Identificación del paciente	Esta registrado de manera completa el nombre de la paciente	Cumple	153	100%	97,62%-100%
		no cumple	0		
	Esta registrada de manera completa la identificación de la paciente.	Cumple	153	100%	97,62%-100%
		no cumple	0		
	Se registra de manera completa el Teléfono de la paciente	Cumple	153	100%	97,62%-100%
		no cumple	0		
	Se registra de manera completa la dirección de la paciente	Cumple	153	100%	97,62%-100%
		no cumple	0		
	Esta registrada la edad de la paciente	Cumple	153	100%	97,62%-100%
		no cumple	0		
	Esta registrada de manera completa	Cumple	152	99,35%	96,41%-99,98%

	la fecha de nacimiento	no cumple	1	0,65%	0,02%-3,59%
Información subjetiva	Es tomada en cuenta y registrada entre comillas la información brindada por la gestante respecto al motivo de consulta por el profesional de la salud	Cumple	75	49,02%	40,86%-57,22%
		no cumple	78	50,98%	42,78%-59,14%
Revisión por sistemas	Se evidencia registro de examen físico cefalocaudal completo a la gestante dentro del control prenatal	Cumple	147	96,08%	91,66%-98,55%
		no cumple	6	3,92%	1,45%-8,34%
Consentimiento informado	Se evidencia el consentimiento informado para cada uno de los procedimientos que los requiera dentro de la historia clínica	Cumple	150	98,04%	94,36%-99,59%
		no cumple	3	1,96%	0,41%-5,62%
Legibilidad	Los registros de la historia clínica son completos, claros, legibles, no presentan tachones, ni enmendaduras	Cumple	137	89,54%	83,57%-93,90%
		no cumple	16	10,46%	6,10%-16,43%

Tabla # 5

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL CORRECTO DILIGENCIAMIENTO DE LAS VARIABLES DE LA HISTORIA CLÍNICA MATERNO PERINATAL, HOSPITAL NAZARETH QUINCHIA RISARALDA CUARTO TRIMESTRE 2016

CARACTERISTICAS	VARIABLES	CATEGORIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	INTERVALO DE CONFIANZA 95%
Integralidad	Se clasifica el riesgo del embarazo y se registra en la Historia Clínica	Cumple	58	93,55%	84,30%-98,21%
		no cumple	4	6,45%	1,79%-15,70%
	Se evidencia remisión a odontología	Cumple	53	85,48%	74,22%-93,14%
		no cumple	9	14,52%	6,86%-25,78%
	Se registran en la historia clínica los antecedentes familiares	Cumple	60	96,77%	88,83%-99,61%
		no cumple	2	3,23%	0,39%-11,17%
	Se registran en la historia clínica los antecedentes quirúrgicos	Cumple	60	96,77%	88,83%-99,61%
		no cumple	2	3,23%	0,39%-11,17%
	Se registran en la historia clínica los antecedentes personales	Cumple	60	96,77%	88,83%-99,61%
		no cumple	2	3,23%	0,39%-11,17%

	Se evidencia el diligenciamiento del CLAP	Cumple	35	56,45%	43,26%-69,01%
		no cumple	27	43,55%	30,99%-56,74%
	Se remite al PAI	cumple	58	93,55%	84,30%-98,21%
		no cumple	4	6,45%	1,79%-15,70%
	Se valora el riesgo psicosocial	Cumple	53	85,48%	74,22%-93,14%
		no cumple	9	14,52%	6,86%-25,78%
Secuencialidad	Los registros están ordenados de forma cronológica	cumple	61	98,39%	91,34%-99,96%
		no cumple	1	1,61%	0,04%-8,66%
Información subjetiva	Es tomada en cuenta y registrada entre comillas la información brindada por la gestante respecto al motivo de consulta por el profesional de la salud	Cumple	61	98,39%	91,34%-99,96%
		no cumple	1	1,61%	0,04%-8,66%
Revisión por sistemas	Se evidencia registro de examen físico cefalocaudal completo a la gestante dentro del control prenatal	Cumple	56	90,32%	80,12%-96,37%
		no cumple	6	9,68%	3,63%-19,88%
Consentimiento informado	Se evidencia el consentimiento informado para cada uno de los procedimientos que los requiera dentro de la historia clínica	Cumple	61	98,39%	91,34%-99,96%
		no cumple	1	1,61%	0,04%-8,66%
Legibilidad	Los registros de la historia clínica son completos, claros, legibles, no presentan tachones, ni enmendaduras	Cumple	42	67,74%	54,66%-79,06%
		no cumple	20	32,26%	20,94%-45,34%

Tabla # 6

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL CORRECTO DILIGENCIAMIENTO DE LAS VARIABLES DE LA HISTORIA CLÍNICA MATERNO PERINATAL, HOSPITAL SAN LORENZO SUPIA CALDAS CUARTO TRIMESTRE 2016

CARACTERISTICAS	VARIABLES	CATEGORIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	INTERVALO DE CONFIANZA 95%
INTEGRALIDAD	Se evidencia el plan médico en la Historia clínica y a la vez se suministra información y educación a la gestante, compañero y familia	Cumple	81	89,01%	80,72%-94,60%
		no cumple	10	10,99%	5,40%-19,28%
	Se evidencia remisión a odontología	Cumple	49	53,85%	43,08%-64,36%
		no cumple	42	46,15%	35,64%-56,92%
	Se evidencia el registro de la formulación de micronutrientes	Cumple	89	97,80%	92,29%-99,73%
		no cumple	2	2,20%	0,27%-7,71%
	Se registra en la historia Clínica la solicitud e interpretación de cada una de las ayudas diagnosticas en los controles prenatales y demás consultas	Cumple	90	98,90%	94,03%-99,97%
		no cumple	1	1,10%	0,03%-5,97%

	Se evidencia el diligenciamiento del CLAP	Cumple	88	96,70%	90,67%-99,31%
		no cumple	3	3,30%	0,69%-9,33%
	Se remite al PAI	cumple	62	68,13%	57,53%-77,51%
		no cumple	29	31,87%	22,49%-42,47%
	Se valora el riesgo psicosocial	Cumple	90	98,90%	94,03%-99,97%
		no cumple	1	1,10%	0,03%-5,97%
Secuencialidad	Los registros están ordenados de forma cronológica	cumple	89	97,80%	92,29%-99,73%
		no cumple	2	2,20%	0,27%-7,71%
Racionalidad científica	Se registra en la historia clínica los procedimientos realizados para establecer el diagnóstico y plan de manejo.	cumple	90	98,90%	94,03%-99,97%
		no cumple	1	1,10%	0,03%-5,97%
Información subjetiva	Es tomada en cuenta y registrada entre comillas la información brindada por la gestante respecto al motivo de consulta por el profesional de la salud	Cumple	14	15,38%	8,67%-24,46%
		no cumple	77	84,62%	75,54%-91,33%
Consentimiento informado	Se evidencia el consentimiento informado para cada uno de los procedimientos que los requiera dentro de la historia clínica	Cumple	89	97,80%	92,29%-99,73%
		no cumple	2	2,20%	0,27%-7,71%

6.2 ANÁLISIS BIVARIADO

El análisis bivariado se realizó a través de la matriz de priorización riesgo, costo, volumen para cada una de las variables con porcentaje de cumplimiento menor a 90% y por cada IPS. Ver capítulo 5.7.4.

6.3 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La identificación de los problemas que afectan la calidad de la historia clínica, desde el momento de su apertura hasta el momento en que se archiva, ha ocasionado una serie de problemas, que alteran la calidad de la atención y retrasan tanto los procesos administrativos como los misionales.

A medida que pasa el tiempo, el sistema de salud Colombiano se va organizando cada día más, permitiéndoles a las instituciones de salud, mejorar para el beneficio de la comunidad y de su equipo de trabajo, a través de monitoreo, de la página del observatorio de la calidad, que si bien no hace énfasis en la historia clínica como tal, si maneja indicadores que son obtenidos de estos registros médicos; los hospitales cuentan con el comité de historias clínicas, el cual analiza, planea, interviene y elabora planes de mejoramiento que han logrado que hoy en día el formato de la historia clínica este organizado y que el profesional de la salud se adhiera a estos cambios por el bien de la entidad.

La historia clínica, es una fuente rica en información, que describe el estado y la evolución clínica del paciente, dejando por escrito todo el acto médico y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud.

Nuestro instrumento de valoración fue realizado teniendo en cuenta las características de la historia clínica descritas en la Resolución 1995 de 1999 y los principales ítems que se deben consignar según la guía de Detección temprana de las alteraciones del embarazo y Resolución 0412 del 2000. Con la necesidad de evaluar la calidad del diligenciamiento de la historia clínica del programa e indirectamente darnos a conocer la todas la calidad con la que se está prestando la atención a la gestante.

En el presente estudio podemos observar que en el hospital Nazareth de Quinchía Risaralda en todas las historias clínicas, para un porcentaje de cumplimiento del 100% se evidencio el plan médico y se suministró información y educación a la gestante, compañero y familia, se evidencio el registro de la formulación de micronutrientes, registro de antecedentes obstétricos, la solicitud e interpretación en cada una de las ayudas diagnosticas en el control prenatal y otras consultas, se registraron los procedimientos realizados para establecer el diagnóstico y plan de manejo, se registraron de manera completa los datos de identificación de la paciente como lo son: nombre, identificación, teléfono, dirección, edad; la historia clínica fue de fácil acceso y consulta para el personal de salud además, los registros se hicieron de manera simultánea e inmediatos a la prestación del servicio.

Según semaforización, las variables con un porcentaje de cumplimiento menor al 90% y sobre los cuales se priorizaron las oportunidades de mejora fueron: la remisión a odontología desde el momento que se inscribieron al control prenatal: 85.48%, el diligenciamiento completo del CLAP con un porcentaje de cumplimiento del 56.45% y la valoración del riesgo psicosocial con un porcentaje de cumplimiento del 85,48%.

Los demás ítems no mencionados se encuentran semaforizados de color amarillo y verde y están dentro de un rango de porcentaje de cumplimiento entre el 99% y 90% a los cuales se recomienda implementar acciones de mejora para disminuir el riesgo de incidentes y eventos adversos por no cumplimiento.

El hospital San Lorenzo de Supía Caldas en todas las historias clínicas del programa Detección temprana de las alteraciones del embarazo para un porcentaje de cumplimiento del 100% se clasifico el riesgo del embarazo y se registró en la historia clínica, se registraron los antecedentes familiares, los antecedentes quirúrgicos, los antecedentes personales, los antecedentes obstétricos, se registraron los datos de identificación de la paciente como lo son: nombre, identificación, teléfono, dirección, edad; la historia clínica es de fácil acceso y consulta para el personal de salud además, los registros se hacen de manera simultánea e inmediatos a la prestación del servicio.

Según semaforización las variables con un porcentaje de cumplimiento menor al 90% y sobre las cuales se priorizan las oportunidades de mejora son: se evidencia el plan médico en la historia clínica y a la vez se suministra información y educación a la gestante, compañero y familia en un 89.01%, se evidencia remisión a odontología en un 53.85%, se remite al PAI en un 68.13% y es tenida en cuenta

y registrada entre comillas la información brindada por la gestante respecto al motivo de consulta por el profesional de la salud en un 15.38%.

Los demás ítems no mencionados se encuentran semaforizados de color amarillo y verde y están dentro de un rango de porcentaje de cumplimiento entre el 99% y 90% a los cuales se recomienda implementar acciones de mejora para disminuir el riesgo de incidentes y eventos adversos por no cumplimiento.

7. CONCLUSIONES

Al realizar el trabajo de investigación basado en la auditoria del programa de Detección temprana de las alteraciones del embarazo se logró realizar la identificación de las variables que de alguna manera afectan la calidad de las historias clínicas.

Se identificó el nivel de adherencia que tiene el equipo de salud del programa de Detección temprana de las alteraciones del embarazo al realizar el diligenciamiento de las historias clínicas según lo estipulado en la Resolución 412 del 2000 para un adecuado control prenatal.

Es necesario implementar estrategias y llevar a cabo actividades que garanticen la adherencia a los protocolos y guías por parte del personal de salud que realiza la atención a las gestantes, realizando una atención segura y con calidad, además colocar barreras para la ocurrencia de fallas médicas y de enfermería que conlleven a implicaciones legales, personal-institución.

Es importante realizar auditorías para identificar fallas y a la vez las oportunidades de mejora para el programa y la institución.

Se determinó que el porcentaje de cumplimiento del diligenciamiento de la historia clínica del programa de Detección temprana de las alteraciones del embarazo en el hospital Nazareth de Quinchía Risaralda es de 40,26% comparado con el del Hospital San Lorenzo de Supía Caldas que es del 59,74%.

Se diseñó un plan de mejoramiento que le permitirá a la ESE Hospital Nazaret de Quinchia Risaralda y Hospital San Lorenzo Supia Caldas intervenir con estrategias, para mejorar y procurar la calidad del diligenciamiento de la historia clínica materno perinatal para que pueda indicar qué tipo de atención está recibiendo la gestante.

8 RECOMENDACIONES

Se recomienda a los directivos y coordinadores de los Hospitales Nazareth de Quinchia Risaralda y San Lorenzo de Supia Caldas realizar capacitaciones y sensibilizar al personal de salud, sobre la importancia que tiene el cumplimiento de la resolución 0412 del 2000 y la Resolución 1995 de 1999 para una atención con calidad y manejo adecuado de la Historia clínica materno perinatal.

El personal encargado del programa de Detección temprana de las alteraciones del embarazo del hospital San Lorenzo de Supia Caldas debe brindar y registrar en forma clara la educación que se le brinda a la gestante.

Al líder de garantía de calidad realizar un programa de capacitación continua sobre el adecuado diligenciamiento de la historia clínica.

Al médico y enfermera encargada del programa hacer partícipe a las pacientes sobre la importancia de asistir a todas las actividades para así crear una cultura de seguridad para el binomio madre e hijo.

A la alta gerencia permitir la realización de nuevos estudios investigativos que contribuyan a identificar hallazgos relevantes que permitan mejorar la calidad de su servicio.

A la funcionaria líder de Garantía de la calidad fortalecer el proceso de capacitación y actualización del talento humano en la adherencia a la guía de Detección temprana de las alteraciones del embarazo y la Resolución 1995 de 1999 con el propósito de mejorar la calidad del registro clínico.

Establecer metas, acciones y ajustes según el plan de mejora para el programa de Detección temprana de las alteraciones del embarazo recomendado por el equipo investigativo.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Aguilar BMR, Méndez MGF, Guevara ALA, Leal C. Mortalidad perinatal hospitalaria y su relación con la calidad de la atención prenatal. Médica del IMSS. México. 2005. Vol 43 (3). SP. Revisión Abril de 2016. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im053e.pdf>.
- 2) Alcaraz AM, Nápoles YR, Chaveco GI, Martínez MR, Coello AJM. La historia clínica: un documento básico para el personal médico. MEDISAN. Cuba. 2010. Vol. 14(7). Revisión Mayo de 2016. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v14n7/san18710.pdf>.
- 3) Alcaraz Agüero Nápoles Román Yaimí, Chaveco Guerra Isbel, Martínez Rondón M, Cuello Agüero JM. La Historia Clínica: Un documento básico para el personal médico. MEDISAN. Santiago de Cuba. 2010. Vol 14 (7). Revisión Mayo de 2016. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/v14n7_10/san18710.htm.
- 4) Arias CJ, Bernal AK, Giraldo CDC, González EEV, Rivera MPT. Calidad del control prenatal realizado por profesionales de enfermería en una IPS pública, Manizales 2007. Hacia la promoción de la salud. Colombia 2008. Vol. 13. Página 131-142. Revisión Mayo de 2016. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v13n1/v13n1a08.pdf>
- 5) A.I. Sánchez, M.P. Bermúdez y G. Buela-Casal, "EFECTOS DEL ESTADO DE GESTACION SOBRE EL ESTADO DE ANIMO" REME (revista electrónica de motivación y emoción) Vol 2 numero 2 y 3, disponible en: <http://reme.uji.es/articulos/abuelg316251199/texto.html>.
- 6) A&A Consultores .A. Desarrollando soluciones. Integra Clínica Software. Disponible en http://190.242.36.221/helponline/manuales_robotohelp/manual_de_usuario_hc_pep_v1.0/gineco-obstetricos.htm#2. Consultado 08/05/2016.

- 7) Aspectos médico-legales de la historia clínica María Teresa Criado del Río Especialista en Medicina Legal y Forense. Profesora titular de Medicina Legal y Toxicología. Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza. Correspondencia: Dr. M.T. Criado del Río. Condes de Aragón, 8. 50009 Zaragoza. Disponible en: <http://www.sc.ehu.es/scrwwsr/Medicina-Legal/Historia%20Clinica-T.Criado.pdf>.
- 8) Ateneo. la historia clínica: documento científico del médico Jesús Barreto Penié, disponible en: <http://repository.unad.edu.co/bitstream/10596/5110/1/Historia%20cl%C3%A9nica%20documento%20cient%C3%ADfico.pdf>.
- 9) Ávila, Irma Yolanda Castillo, et al. "satisfacción de usuarias del control prenatal en instituciones de salud públicas y factores asociados. Cartagena." Revista Hacia la Promoción de la Salud 19.1 (2014): 128-140.
- 10) Barradas, Aguilar, et al. "y su relación con la calidad de la atención prenatal." Rev Med IMSS 43.3 (2005): 215-220.
- 11) Bronfman MN, Pertzovsky, Moreno LS, Rodríguez CM, Alejandra M, Altamirano, Rutsteins S. Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. Salud pública de México. 2003. Vol 45 (6). SP. Revisión Abril de 2016. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342003000600004&>
- 12) Cabezas, Evelio. "Mortalidad materna, un problema por resolver: a problem to be solved." Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología 35.3 (2009): 0-0.
- 13) Canaval GE, González MC, Tovar MC, Valencia C. La experiencia de las mujeres gestantes: "lo invisible". Investigación y educación en enfermería. Colombia. 2003. Vol 21(2). SP. Revisión: Marzo de 2016. Disponible en:

<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/3010/2752>.

- 14) Cano SG, Rodríguez SM, Borrell C, Pérez MM, Salvador J. Desigualdades socioeconómicas relacionadas con el cuidado y el control del embarazo. Gac sanit. España. 2006. Vol. 20(1). SP. Revisión Abril de 2016. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv20n1/original2.pdf>.
- 15) Capitán JM, Cabrera VM. La consulta preconcepcional en atención primaria. Hablemos de atención preconcepcional. Madrid. 2001. Vol. 11 (4). SP. Revisión Marzo de 2016. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v11n4/hablemos%20de.pdf>.
- 16) Contacto@definiciones-de.com.definiciones-de.com. Disponible en http://www.definiciones-de.com/Definicion/de/adherencia_terapeutica.php. Consultado 08.05.2016.
- 17) Corinne Denis. Doctissimo.es. Diccionario médico. Disponible <http://salud.doctissimo.es/diccionario-medico/enfermedad-sistemica.html>. Consultado 08/05/2016.
- 18) Cranney A, Adachi JD, Griffith L, Guyatt G, Krolick N, Robinson VA, Shea BJ. Protocolos CHUA. Disponible en http://www.chospab.es/enfermeria/protocolos/Protocolos_Definitivos/normas_para_PROTOCOLOS_CHUA.pdf. Consultado 16/05/2016.
- 19) Definición ABC. Responsabilidad Social. Disponible en <http://www.definicionabc.com/social/responsabilidad-social.php>. Consultado 16/05/2016.
- 20) Definición. Disponible en definicion.mx: <http://definicion.mx/estrategia/>. Consultado 08/05/2016.
- 21) Definición. Disponible en <http://definicion.de/prevencion/>. Consultado 16/05/2016.

- 22) Dra. Birsy Suárez Rivero, Dr. C. M. Miguel Ángel Blanco Aspiazú, Dr. Emilio Morales Jiménez, Dra. Alujy Suárez Rivero, Dr. Rodolfo Isidro Bosch Bayard “Errores en el examen físico del paciente” Revista Cubana de Medicina Militar, versión impresa ISSN 0138-6557 Rev Cub Med Mil vol.40 no.3-4 Ciudad de la Habana jul.-dic. 2011, disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S013865572011000300002&script=sci_arttext.
- 23) Dr. Francisco Javier Andrade. Dr. Julio García Baltazar. Dr. René Mónico Ramos Gonzales. Dr. José Manuel Segra Zavala. Guía de Práctica Clínica. Disponible en file:///D:/Documentos/Downloads/IMSS-500-11-GER_CrecimientoIntrauterino.pdf. Consultado 16/05/2016.
- 24) Dra. Rosa María Lam Díaz. Los términos eficiencia, eficacia y efectividad ¿son sinónimos en el área de Salud? Disponible en http://www.bvs.sld.cu/revistas/hih/vol24_2_08/hih09208.htm. Consultado 08/05/2016.
- 25) Dr. Octavio Peralta M. Aspectos clínicos del Puerperio. Disponible en http://www.icmer.org/documentos/lactancia/puerperio_octavio.pdf. Consultado 16/05/2016.
- 26) Elana Pearl Ben – Joseph, MD. El ácido fólico y el embarazo. Disponible en <http://kidshealth.org/es/parents/folic-acid-esp.html>. Consultado 08.05.2016.
- 27) FABIÁN JAIMES, EDUCACIÓN Y PRÁCTICA DE LA MEDICINA Y PRÁCTICA DE LA MEDICINA • Pruebas diagnósticas Pruebas diagnósticas ACTA MÉDICA COLOMBIANA VOL. 32 N° 1 ~ ENERO-MARZO ~ 2007: disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v32n1/v32n1a7.pdf>.
- 28) Faúndez A: Control Prenatal. En: Obstetricia. Pérez Sánchez, A., Donoso Siña, E. Eds. Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. Capítulo 12 - Segunda Edición, página 156-167,

.http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/control_prenatal.html.

- 29) Francisco Álvarez Heredia Calidad y auditoría en salud https://books.google.es/books?id=ZX9_AQAAQBAJ&lpg=PA52&dq=que%20es%20secuencialidad%20en%20salud&hl=es&pg=PA55#v=onepage&q=secuencial&f=false
- 30) Galán. Cortés JC. La Responsabilidad médica y el consentimiento informado. Rev. Med. Uruguay. 1999. Vol 15, (5-12). Revisión Mayo de 2016. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/1999v1/art2.pdf>
- 31) García GLM, Charrasquie IOM, Flórez MYL, Palencia PLM, Santodomingo FJ, Serpa RYJ. Prácticas sobre estimulación prenatal que realizan las gestantes adultas asistentes al control prenatal en Sincelejo, salud uninorte. Colombia 2008. Vol. 24 (1). SP. Revisión Marzo de 2016. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v24n1/v24n1a05.pdf>
- 32) GARCIA RE. El concepto de calidad y su aplicación en Medicina. méd. Chile [online]. 2001, vol.129, (7) SP. Revisión Mayo de 2016. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872001000700020&script=sci_arttext
- 33) Gastón J, Muruzábal P. Quesada E. Maraví. Infecciones del sistema nervioso central en urgencias. An. Sist. Sanit. Navar. 2008 Vol. 31. SP. Revisión: Mayo de 2016. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v31s1/original8.pdf>.
- 34) Grandi, Carlos, and P. Sarasqueta. "Control prenatal: evaluación de los requisitos básicos recomendados para disminuir el daño perinatal." J Pediatr (RJ) 73.Suppl 1 (1997): S15-20.
- 35) Grandi C, Sarasqueta P. Control prenatal: evaluación de los requisitos básicos recomendados para disminuir el daño perinatal. Soc. bol. Ped.

Argentina. 1997. SP. Revisión marzo de 2016. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/rnsbp97360103sup.pdf>.

- 36) Grettchen FS. El antecedente personal patológico en la anamnesis. Costarr Salud Pública. Costa Rica. 2014. Vol. 24 (1). SP. Revisión Mayo de 2016. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v24n1/art06v24n1.pdf>
- 37) Guzmán F, Arias CA. La Historia Clínica: Elemento Fundamental del acto médico. Rev Colom Cir. Colombia. 2012. Vol. 27 (15-24). Revisión Mayo de 2016. Disponible: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v27n1/v27n1a2.pdf>.
- 38) Herrera MJA, Escobar HJP. Mortalidad Materna evitable: Meta del milenio como propósito nacional. Monitor Estratégico. Colombia. 2014. (6). SP. Revisión: Abril de 2016. Disponible en: <http://repository.unad.edu.co/bitstream/10596/5273/1/151004%20social.pdf#page=>
- 39) Historia clínica orientada a problemas dr. carlos r. cantale revista cpmf, disponible en: <http://www.intramed.net/userfiles/files/hcop.pdf>
- 40) Hospital San Lorenzo Supia. Publicado: 10 Febrero 2014, Fecha de revisión: 28 de mayo de 2016. <http://www.hospitalsanlorenzosupia.gov.co/web/>.
- 41) <http://www.colombiaturismoweb.com/DEPARTAMENTOS/RISARALDA/MUNICIPIOS/QUINCHIA/QUINCHIA.htm>
- 42) Icontec. Acreditación en Salud. Disponible en <http://www.acreditacionensalud.org.co/seguridad.php?ldSub=190&ldCat=84> . Consultado 08/05/2016.
- 43) Instituto Nacional de Salud. Protocolo de mortalidad perinatal y neonatal. Disponible en <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Mortalidad%20perinatal%20y%20neonatal.pdf>. Consultado el 08/05/2016.

- 44) Instituto Nacional de Salud. Protocolo de mortalidad perinatal y neonatal. Disponible en <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Mortalidad%20perinatal%20y%20neonatal.pdf>. Consultado el 08/05/2016.
- 45) ISO 9000. (Organización internacional de Normalización) Norma Internacional: sistema de gestión de Calidad. Definiciones y conceptos fundamentales para la calidad en salud. Disponible en http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial_00E.pdf. Consultado el 08/05/2016.
- 46) Jaramillo Gutiérrez Ana Cristina Arana Torres Alejandra María Gutiérrez Francisco Javier Parra González Julián “Perfil epidemiológico Supia Caldas2013”
- 47) Jimbo. Proyecto de vida. Disponible en <http://proyectosdevida.jimdo.com/inicio/que-es-un-proyecto-de-vida/>. Consultado 16/05/2016.
- 48) Johnson A, Sandford J, Tyndall J. Información verbal y escrita versus información verbal solamente para los pacientes con alta hacia el domicilio después de estancias hospitalarias agudas. Cochrane. Colombia.2008. Revisión Mayo de 2016. Disponible en: http2s://www.google.com.co/search?q=cochrane&biw=1366&bih=667&source=lnms&sa=X&ved=0ahUKEwi3wZO1pILNAhUBySYKHc1mC8kQ_AUIBigA&dpr=1#q=informacion+verbal+y+escrita+versus+informacion+verbal+solamente++para+los+pacientes+con+alta+hacia+el+domicilio+despues+de+estancias+hospitalarias+agudas.
- 49) La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. La Carta de Ottawa. Disponible en http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_d_e_ottawa.pdf. Consultado 16/05/2016.

- 50) Lasso TP. Atención prenatal: ¿tensiones o rutas de posibilidad entre la cultura y el sistema de salud?. Pensamiento psicológico. Colombia. 2012. Vol. 10 (2). SP. Revisión Marzo de 2016. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v10n2/v10n2a11.pdf>
- 51) Lic.Viviane Martins da Silva, 1 Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes² y Dra. Thelma Leite de Araujo, Signos vitales en niños con cardiopatías congénitas Rev Cubana Enfermer 2006; 22(2) disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v22n2/enf09206.pdf>
- 52) Lorda PS, Concheiro. Carro L.El consentimiento informado: Teoría y práctica. Rev Livecity Medicina Clinica. Santiago de Compostela-La Coruña.2014.Vol 100.NUM 17.Revisión Mayo de 2016. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/260909012_El_consentimiento_informado_Teoria_y_practica_I
- 53) Marrugo ACA, Moreno RDV, Salcedo MF, Marrugo VC. Determinantes del acceso a la atención prenatal en Colombia. CES salud pública. 2015. Vol. 6. SP. Revisión. Marzo de 2016. Disponible en: <http://crawl.prod.proquest.com.s3.amazonaws.com/fpcache/171512b5fdcb58a825af07a58fa994ef.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJF7V7KNV2KKY2NUQ&Expires=1464565292&Signature=cenDm8LGxJ1eM3k2BkOXVbSLU%2B4%3D>.
- 54) Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panam Salud Publica. Disponible en <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7891/03.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- 55) Matzumura KJP, Gutiérrez CH, Sotomayor SJ, Pajuelo CG. Evaluación de la calidad de registro de historias clínicas en consultorios externos del servicio de medicina interna de la Clínica Centenario Peruano Japonesa, An fac med. 2010-2011. Vol. 75 (3). Revisión Mayo de 2016. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v75n3/a07v75n3.pdf>

- 56) Mendoza TLA, Arias GMD, Peñaranda OCB, Mendoza TLI, Manzano PS, Varela BAM. Influencia de la adolescencia y su entorno en la adherencia al control prenatal e impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal. REV CHIL OBSTET GINECOL. Colombia. 2015. Vol. 80. SP. Revisión mayo de 2016. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v80n4/art05.pdf>
- 57) Ministerio de Educación Nacional. Términos en la letra cobertura. Disponible en <http://www.mineducacion.gov.co/1621/article-82745.html>. Consultado 08/05/2016.
- 58) Ministerio de la protección social. Observatorio de calidad de la atención en salud. Disponible en <http://mps1.minproteccionsocial.gov.co/evtmedica/linea%207/3.1estandares.html>. Consultado 08/05/2016.
- 59) Ministerio de Salud Perú. Niño por nacer. Disponible en <http://www.minsa.gob.pe/portalminsa/efemerides/ninopornacer/npn3.htm>. Consultado 08/05/2016.
- 60) Ministerio de Salud y Protección. Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad. Paquetes Instruccionales. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Ilustrar-al-paciente-en-autocuidado-seguridad.pdf>. Consultado 08/05/2016.
- 61) Ministerio de Salud. Resolución 1995/1999. Disponible en https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201995%20DE%201999.pdf. Consultado 08/05/2016.
- 62) Ministerio de Salud. Temas de Salud Pública. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/SaludPublica.aspx>. Consultado 16/05/2016. Disponible 16/05/2016.

- 63) Ministerio de Salud. Vigilancia en salud pública. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/VigilanciaenSaludP%C3%BAblica.aspx>. Consultado 16/05/2016.
- 64) Montero, Leida C Medicamentos “Gestación (embarazo)” - Enfermería materno-infantil – Venezuela, disponible en: http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Gestacion.
- 65) Moya-Plata, D, IJ, Salazar G, and Mora Merchán MA, Ingreso temprano al control prenatal en una unidad materno infantil. Revista CUIDARTE 1.1.Colombia. 2010. SP. Revisión: Abril de 2016. Disponible en: <http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/73>
- 66) MPS. Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de la salud del Municipio de Quinchia Risaralda, 2013. [Página principal en internet]. Colombia. Noviembre de 2014. Revisión: Mayo de 2016. Disponible en: www.risaralda.gov.co/salud/introdocuments/webDownload/quinchia_2161
- 67) Mtro. Julio Franco Corzo Staff IEXE. Conocimiento en acción. Disponible en <https://www.iexe.edu.mx/blog/que-son-las-politicas-publicas.html>. Consultado 16/05/2016.
- 68) Natalia Paola Quintana. Diego Fernando Rey. Tamara Gisela Sisi. Carlos Adrián Antonelli. Prof. Dr. Miguel H. Ramos. Pre eclampsia. Disponible en <http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista133/preeclam.htm>. Consultado el 16/05/2016.
- 69) Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS para la aplicación del CIE 10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE – MM. Disponible en <file:///D:/Documentos/Downloads/CIE10MM.pdf>. Consultado 08/05/2016.
- 70) Organización Panamericana de Salud (OPS). Indicadores de Salud en América Latina. Disponible en

<http://siare.clad.org/siare/innotend/evaluacion/indicador0412.html>.
Consultado 08/05/2016.

- 71) Palacio Betancourt D, Rodríguez CJ. Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Guía 5.Colombia.2007. Revisión Mayo de 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guias-basicas-auditoria-mejoramiento-calidad.pdf>.
- 72) Parra BE, Manjarés LM, Gómez AL, Álzate DM, Jaramillo MC. Evaluación de la educación nutricional y un suplemento para prevenir la anemia durante la gestación. Biomédica-suplemento y educación nutricional en gestantes. Colombia. 2005. Vol. 25. SP. Revisión Marzo de 2016. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-41572005000200008&script=sci_abstract
- 73) Peralta UJ, Rafael RM, Saravia NL, Mayorca CC. Enunciados diagnósticos enfermeros más frecuentes, que cumplen con la taxonomía II NANDA registrado en el servicio de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. enferm Herediana. Perú. 2012. Vol 5(2). SP. Revisión Mayo de 2016. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/2398/2346>
- 74) Perfil epidemiológico Supia Caldas, 2014. Alcaldía Municipal 2012-2015. [Página principal en internet]. Colombia. Revisión Mayo de 2016. Disponible en: 190.14.226.29/desca/perfil/supia2014.pdf
- 75) Poffald L, Irmás M, Aguilera X, Vega J, González MJ, Sanhueza G, Barreras y facilitadores para el control en adolescentes: Resultados de un estudio cualitativo en Chile. Chile. 2013. Vol. 55 (6). SP. Revisión: Abril de 2016. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342013000600006&script=sci_arttext

- 76) Rodríguez PLG, Rodríguez PL. PRINCIPIOS TÉCNICOS PARA REALIZAR LA ANAMNESIS EN EL PACIENTE ADULTO. Cubana Med Gen Integr 1999; 15(4). Revisión Mayo de 2016. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n4/mgi11499.pdf>.
- 77) Ruth Lelyen. Beneficios del hierro para la salud. Disponible en <http://www.imujer.com/salud/4175/beneficios-del-hierro-para-la-salud>. Consultado 08/05/2016.
- 78) Ruiz Orejuela Wilson Responsabilidad del Estado y sus regímenes ECOE EDICIONES 5/01/2013, pág.: 235 disponible en: <https://books.google.es/books?id=UcYAAgAAQBAJ&lpg=PA235&dq=que%20es%20secuencialidad%20en%20salud&hl=es&pg=PP1#v=onepage&q=secuencialidad&f=false>.
- 79) Salud y medicinas. Glosario de salud. Disponible en <http://www.saludymedicinas.com.mx/biblioteca/glosario-de-salud/enfermedades-subyacentes.html>. Consultado el 08/05/2016.
- 80) Sandra P. Penagos, Enf. de Urgencias Luz Dary Salazar, Enf. Coordinadora de Enfermería Fanny E. Vera, Enf. de Control de signos vitales Urgencias Fundación Cardioinfantil Bogotá. Disponible en: http://hectorfutbool.mex.tl/images/32235/Control_de_signos_vitales.pdf.
- 81) Valmi Delfino de Sousa2Alba Lucia Botura Leite de Barros, Pruebas físicas en las facultades de graduado de enfermería EN EL MUNICIPIO DE SAN PABLO Revista Latinoamericana de Enfermería versión en línea ISSN 1518-8345, Rev. Latino-Am. Vol.6 no.3 Enfermería de Ribeirão Preto de julio de 1998, disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11691998000300003>.
- 82) Vargas Gonzáles RA. Calidad de los servicios de salud experiencias en Costa Rica. Revistas de ciencias administrativas y financieras de la seguridad social. Colombia. 1997. Revisión Mayo de 2016. Disponible en:

http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12591997000200004.

- 83) Yordanka Rodríguez Morales; Margarita Altunaga Palacio “Factores epidemiológicos en el embarazo ectópico” Epidemiologic factors in ectopic pregnancy, disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/gjn/v36n1/gjn06110.pdf>.

ANEXOS

A. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	NIVEL DE MEDICION	FUENTE	INDICADOR	PREGUNTA
Integralidad	Abordaje como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.	Nominal	Fuente secundaria	% de historias clínicas diligenciadas de manera integral.	Fomento, Promoción de la salud, Prevención específica, Diagnóstico, Tratamiento y rehabilitación de la enfermedad
	Los registros de la prestación de			% de historias clínicas	

Secuencialidad	los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención	Nominal	Fuente secundaria	diligenciadas de manera secuencial.	Secuencia cronológica
Racionalidad científica	Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa	Nominal	Fuente secundaria	% de historias clínicas diligenciadas con racionalidad científica.	Lógica, Clara Completa
Disponibilidad	posibilidad de utilizar la historia clínica en el	Nominal	Fuente secundaria	% de historias clínicas con disponibilidad de	Cumple, no cumple

	momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley			acuerdo a la norma	
Oportunidad	diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio	Nominal	Fuente secundaria	% de historias clínicas diligenciadas de manera oportuna.	Cumple, no cumple
Identificación del paciente	contenidos mínimos para la identificación del usuario	Nominal	Fuente secundaria	% de historias clínicas con los datos mínimos consignados de manera completa	Nombres completos Apellidos completos Fecha de nacimiento Edad Etnia Sexo

					Estado civil Estudios Ocupación Tipo cotizante Entidad EPS
Información subjetiva	Información subjetiva que da la paciente	Nominal	Fuente secundaria	% de historias clínicas con información subjetiva consignada.	Motivo de consulta
Revisión por sistemas	Interrogatorio sobre los distintos síntomas que presente el paciente durante el proceso de la consulta médica, enfocado hacia los diversos sistemas que compone el	Nominal	Fuente secundaria	% de historias clínicas con nota de revisión por sistemas realizado	Sistema respiratorio. Digestivo. Cardiovascular. Neurológico. Urinario. Tegumentario. Órganos de los sentidos.

	organismo humano				Inmunológico.
Antecedentes Familiares	Se refieren a los antecedentes de la pareja, padres o hermanos	Nominal	Fuente secundaria	% de historias clínicas con diligenciamiento de los antecedentes familiares.	Hipertensión. Diabetes. TBC. Preeclampsia. Eclampsia. Otra condición médica grave
Antecedentes Personales	Se refieren a los antecedentes propios de la mujer.	Nominal	Fuente secundaria	% de historias clínicas con diligenciamiento de los antecedentes personales.	Hipertensión. Diabetes. TB. Preeclampsia. Eclampsia. Otra condición médica grave
Antecedentes Obstétricos	Se refiere al número de gestaciones	Ordinal	Fuente secundaria	% de historias clínicas con diligenciamiento	Partos vaginales o por cesáreas.

	previas, sin incluir el embarazo actual			de los antecedentes obstétricos.	Abortos Nacidos vivos. Embarazo Ectópico. Nacidos muertos etc.
Gestación Actual	Datos relacionados con el embarazo actual	Nominal	Fuente secundaria	% de historias clínicas con datos del estado de la gestación actual.	Peso anterior. Talla. FUM FPP. Edad Gestacional. Ecografías. Estilo de vida. Vacunación etc.
Signos Vitales	son mediciones de las funciones más básicas del cuerpo	Ordinal	Fuente secundaria	% de historias clínicas con consignación de signos vitales completos.	Peso. Talla. Presión arterial. Pulso.

					Frecuencia respiratoria. Frecuencia cardiaca. Temperatura.
Examen físico	Exploración del cuerpo para identificar alteraciones	Nominal	Fuente secundaria	% de historias clínicas con nota de examen físico realizado durante el control prenatal.	Aspecto general Valoración cefalocaudal. Signos vitales (TA-FR-FC-Tº-FCF) etc.
Interpretación de ayudas diagnósticas	Lectura y análisis de todos los exámenes tomados a la paciente.	Nominal	Fuente secundaria	% de historias clínicas con interpretación de ayudas diagnósticas.	Exámenes de laboratorio y ayudas Diagnósticas que se deben pedir según la 412.
Plan información suministrada al paciente	Información que se le da al paciente y familia sobre su estado de salud, patología y tratamiento a seguir	Nominal	Fuente secundaria	% de historias clínicas con nota de la información suministrada a la paciente	Ordenes medicas Hoja de evolución Notas de enfermería Ver registro en la historia clínica

Diagnóstico	Define la patología encontrada.	Nominal	Fuente secundaria	% de historias clínicas con consignación del diagnóstico actual.	Código CIE 10
Consentimiento informado		Nominal	Fuente secundaria	% de historias clínicas con diligenciamiento completo y firmado por la usuaria.	Formato establecido por la IPS Diligenciado en su totalidad y firmado por ambas partes
Legibilidad	como la presencia registros clínicos fácilmente entendible	Nominal	Fuente secundaria	% de historias clínicas con datos claros y legibles en el control prenatal	Letra legible, sin tachones ni enmendaduras

ANEXO B: INSTRUMENTO DE VALORACIÓN

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN
CALIDAD DEL DILIGENCIAMIENTO HISTORIA CLÍNICA PROGRAMA
DETECCIÓN TEMPRANA ALTERACIONES DEL EMBARAZO
HOSPITAL NAZARETH QUINCHIA RISARALDA Y SAN LORENZO
SUPIA CALDAS 2017

ITEM	CUMPLIMIENTO	
	CUMPLE	NO CUMPLE
Está registrado de manera completa el nombre de la paciente.		
Está registrada de manera completa la identificación de la paciente.		
Está registrado de manera completa el teléfono de la paciente.		
Está registrada de manera completa la dirección de la paciente.		
Está registrada de manera completa la edad de la paciente.		
Está registrada de manera completa la fecha de nacimiento.		
Los Registros están ordenados de forma Cronológica.		
El registro en la Historia Clínica es simultáneo o inmediato a la prestación del servicio.		

Los Registros de la Historia Clínica son completos, claros, legibles, no presentan tachones ni enmendaduras.		
La Historia Clínica es de fácil acceso y consulta para el personal de salud.		
Se registra en la Historia Clínica los procedimientos realizados para establecer el Diagnóstico y Plan de manejo.		
Es tomada en cuenta y registrada entre comillas la información brindada por la gestante con respecto al motivo de consulta, por el profesional de la salud.		
Se evidencia registro de examen físico cefalocaudal completo a la gestante dentro del control prenatal.		
Se clasifica el riesgo del embarazo y se registra en la Historia Clínica.		
Se registran en la Historia Clínica los antecedentes familiares.		
Se registran en la Historia Clínica los antecedentes personales.		
Se registran en la Historia Clínica los antecedentes obstétricos.		
Se registran en la Historia Clínica los antecedentes quirúrgicos.		
Se registra en la Historia Clínica la solicitud e interpretación de cada una de las ayudas diagnósticas en los controles prenatales y demás consultas.		

Se evidencia el plan médico en la historia clínica y a la vez se suministra información y educación a la gestante, compañero y familia.		
Se evidencia remisión a odontología.		
Se evidencia el registro de la formulación de Micronutrientes.		
Se remite al PAI.		
Se evidencia el diligenciamiento de CLAP.		
Se evidencia el consentimiento informado para cada uno de los procedimientos que lo requiera dentro de la Historia Clínica.		
Se valora el riesgo Psicosocial.		

ANEXO C: CONSENTIMIENTO INFORMADO.

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-É
Seccional Pereira
Nit.: 860.517.302-1

Pereira, Febrero 04 de 2017

Doctora
Mary Cruz Hernández Largo
Gerente
HOSPITAL SAN LORENZO
Supía – Caldas

Recibido
Juliana Largo B.
06-02-2017
02:24 pm
Hospital San Lorenzo
Supía Caldas

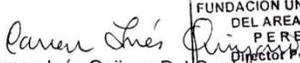
Cordial saludo,

Los estudiantes Jenny Maritza Becerra Morales, Mónica Julieth Calvo Quiceno, Rosa Angélica Pescador Arana, y Jairo Alberto Acevedo Valencia de la Especialización de Auditoría en Salud, se encuentran presentando el proyecto para Trabajo de Grado: "Calidad del Diligenciamiento de Historia Clínica en el programa de Detección Temprana de Alteraciones del Embarazo" en el Hospital San Lorenzo de Supía- Caldas, durante el último trimestre del año 2016, para lo cual los estudiantes requieren acceso a las Historias Clínicas de dicho programa.

Los estudiantes están a cargo de la docente Carmen Luisa Betancur Pulgarín, como Asesora Metodológica del Trabajo de Grado.

Como resultado de dicho trabajo los estudiantes lo entregarán en medio magnético a su Institución y deben sustentarlo. Ésta información es solicitada para fines netamente académicos.

Agradezco su colaboración,


Carmen Inés Quijano Delgado
Directora Centro de Posgrados
Facultad ciencias de Salud

FUNDACION UNIVERSITARIA
DEL AREA ANDINA
PEREIRA
Director Posgrados

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

MIEMBRO DE LA RED
ILUMINO

Línea Gratuita Nacional
018000 180099

Pereira
Calle 24 No. 8 - 55
PBX:340 2282
www.areandina.edu.co

Pereira, Febrero 04 de 2017

Doctor
Carlos Alberto Calvo Mejía
Gerente
HOSPITAL NAZARET
Quinchía- Risaralda

Cordial saludo,

Los estudiantes Jenny Maritza Becerra Morales, Mónica Julieth Calvo Quiceno, Rosa Angélica Pescador Arana, y Jairo Alberto Acevedo Valencia de la Especialización de Auditoria en Salud, se encuentran presentando el proyecto para Trabajo de Grado: "Calidad del Diligenciamiento de Historia Clínica en el programa de Detección Temprana de Alteraciones del Embarazo" en el Hospital Nazaret de Quinchía - Risaralda , durante el último trimestre del año 2016, para lo cual los estudiantes requieren acceso a las Historias Clínicas de dicho programa.

Los estudiantes están a cargo de la docente Carmen Luisa Betancur Pulgarín, como Asesora Metodológica del Trabajo de Grado.

Como resultado de dicho trabajo los estudiantes lo entregarán en medio magnético a su Institución y deben sustentarlo. Ésta información es solicitada para fines netamente académicos.

Agradezco su colaboración,


Carmen Inés Quijano Del Gordo
Directora Centro de Posgrados
Facultad Ciencias de Salud



*Cabe A el
7-02-2017*

Guática- Risaralda, 06 de febrero de 2017

Enfermera y Médica
Encargada Programa Materno Infantil
Hospital Nazareth
Quinchia Risaralda

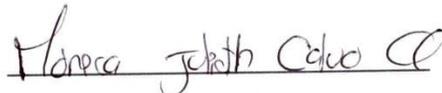
ASUNTO: Solicitud de información

Por medio del presente y de manera muy respetuosa le solicito el favor de brindarme información sobre el número total de maternas que se encontraban inscritas en el programa detección temprana de las alteraciones del embarazo durante el último trimestre del 2016, el motivo es dar inicio al proceso de Auditoria del diligenciamiento de historias Clínicas como estudiante de la Especialización Auditoria en Salud de la Universidad AREANDINA Seccional Pereira.

Nota: Se entrega carta con solicitud de permiso para este proceso al Gerente de la IPS,

Dr. Carlos Calvo

Muchas gracias por su atención prestada,



Mónica Yulieth Calvo Quiceno

CC

Estudiante Especialización auditoria en Salud

AREANDINA Pereira Risaralda

RECIBIDO
07-02-2017

Riosucio- Caldas Febrero 06 del 2017

Enfermera
ELIANA MORENO
Programa Materno infantil
Hospital San Lorenzo
Supía- Caldas

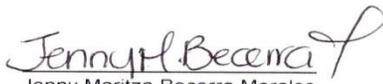
Asunto: Solicitud de información

Cordial saludo,

Por medio del presente y de manera muy respetuosa, le solicito el favor de brindarme información sobre el número total de maternas que se encontraban inscritas en el programa de Atención prenatal durante el último trimestre del año 2016, el motivo, es dar inicio al proceso de Auditoría del diligenciamiento de Historias Clínicas como estudiante de Especialización: Auditoría en Salud De la Universidad AREANDINA Seccional Pereira.

Nota: Se entrega carta con solicitud de permiso para este proceso a la Gerente de la IPS, Sra. Mary Cruz Hernández Largo.

Muchas gracias por su atención y colaboración.


Jenny Maritza Becerra Morales
cc 1059699.369
Estudiante Especialización Auditoría en Salud
AREANDINA Pereira Risaralda

 1056303142

ANEXO D: ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

Cronograma en tabla de Gantt

ACTIVIDADES	AÑO 2016										AÑO 2017		
	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR
Selección de tema.	■												
Crear nube en Google drive.	■												
Busca de datos de literatura científica.	■												
Construcción del estado de arte.	■												
Árbol del problema.	■												
Planteamiento del problema.	■												
Descripción del problema.	■												
Justificación.		■											
Construcción de los objetivos.		■											
Construcción del marco teórico.			■										
Selección y lectura de 35 artículos más.			■										
Construcción del marco metodológico.			■										
Revisión y corrección del anteproyecto.			■	■									
Elaboración del presupuesto del proyecto.			■										

ANEXO E

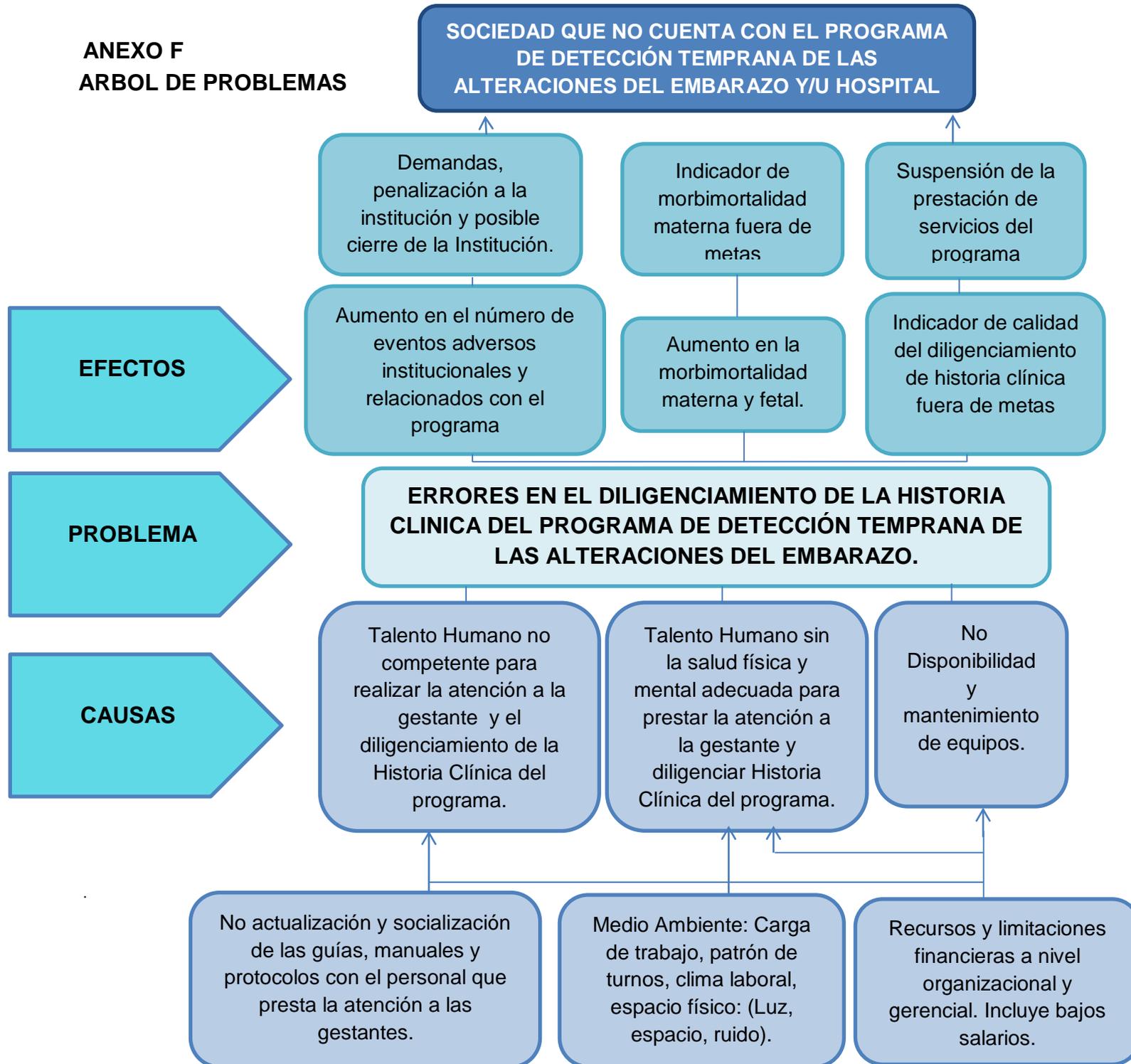
PRESUPUESTO

Ítem	Unidad	Cantidad	Valor unitario	Aportes		Total
				Patrocinadores	Estudiantes	
Talento humano						
Asesores (2)	10 Horas	20 Horas	45.000	Universidad	900.000	900.000
Estudiantes (4)	120 Horas	480 Horas	7.000		3.360.000	3.360.000
Insumos						
Internet	1 mes	2 meses	60.000		120.000	120.000
CD	1	3	3000		3.000	3.000

Papelería					20.000	20.000
Logística						
Desplazamiento	15 Días	Pasaje a Supia: 3500 Pasaje a Quinchia: 5000	9 Supia: 31.500 6 Quinchia: 30000		61.500	61.500
Alimentación	15 días	75.000	5.000		75.000	75.000
Transporte al Municipio de Supía	9 días	31.500	3.500		31.500	31.500

Transporte al Municipio de Quinchia	6 días	35.000	5.000		35.000	35.000
Computador (4)	100 horas	1500	6.000		600.000	600.000
Biblioteca	60 horas	2000	12.0000	12.0000		120.000
Imprevistos						
Para cualquier gasto que no se había tenido en cuenta					100.000	100.000
TOTAL						5.426.000

**ANEXO F
ARBOL DE PROBLEMAS**



ANEXO G: PLAN DE MEJORA

PLAN DE ACCION CALIDAD DEL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA MATERNO PERINATAL- HOSPITAL NAZARETH QUINCHIA RISARALDA					
Mejorar el diligenciamiento de la historia clínica materno perinatal de la ESE hospital Nazareth de Quichía Risaralda					
QUÉ?	POR QUÉ?	CÓMO?	DÓNDE?	CUÁNDO?	QUIÉN?
<p>Actualizar el Protocolo de Historias clínicas de la Institución</p> <p>Actualización y socialización de Guía de detección temprana de las alteraciones del embarazo</p>	<p>Proporcionar una orientación clara sobre la forma de llevar a cabo el registro, manejo, control, custodia, organización y conservación de la Historia Clínica.</p> <p>Formar un personal competente, idóneo para realizar una atención con calidad a la gestante, haciendo énfasis en la Remisión a valoración por odontología desde el ingreso al programa.</p> <p>Formar personal competente y que identifique riegos en las gestantes.</p>	<p>En reunión de comité de calidad, seguridad del paciente, comité de promoción y prevención, comité de Historias clínicas.</p> <p>Que se incluya la actualización o creación de protocolo en cronograma de calidad.</p>	<p>Hospital Nazareth de Quinchía Risaralda</p>	<p>Programar en cronograma de Garantía de la calidad, en fechas programadas para reuniones de comité.</p>	<p>Funcionario líder de Garantía de la calidad. Médico coordinador, enfermera o médico coordinadora del programa.</p>
<p>Trabajo Interinstitucional (secretaria de desarrollo social y comunitario- Secretaria de salud, en el mismo programa de la institución, etc para identificar, valorar y clasificar el riesgo psicosocial de la gestante).</p>	<p>Para identificar la población gestante que viva en condiciones sociales aceptables o inadecuadas, con estilos de vida inapropiados para tener una gestación sana.</p>	<p>Búsqueda activa en bases de datos, trabajo interinstitucional, en la primera entrevista que se realice a la gestante en el programa, en el primer control prenatal.</p>	<p>Hospital Nazareth de Quinchía Risaralda</p>	<p>De manera continua y cada vez que se inscriba una gestante al programa de detección temprana de las alteraciones del embarazo.</p>	<p>El personal médico y de enfermería líder del programa de detección temprana de las alteraciones del embarazo, funcionarios públicos y líderes de los</p>
<p>Taller teórico practico para fortalecer el adecuado diligenciamiento del CLAP</p>	<p>El CLAP, es un sistema que permite contar con los datos característicos y mas importantes arrojados después de la realización de cada uno de los controles prenatales. Socializar al personal medico y de enfermería que realiza los controles prenatales acerca de los terminos y forma de consignar los datos en el CLAP y según el número de control prenatal que se este realizando.</p> <p>Informar sobre la importancia de consignar y/o completar los datos que pide el CLAP ya que es parte de la Historia Clínica y la Resolución exige que este completa, clara y legible.</p>	<p>Se realizará un taller con el personal medico y de enfermería sobre items que se deben diligenciar en el CLAP y cómo diligenciarlos. Se entregará un CLAP a cada uno de los funcionarios y se proyectarán casos sobre controles prenatales ya realizados por ellos y por otros profesionales, después de leer la atención del control prenatal, también se proyecta el CLAP; el objetivo es que el personal se de cuenta que no estan diligenciando de manera completa el CLAP, que se entrenen en su diligenciamiento y tomen conciencia de su importancia.</p>	<p>Hospital Nazareth de Quinchía Risaralda</p>	<p>Programar en cronograma de Garantía de la calidad.</p>	<p>Funcionario líder de Garantía de la calidad. Médico coordinador, enfermera o médico coordinadora del programa.</p>
<p>En el curso Psicoprofiláctico y en cada una de las valoraciones realizadas a la gestante, informarlas sobre cada una de las actividades, valoraciones y remisiones correspondientes según edad gestacional</p>	<p>Crear cultura de seguridad en cada una de las gestantes inscritas al programa de detección temprana de las alteraciones del embarazo, para que exijan y se alarman frente a una acción insegura por parte del personal que las atiende.</p>	<p>Educar en cada una de las valoraciones realizadas a la gestante, informarlas sobre cada una de las actividades, valoraciones y remisiones correspondientes según edad gestacional, entregando un plegable con las acciones seguras que debe tener el personal para sus controles ejemplo: (usted como embarazada tiene derecho a ser remitida a: odontología, vacunación...en la semana numero...).</p> <p>Proyectar videos audiovisuales en sala de espera para educar a las gestantes con la información correspondiente a acciones seguras por parte del personal en determinado numero de control.</p>	<p>Hospital Nazareth de Quinchía Risaralda</p>	<p>Entrega de plegables mas completos que el que se está entregando en el programa actualmente y proyección de videos audiovisuales y con subtítulos.</p>	<p>Personal que realiza la atención a las gestantes en cada una de las valoraciones y curso psicoprofiláctico</p>
<p>Crear, implementar y aplicar un instrumento de valoración para recolectar información acerca de la calidad del control prenatal que ha recibido la gestante y educación que recibió compañero o acompañante.</p>	<p>Determinar la calidad del control prenatal realizado a la gestante y educación que recibió el compañero o acompañante, que a la vez, arroja información sobre la calidad del diligenciamiento de la Historia Clínica.</p>	<p>El Instrumento de Valoración, debe ser creado por la funcionaria líder de calidad, debe ser aplicado por este mismo funcionario o funcionario de SIAU, en un lugar apropiado y cómodo para usarla con o sin acompañante y en el momento apropiado: al salir del consultorio y que el medico haya terminado de realizar el control prenatal.</p>	<p>Hospital San Lorenzo de Supia Caldas.</p>	<p>Programar en cronograma de Garantía de la calidad y del SIAU.</p>	<p>Funcionario líder de Garantía de la calidad. Funcionario coordinador del SIAU.</p>
<p>Auditoria Interna de manera mensual a un número determinado de Historias Clínicas de gestantes inscritas en el programa de detección temprana de las alteraciones del embarazo.</p>	<p>Evaluar la adherencia a las Guías, protocolo, normatividad vigente en cuanto al diligenciamiento de la Historia Clínica materno perinatal y formatos anexos que la conforman ejemplo: (consentimientos informados y CLAP). La Auditoria de Historias Clínicas permite encontrar fallas en su diligenciamiento y acciones inseguras por parte del personal, que conlleven a eventos adversos, incidentes que perjudiquen la salud de la madre y el feto</p>	<p>Realizar la auditoria de Historias clínicas del programa Detección temprana de las alteraciones del embarazo de manera mensual, por parte del personal asignado para esta función, implantar un formato de evaluación con ponderación, describir los principales hallazgos y dejar un Plan de Acción, posteriormente socializar en comité de historias clínicas y de calidad.</p>	<p>Hospital San Lorenzo de Supia Caldas.</p>	<p>Fin de cada mes</p>	<p>Auditor Interno o funcionario líder de Garantía de la calidad</p>

PLAN DE ACCION CALIDAD DEL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA MATERNO PERINATAL- HOSPITAL SAN LORENZO SUPIA CALDAS					
Mejorar el diligenciamiento de la historia clínica materno perinatal de la ESE hospital San Lorenzo de Supia caldas					
Craer el Protocolo de Historias clínicas de la Institución Actualización y socialización de Guía de detección temprana de las alteraciones del embarazo	<p>Proporcionar una orientación clara sobre la forma de llevar a cabo el registro, manejo, control, custodia, organización y conservación de la Historia Clínica.</p> <p>Formar un personal competente, idóneo para realizar una atención con calidad a la gestante, haciendo énfasis en la Remisión a valoración por odontología desde el ingreso al programa y al Programa ampliado de inmunizaciones en las semanas que corresponde.</p> <p>Formar personal competente y que identifique riesgos en las gestantes.</p>	<p>En reunión de comité de calidad, seguridad del paciente, comité de promoción y prevención, comité de Historias clínicas. (Si no se han conformado los comités de ley institucionales, se debe hacer), incluyéndolo como actividad prioritaria en el cronograma de calidad.</p> <p>Que se incluya la actualización o creación de protocolo en cronograma de calidad.</p>	Hospital San Lorenzo de Supia Caldas.	Programar en cronograma de Garantía de la calidad.	Funcionario líder de Garantía de la calidad. Médico coordinador, enfermera o medico coordinadora del programa.
Crear, implementar y aplicar un instrumento de valoración para recolectar información acerca de la calidad del control prenatal que ha recibido la gestante y educación que recibió compañero o acompañante.	<p>Determinar la calidad del control prenatal realizado a la gestante y educación que recibió el compañero o acompañante, que a la vez, arroja información sobre la calidad del diligenciamiento de la Historia Clínica.</p>	<p>El Instrumento de Valoración, debe ser creado por la funcionaria líder de calidad, debe ser aplicado por este mismo funcionario o funcionario de SIAU, en un lugar apropiado y cómodo para usuaria con o sin acompañante y en el momento apropiado: al salir del consultorio y que el medico haya terminado de realizar el control prenatal.</p>	Hospital San Lorenzo de Supia Caldas.	Programar en cronograma de Garantía de la calidad y del SIAU.	Funcionario líder de Garantía de la calidad. Funcionario coordinador del SIAU.
Taller teórico practico para fortalecer el adecuado diligenciamiento del CLAP	<p>El CLAP, es un sistema que permite contar con los datos característicos y mas importantes arrojados después de la realización de cada uno de los controles prenatales. Socializar al personal medico y de enfermería que realiza los controles prenatales acerca de los terminos y forma de consignar los datos en el CLAP y según el número de control prenatal que se este realizando.</p> <p>Informar sobre la importancia de consignar y/o completar los datos que pide el CLAP ya que es parte de la Historia Clínica y la Resolución exige que este completa, clara y legible.</p>	<p>Se realizará un taller con el personal medico y de enfermería sobre items que se deben diligenciar en el CLAP y cómo diligenciarlos. Se entregará un CLAP a cada uno de los funcionarios y se proyectarán casos sobre controles prenatales ya realizados por ellos y por otros profesionales, después de leer la atención del control prenatal, también se proyecta el CLAP; el objetivo es que el personal se de cuenta que no estan diligenciando de manera completa el CLAP ,que se entrenen en su diligenciamiento y tomen conciencia de su importancia.</p>	Hospital San Lorenzo de Supia Caldas.	Programar en cronograma de Garantía de la calidad.	Funcionario líder de Garantía de la calidad. Médico coordinador, enfermera o medico coordinadora del programa.
En el curso Psicoprofiláctico y en cada una de las valoraciones realizadas a la gestante, informarlas sobre cada una de las actividades, valoraciones y remisiones correspondientes según edad gestacional	<p>Crear cultura de seguridad en cada una de las gestantes inscritas al programa de detección temprana de las alteraciones del embarazo, para que exijan y se almen frente a una acción insegura por parte del personal que las atiende.</p>	<p>Educación en cada una de las valoraciones realizadas a la gestante, informarlas sobre cada una de las actividades, valoraciones y remisiones correspondientes según edad gestacional, entregando un plegable con las acciones seguras que debe tener el personal para sus controles ejemplo: (usted como embarazada tiene derecho a ser remitida a: odontología, vacunación...en la semana numero...).</p> <p>Proyectar videos audiovisuales en sala de espera para educar a las gestantes con la información correspondiente a acciones seguras por parte del personal en determinado numero de control.</p>	Hospital San Lorenzo de Supia Caldas.	Entrega de plegables mas completos que el que se está entregando en el programa actualmente y proyección de videos audiovisuales y con subtítulos.	Personal que realiza la atención a las gestantes en cada una de las valoraciones y curso psicoprofilactico
Auditoria Interna de manera mensual a un número determinado de Historias Clínicas de gestantes inscritas en el programa de detección temprana de las alteraciones del embarazo.	<p>Evaluar la adherencia a las Guías, protocolo, normatividad vigente en cuanto al diligenciamiento de la Historia Clínica materno perinatal y formatos anexos que la conforman ejemplo: (consentimientos informados y CLAP).</p> <p>La Auditoria de Historias Clínicas permite encontrar fallas en su diligenciamiento y acciones inseguras por parte del personal, que conlleven a eventos adversos, incidentes que perjudiquen la salud de la madre y el feto</p>	<p>Realizar la auditoria de Historias clínicas del programa Detección temprana de las alteraciones del embarazo de manera mensual, por parte del personal asignado para esta función, implementar un formato de evaluación con ponderación, describir los principales hallazgos y dejar un Plan de Acción, posteriormente socializar en comité de historias clínicas y de calidad.</p>	Hospital San Lorenzo de Supia Caldas.	Fin de cada mes	Auditor interno o funcionario líder de Garantía de la calidad