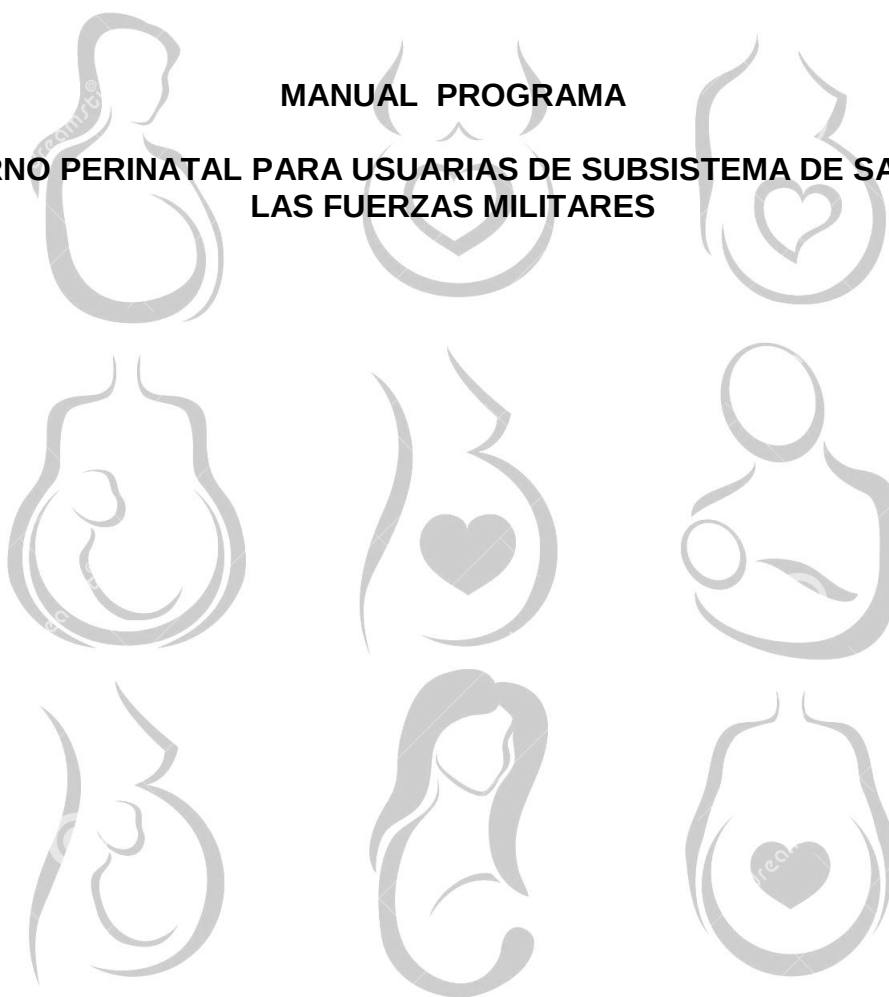


SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES



DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR

**MANUAL PROGRAMA
MATERNO PERINATAL PARA USUARIAS DE SUBSISTEMA DE SALUD DE
LAS FUERZAS MILITARES**



AÑO 2014

Mayor General del Aire
JULIO ROBERTO RIVERA JIMENEZ
Director General de sanidad Militar

Coronel **LINA JEANETTE VALERO VIANCHA**
Subdirectora de Salud DGSM

PD. **SILVETRE GRANADOS SILVA**
Coordinador Salud Pública

Proyectado Por:

OPS. YEIMY VALBUENA MOJICA
Enfermera Profesional
Pt. Magister Salud Sexual y Reproductiva
Dirección General de Sanidad Militar

Agradecimiento Especial:

CR. GLORIA CONSUELO CASTELLANOS PEDRAZA
Ginecóloga
Dispensario Médico Fuerza Aérea

CR. FERNANDO ORLEY MEDINA
Ginecólogo
Dispensario Médico Ejército Nacional

Participantes:

SMSM. CAROLINA MARIN NIÑO
Enfermera Profesional
Pt. Admón. en Salud Pública – Gerencia en Salud
Dirección General de Sanidad Militar

OPS. MARTHA DUARTE BLANCO
Enfermera Profesional
Promoción y Prevención
Dirección de Sanidad Ejército Nacional

SMSM. ANGELA IVEETH DIAZ SANCHEZ
Enfermera Profesional
Especialista en Administración en Salud
Dirección de Sanidad Armada Nacional

SMSM. CLAUDIA MARCELA NUÑEZ MOSOS

Odontóloga
Especialista en Salud Familiar y Comunitaria
Dirección de Sanidad Fuerza Aérea

SMSM. LINDA VICTORIA ARIZA ROMERO

Coordinadora Grupo Gestión en Salud
Dirección General de Sanidad Militar

PD. ANGELA RICO GIL

Grupo gestión en Salud - Rehabilitación y Discapacidad
Dirección General de Sanidad Militar

OPS. KELLY JHOANA AVILA RAVELO

Comunicaciones Estratégicas - Grupo de Planeación y Desarrollo Institucional
Dirección General de Sanidad Militar

JUAN ARISTOBULO RAMIREZ CASTRO.

Ginecologo
Dispensario Canton Norte (Ejercito)

ENITH C. FRANCO A.

Psicóloga
Asesora en inclusión &
Orientadora en Sexualidad y Discapacidad

MARTHA CARDENAS

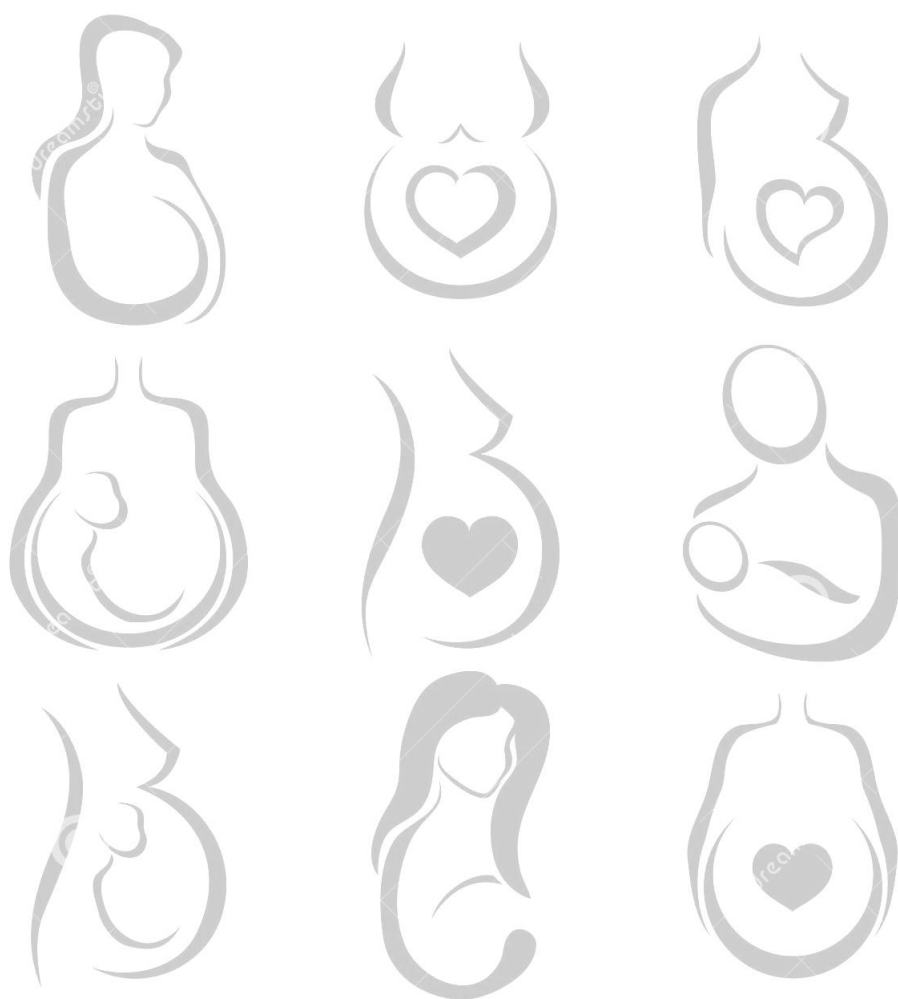
Análisis y Políticas de Servicios de Salud
Dirección de Desarrollo de Servicios
Secretaria Distrital de Salud

MARTHA OSPINO GUZMAN

Salud Materna - Infantil
Dirección de Promoción y Prevención
Ministerio de Salud

FRANCY JANETH MEDINA

Enfermera Especializada en Epidemiología



**PROGRAMA DE ATENCION MATERNO PERINATAL
PARA EL SUBSISTEMA DE SALUD DE FUERZAS
MILITARES**

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION _____	6
JUSTIFICACION _____	8
MARCO NORMATIVO _____	9
BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA _____	14
OBJETIVOS _____	15
OBJETIVO GENERAL _____	15
OBJETIVOS ESPECIFICOS _____	15
METAS Y RESULTADOS ESPERADOS _____	17
INDICADORES _____	19
BIBLIOGRAFIA _____	20

LISTADO DE ANEXOS

ANEXO N° 1 Guía para la atención de consulta preconcepcional - ESM.....	21
ANEXO N° 2 Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo –ESM.....	33
ANEXO N° 3 Guía curso preparación maternidad y paternidad.....	48
ANEXO N° 4 Guía de notificación de eventos de interés pública para el programa materno/ perinatal.....	53
ANEXO N° 5 Guía de asesoría en interrupción voluntaria del embarazo (IVE).....	57
ANEXO N° 6 Ficha Técnicas de Indicadores Maternos.....	77

LISTADO DE CUADROS

Cuadro No. 1. Clasificación de factores de riesgo en población gestante. DGSM.....	41
Cuadro No. 2. Medicamentos en el Acuerdo 052 /13 para las Gestantes. DGSM Cronograma	44
Cuadro No. 3. Cronograma Preparacion para la Maternidad	50

LISTADO FLUJOGRAMAS

Flujograma No. 1. Ruta del proceso de identificación de la mujer gestante en el SSFM.....	36
Flujograma No. 2. Ruta de atecion en Control Prenatal	38

INTRODUCCIÓN

La maternidad como una de las expresiones naturales de la femineidad, el rol materno y la formación del núcleo de la sociedad, contiene un riesgo evidente derivado de los determinantes sociales individuales, es esta una condición de vulnerabilidad y por tanto el compromiso de todos para reducir el riesgo encaminando acciones que lo permitan.

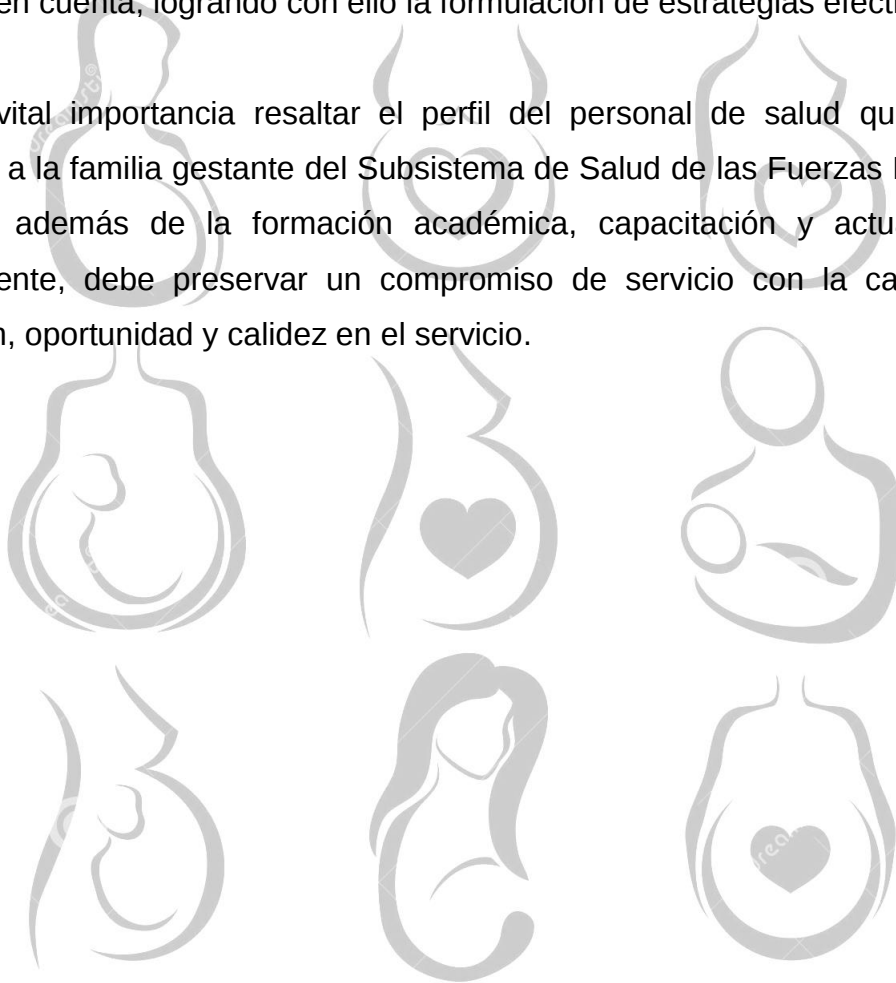
La morbilidad materna es considerada una problemática mundial de salud pública, teniendo en cuenta que, la pérdida de una madre genera disfunción en la base de la sociedad, la familia y predispone a la morbilidad infantil, a la violencia intrafamiliar, a la deserción escolar y laboral, además se asocia con menor escala de desarrollo social tanto para la familia como para la comunidad donde se produce.

A su vez, refleja las condiciones de desarrollo de una región y específicamente las características de la prestación de los servicios de salud de atención obstétrica, permite evidenciar brechas en desarrollos tecnológicos, en condiciones económicas y socioculturales, en cobertura y acceso de los servicios de salud.

Dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) acordados por la Organización de las Naciones Unidas, plasmados en la carta de Ottawa, el quinto objetivo propone reducir la razón de Mortalidad Materna y lograr la cobertura universal de la asistencia especializada al parto para el año 2015. A nivel mundial se ha logrado una importante reducción de la mortalidad materna, sin embargo, en Colombia el comportamiento no es muy alentador pese a las acciones dirigidas hacia la reducción.

El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares en su interés por aportar a la meta nacional y a pesar de los positivos resultados que en los dos últimos años ha arrojado en el tema de mortalidad materna busca también mejorar la calidad de la atención que se brinda a esta población por lo tanto requiere un programa de Maternidad Segura unificado, donde se proporcione a los Establecimientos de Sanidad Militar la información necesaria acerca de los principales aspectos a tener en cuenta, logrando con ello la formulación de estrategias efectivas.

Es de vital importancia resaltar el perfil del personal de salud que ofrece cuidado a la familia gestante del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, ya que además de la formación académica, capacitación y actualización permanente, debe preservar un compromiso de servicio con la calidad de atención, oportunidad y calidez en el servicio.



JUSTIFICACIÓN

La gestación (Embarazo, parto, puerperio) no es una patología, es una condición que tiene riesgo de complicaciones, los cuales deben ser abordados oportunamente, por ello es preciso que todo el personal que labora en los Establecimientos de Sanidad Militar conozcan el presente manual y brinden a esta población atención preferencial.

La implementación de un programa unificado de maternidad segura para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares permite brindar a las familias gestantes una atención integral de alta calidad, que cuente con guías de atención desde la etapa preconcepcional pasando por planificación hasta la atención pos parto y del recién nacido donde su última intervención sea garantizar el ingreso al programa de crecimiento y desarrollo; en la cual se integre a cada mujer que, por distintas circunstancias, requiera de algún proceso de acompañamiento específico, como los son aquellas que poseen algún tipo de discapacidad.

La maternidad segura hace principal énfasis en la promoción y protección del derecho de las usuarias a disfrutar al máximo esta etapa única y corta de la familia y es por ello la importancia de velar por mantener la buena salud del binomio madre-hijo.

Por otro lado, mediante la información capturada del programa se logrará adoptar medidas y crear estrategias efectivas en los Establecimientos de Sanidad Militar donde sus principales acciones se vean encaminadas a intervenir los factores de riesgo encontrados. Igualmente, es necesario reforzar las actividades de vigilancia en salud pública que permitan la identificación y análisis de los casos que en esta materia se puedan presentar, con el propósito de caracterizar e identificar los factores contribuyentes y las condiciones que se presentan alrededor de su ocurrencia.

MARCO NORMATIVO

A continuación se menciona el principal marco normativo por el cual se propone el programa de atención materno perinatal para las Fuerzas Militares.

- Constitución Política de Colombia. De los Derechos, las Garantías y los deberes en salud Artículos. 48, 49, y 50
- La Ley 10 de 1990, que instaura la organización de la prestación de los servicios de salud en los municipio con sus niveles de complejidad; el establecimiento de un sistema de calidad y los mecanismos para su control y vigilancia; la regulación de procedimientos para autorizar a las entidades privadas para prestar servicios; la organización del régimen de referencia y contra referencia de pacientes; y la obligatoriedad de prestar la atención inicial de urgencia.
- Ley 100 de 1993 de la Presidencia de la República de Colombia, mediante la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral, definiendo normas y procedimientos que el Estado y la sociedad deben desarrollar, para suministrar a la población estándares de vida que contribuyan a mejorar el nivel de vida de los individuos y la comunidad.
- Ley 715 de diciembre de 2001 deroga la ley 60 de 1993 y se dictan normas orgánicas en materia de recursos, competencias y disposiciones para la organización de los servicios de educación y salud.
 - La Ley 1122 de 2007, realiza importantes ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hicieron reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas

de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

- La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de 2003, incluye la estrategia “Maternidad Segura”, con la meta de lograr la disminución de la tasa nacional de mortalidad materna evitable en 50%, mejorando la cobertura y calidad de la atención institucional de la gestación, parto y puerperio y sus complicaciones, y fortaleciendo las acciones de vigilancia, prevención y atención de la mortalidad materna y perinatal mediante estrategias y acciones concretas que involucran a todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Política en derechos sexuales y reproductivos, equidad y violencia basada en género, salud sexual y reproductiva con énfasis en VIH, Ministerio de Defensa 2010. La cual plantea la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) como una prioridad para toda la población de la Fuerza Pública, con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a grupos con necesidades particulares.
- El Decreto 515 de 2004, definió el Sistema de Habilitación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado, hoy (EPSS), donde se establecieron las condiciones de capacidad técnico-administrativa, de capacidad financiera y de capacidad tecnológica y científica, necesarias para garantizar la administración del riesgo en salud de sus afiliados y la organización de la prestación de los servicios de salud. Posteriormente, este decreto se operacionaliza con las Resoluciones 581 y 1189 de 2004, por las cuales se adopta y modifica el manual de estándares que establece las condiciones de capacidad técnico-administrativa, tecnológica y científica para la habilitación de las EPSS.
- Decreto 3518 de 2006 - Ministerio Protección Social, por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones. Además es el piso normativo para la notificación

obligatoria de la morbilidad materna, extrema, mortalidad materna y perinatal.

- La Resolución 1531 de 1992 del Ministerio de Salud, contiene los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, tales como el derecho a decidir sobre aspectos que afectan su salud, su vida, su cuerpo, su sexualidad, a nivel individual, comunitario e institucional.
- La Resolución 412 de 2000, con la cual se definieron y establecieron las actividades de obligatorio cumplimiento, y se adoptaron las normas técnicas para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y las guías de atención para las enfermedades de interés en salud pública; aquí se incluyeron por primera vez las características mínimas que se deben cumplir al ofrecer estos servicios. El Ministerio de la Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas realizaron un amplio proceso de difusión nacional de estos documentos técnicos en 2001, y posteriormente en mayo del 2007 se realizó su actualización bajo la iniciativa del Programa de Apoyo a la Reforma en Salud (PARS), con la participación de diversas comunidades científicas del país.
- El Acuerdo 117 de 1998 del CNSSS establece la obligatoriedad, por parte de las EPS, de garantizar la prestación de actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana, dentro de los que se incluyen la atención del parto y del recién nacido y la detección de las alteraciones del embarazo respectivamente, así como el cumplimiento en la atención de las enfermedades de interés en salud pública, dentro de las que se contemplan las hemorragias y la hipertensión arterial asociadas al embarazo.
- El acuerdo 244 de 2003, establece los criterios de selección de beneficiarios del régimen subsidiado, priorizando dentro de la población clasificada de la encuesta SISBEN, en primer lugar a las mujeres en estado de embarazo o período de lactancia que se inscriban en programas de control prenatal y postnatal y que aún se encuentren en

condición de vinculadas; permitiéndoles así el acceso a los servicios de salud para la atención prenatal, del parto y del puerperio, así como las complicaciones que se identifiquen en cada una de estos periodos.

- Circular No. 143321 DGSM año 2010. Adopción plan de choque para la reducción de la mortalidad materno-perinatal y la mortalidad infantil en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares
- Circular No. 306265 DGSM año 2011. Lineamientos para implementación de la estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH y de la sífilis congénita
- Circular No. 303827 DGSM año 2011. Lineamientos para la adopción de la estrategia de vigilancia de la morbilidad materna extrema (VMME) en las Fuerzas Militares de Colombia.
- Directiva Permanente No. 305606 DGSM año 2011. Implementación del programa de salud sexual y reproductiva para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.
- Circular Conjunta Externa 005 de 2012 del Ministerio de Protección. Intensificación de acciones para garantizar la maternidad segura a nivel nacional.
- La “Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad”, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006, y aprobada por el Congreso de la República de Colombia mediante la ley 1346 de 2009. La Convención contempla en sus Artículos 23 y 25 de manera explícita y 24 de manera implícita, que las Personas con Discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de educación y salud en su sexualidad sin discriminación por motivo de discapacidad; y señala que los Estados parte: proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.
 - El artículo Artículo 9, Vida en familia e integridad personal de las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades, reza que “Los Estados deben promover la plena participación de las personas con discapacidad en la vida en familia. Deben promover

su derecho a la integridad personal y velar por que la legislación no establezca discriminaciones contra las personas con discapacidad en lo que se refiere a las relaciones sexuales, el matrimonio y la procreación. Las personas con discapacidad deben estar en condiciones de vivir con sus familias:

- Los Estados deben estimular la inclusión en la orientación familiar de módulos apropiados relativos a la discapacidad y a sus efectos para la vida en familia.
- Los Estados deben promover medidas encaminadas a modificar las actitudes negativas ante el matrimonio, la sexualidad y la paternidad o maternidad de las personas con discapacidad, en especial de las jóvenes y las mujeres con discapacidad, que aún siguen prevaleciendo en la sociedad.
- De igual forma, en relación a la atención en salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad, esta tiene su asiento en los diferentes recursos proporcionados por la normatividad Colombiana como los son la Ley 1618 de 2013 que en concordancia con la Ley 1346 tiene como objeto garantizar y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad, mediante la adopción de medidas de inclusión, acción afirmativa y de ajustes razonables y eliminando toda forma de discriminación por razón de discapacidad; y el lineamiento proporcionado por el Plan decenal de Salud Publica 2012 – 2021 del Ministerio de Salud, en su Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA

El mejoramiento de la calidad de vida de la población es un objetivo primordial del Estado (artículo 366 de la Constitución Política de Colombia). Una de las herramientas con que cuenta el Estado para la consecución de este objetivo es la focalización del gasto social. La focalización “busca dirigir el gasto social hacia los sectores de la población que más lo necesitan con el fin de maximizar su impacto social, la salud individual y colectiva como un determinante fundamental para garantizar la calidad de vida de las familias vinculadas al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

Por esta razón, este manual está dirigido a los profesionales que intervienen en la atención del binomio madre – hijo, minimizando y controlando el riesgo, garantizando la salud femenina, materna y perinatal de las usuarias del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Unificar el programa Materno Perinatal para el Subsistema de Fuerza Militares – Direcciones de Sanidad – Establecimientos de Sanidad Militar, fortaleciendo las estrategias para la captación de gestantes, promoviendo el reconocimiento y ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos de toda la población con especial énfasis en la identificación y minimización de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a los grupos especiales como son las adolescentes, las mujeres en situación de discapacidad y víctimas de algún tipo de violencia, con el fin de reducir los casos de mortalidad materno/ perinatal.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Acompañar y orientar la DISAN (EJC – ARC –FAC) sobre los procesos realizados frente al programa materno / perinatal.
- Implementar acciones de vigilancia y control de la gestión en el nivel, regional y nacional. Incluir los resultados del seguimiento dentro de un estudio epidemiológico como mecanismo para la toma de decisiones administrativas y operativas.
- Informar a las mujeres gestantes afiliadas a SSFM, sobre temas relacionados con la promoción de la salud del binomio madre – hijo,

prevención de las complicaciones asociadas con el embarazo, acceso a los servicios de salud y cuidados de la gestación y el recién nacido.

- Promover el acceso oportuno de la población gestante, a través del fortalecimiento de las redes de prestación de servicios -en relación con la oportunidad, calidad e integralidad del cuidado en salud-, la optimización de los procesos de autorizaciones, referencia y contra referencia, e inclusión de intervenciones costo-efectivas en el plan de beneficios para la familia gestante.
- Eliminar las barreras de acceso en la atención del binomio madre – hijo, en oportunidad de citas médicas, suministro de medicamentos, micronutrientes, interconsultas y remisiones a otros niveles de atención, generando aumento en las coberturas.
- Promover el inicio temprano de controles prenatales fortaleciendo la atención, minimizando el riesgo obstétrico y garantizando el seguimiento de la condición materno/ perinatal.
- Fortalecer la vigilancia y el seguimiento epidemiológico de la mortalidad materna y perinatal.
- Impactar positivamente en los indicadores de seguimiento a resultados de morbi-mortalidad materna y perinatal.



METAS Y RESULTADOS ESPERADOS

Desarrollar e implementar estrategias para garantizar el acceso a la atención preconcepcional, prenatal, del parto y del puerperio, y la prevención del aborto inseguro, por personal calificado, que favorezca la detección precoz de los riesgos y la atención oportuna, en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad y estrategias de atención primaria en salud.

- ✓ Anualmente se establecerá cuantitativamente la meta de reducción para cada uno, la cual deberá ser acorde con las metas trazadas por los entes de control y/o la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
- ✓ Control de riesgo obstétrico por medio de la matriz de datos la cual permitirá visualizar el alcance, la atención y el seguimiento de las gestantes, con el fin de tener una evaluación constante por cada Dirección de Sanidad.
- ✓ Diminución de los casos de interés nacional como son mortalidad materna/ perinatal, sífilis gestacional / congénita, bajo peso al nacer, morbilidad materna extrema / algún tipo de discapacidad.
- ✓ Realizar un abordaje oportuno en etapa pre - conceptiva y prenatal adecuada para la mujer embarazada, que incluya la información, seguimiento y nutrición, considerando los riesgos prenatales y perinatales; a fin de realizar la prevención, detección e intervención temprana en los casos de deficiencias (visuales – auditivas, desórdenes musculo esqueléticos y neurológicos) que puedan desencadenar discapacidad.

INDICADORES

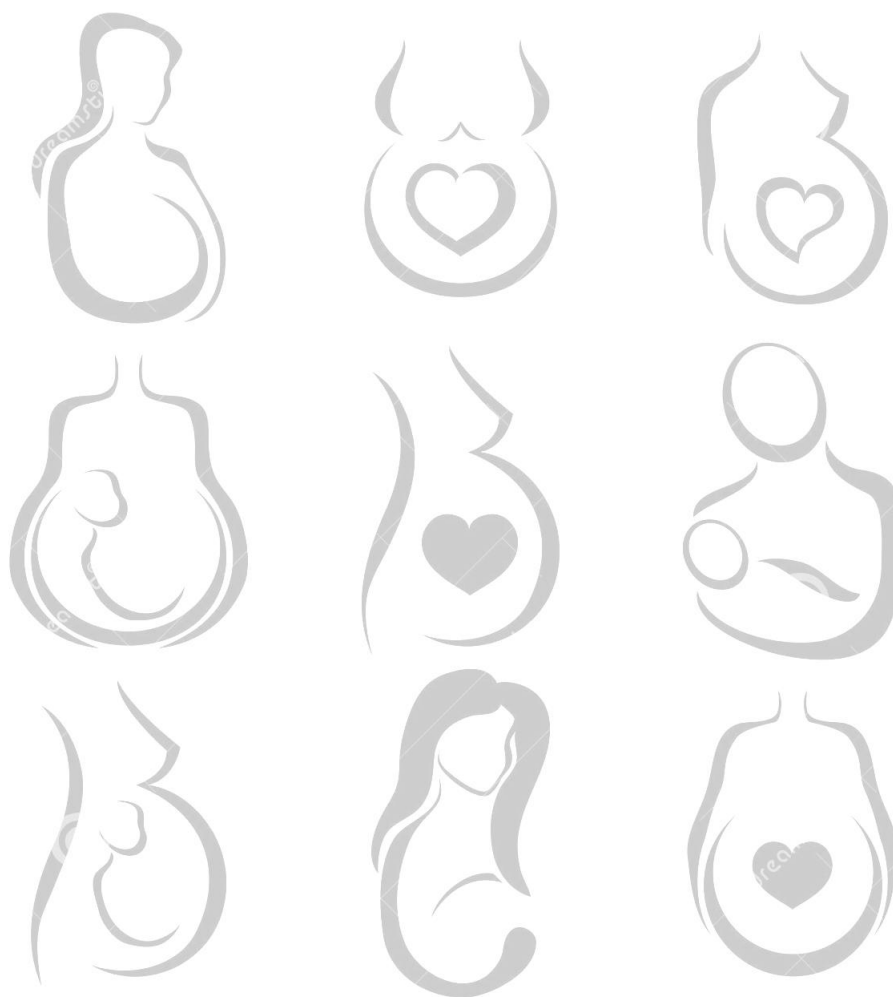
- ✓ Atención del Parto
- ✓ Atención de cesáreas
- ✓ Bajo peso al Nacer
- ✓ Detección Temprana De Alteraciones Del Embarazo
- ✓ Consulta de primera vez del control prenatal
- ✓ Control prenatal
- ✓ Detección temprana de sífilis gestacional
- ✓ Examen de TSH en Recién Nacido
- ✓ Gestantes de 10 a 15 años
- ✓ Control pos parto
- ✓ Control del recién nacido

La ficha técnica de los indicadores están en el Anexo N° 06, los cuales deben ser reportados por la DISAN (EJC –ARC –FAC) trimestralmente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Normas Técnicas y Guías de Atención. Resolución 0412 del 2000. Ministerio de Salud
2. Situación de salud en Colombia Indicadores básicos de salud 2007. Ministerio de la Protección Social
3. República de Colombia. Organización panamericana de la Salud. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=15895&IDCompany=3> tomado el 20 de noviembre de 2008.
4. Circular Conjunta Externa 005 de 2012. Intensificación de acciones para garantizar la maternidad segura a nivel nacional
5. Directiva Permanente 007 /2010 Lineamientos Para Fortalecer Y Garantizar La Notificación De Los Eventos De Interés En Salud Pública En El Subsistema de Salud De Las Fuerzas Militares. – DGSM.
6. Circular 001 18 ENE/2014 reporte intervenciones de prestación de servicios en la atención de interrupción voluntaria del embarazo- IVE.
7. Circular 043/13 Lineamientos Técnicos para la Prestación de Servicios de Salud en Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).
8. Sentencia 355/2006, despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo.
9. Torices, I., (2007). Guía Didáctica para la promoción de la salud en la sexualidad de personas con discapacidad, Geishad, México.
10. Narváez, A. P., Ríos, B. M., & Gallego, M. L. (2009). Maternidad y discapacidad (Vol. 1). CERMI.
11. Torices, I., & Ávila, G. (2006). Orientación y consejería en sexualidad para personas con discapacidad. México: Trillas.
12. Acuerdo 043 de 2005 por el cual se adoptan Políticas en materia de Salud Sexual y Reproductiva en el Sistema de Salud de las fuerzas Militares y la Policía Nacional.
13. Circular Externa 056 de 2009 “Adopción de indicadores de Alerta Temprana”
14. Decreto 2968 de 2010 por el cual se crea la Comisión Nacional para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos.
15. Circular Interna 143321 de 2010 “Lineamientos Reducción Mortalidad Materna al interior del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares”
16. Circular Interna 318357 de 2010 “Lineamientos VIH/SIDA para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.
17. Circular Interna 303827 de 2011 por la cual se adoptan los lineamientos para la estrategia de vigilancia de la morbilidad materna extrema al interior del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

ANEXO N° 1



GUÍA PARA LA CONSULTA PRECONCEPCIONAL - ESM

GUÍA PARA LA CONSULTA PRECONCEPCIONAL

OBJETIVO DE LA GUÍA:

Unificar la atención realizada por los ESM a las futuras gestantes, debe estar encaminada dentro de los parámetros de calidad, oportunidad y accesibilidad; esto se logra con el diligenciamiento completo de historia clínica, examen físico, clasificación del riesgo obstétrico, identificación de las condiciones psicosociales de la paciente, con el fin de minimizar el riesgo.

FINALIDAD DE LA CONSULTA PRECONCEPCIONAL:

Consiste en la valoración del riesgo que tiene la mujer antes del inicio de un embarazo, junto con actividades de educación y promoción para la salud. Incluye la valoración de rasgos demográficos y psicosociales, historia gestacional, historia familiar, antecedentes de enfermedades crónicas e infecciones y la medicación utilizada para su control y si debe considerarse algún tipo de acompañamiento diferencial debido a algún tipo de discapacidad que posea. Una visión conjunta, biopsicosocial, ayuda a adaptar las recomendaciones a las condiciones particulares de cada mujer.

ASPECTOS A VALORAR EN LA CONSULTA PRECONCEPCIONAL

- La edad influye tanto en aspectos psicológicos como fisiológicos, es importante realizar consejería para planificación en adolescentes y mujeres mayores de 38 años.

Antecedentes médicos: importantes para el desarrollo del futuro embarazo:

Debe verificarse de manera cuidadosa los antecedentes personales y familiares de la gestante, realizando una cuidadosa entrevista que permita evidenciar los factores de riesgo como son entre otras:

- Diabetes
- Hipertensión Arterial
- Asma
- Enfermedades del tiroides
- Síndrome Convulsivo
- Enfermedad Tromboembólica
- Tipo de discapacidad

Enfermedades infecciosas y vacunas a las que la futura gestante se ha expuesto.

- **Rubéola:** Se debe vacunar a las futuras gestantes no inmunizadas y evitar la gestación en los 3 meses siguientes a la vacunación.
- **Hepatitis B - VIH:** identificar a las pacientes que tienen factores de riesgo o si sus parejas han estado expuestas a ellos para la realización de los laboratorios específicos.

La consulta preconcepcional es una buena oportunidad para revisar el estado inmunitario de la paciente y proceder a la vacunación necesaria, vacunas como: sarampión, parotiditis, triple viral, varicela, rubéola (virus vivos atenuados) no deben ser administrados en gestantes y se debe evitar el embarazo en los tres meses siguientes a la vacunación. La vacuna antitetánica y antidiftérica, debe completarse el esquema preferiblemente antes de la concepción, aunque puede iniciarse en el segundo trimestre de la gestación al igual que la vacuna contra la influenza (virus muertos).

Historia Ginecológica y Obstétrica:

- Información General: Ciclos menstruales, embarazos previos y resultados, complicaciones surgidas en ellos
- Métodos anticonceptivos utilizados y recomendar su interrupción mínimo 3 meses antes de iniciar la gestación.
- Historia previa de infertilidad o abortos recurrentes.
- Historia sexual y enfermedades de transmisión sexual.

Examen Físico

Su finalidad es identificar signos de enfermedad sistémica o ginecológica. Debe incluir: Tensión Arterial, Peso, talla, pulso, examen del tiroides, examen cardipulmonar, examen de las mamas, examen pélvico y de la columna.

Establecer el Tipo de discapacidad y los mecanismos de acceso a la información que requiera:

* Remitirse al documento Modelo de Rehabilitación Funcional para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares

Diferentes Tipos de Discapacidad

- ✓ **Discapacidad Mental:** Alteración en las funciones mentales y/o estructuras del sistema nervioso, que perturban al individuo, limitándolo principalmente en la ejecución y participación en actividades de interacción y relaciones personales; de la vida comunitaria, social y cívica
- ✓ **Discapacidad Cognitiva o Intelectual:** Alteración en las funciones mentales y/o estructuras del sistema nervioso, que limitan al individuo principalmente en la ejecución y participación en actividades de aprendizaje y aplicación del conocimiento

- ✓ **Discapacidad Visual:** Alteración en las funciones sensoriales visuales y/o estructuras del ojo o del sistema nervioso, que limitan al individuo principalmente en la ejecución y participación en actividades que impliquen el uso de la visión.
- ✓ **Discapacidad Auditiva:** Alteración en las funciones sensoriales visuales y/o estructuras del oído o del sistema nervioso, que limitan al individuo principalmente en la ejecución y participación en actividades de comunicación.
- ✓ **Discapacidad Física:** Alteración en las funciones neuromusculo-esqueléticas y/o estructuras del sistema nervioso y relacionadas con el movimiento, que limitan al individuo principalmente en la ejecución y participación en actividades de movilidad. Aquí por ejemplo se utiliza el término "en silla de ruedas", en vez de "confinado a una silla de ruedas". La silla de ruedas es lo que permite a la persona moverse y participar en la sociedad, es liberador, no limitante.
- ✓ **Discapacidad Múltiple:** Es la alteración en dos o más áreas, caracterizando una asociación entre diferentes discapacidades, con posibilidades bastante amplias de combinaciones. Un ejemplo serían las personas que tienen discapacidad mental y física, o discapacidad cognitiva y visual.
- ✓ **Sordoceguera:** Es una limitación única caracterizada por una deficiencia auditiva y visual ya sea parcial o total; trae como consecuencia dificultades en la comunicación, orientación, movilidad y el acceso a la información. De acuerdo con la Ley 982 de 2005, el "Sordociego(a), es aquella persona que en cualquier momento de la vida puede presentar una deficiencia auditiva y visual, que le ocasiona serios problemas en la comunicación, acceso a información, orientación y movilidad". Requiere de servicios especializados para su desarrollo e integración social.

Consideraciones para Mujeres Gestantes con discapacidad:

Discapacidad Física

Es necesario recordar que la reproducción, función sexual de trascendental importancia, no es ajena al interés de las personas con alguna discapacidad. De hecho, como se ha mencionado con anterioridad, la maternidad / paternidad figura como uno de los derechos irrenunciables de personas con discapacidad.

En general una mujer con lesión medular puede tener un hijo. Deberá contar con supervisión médica constante por los riesgos de infección urinaria y cuando la lesión es completa por debajo de T10, ya que puede no percibir las contracciones uterinas, se recomienda la hospitalización a las 35 semanas de gestación; la cesárea no suele estar indicada. La lactancia se presenta generalmente de manera normal.

La mujer con lesión medular que desea tener un hijo, debe ser informada acerca de las dificultades y los riesgos especiales que se pueden presentar. Los especialistas que no están familiarizados con el manejo de una lesión medular, algunas veces subestiman los peligros de embarazo y el parto.

Las siguientes guías deben ser consideradas en cada persona, según sea el caso:

Anterior al embarazo

Medicamentos: En mujeres con lesión medular que se encuentran en etapa reproductiva, es importante valorar el tipo de medicamentos que se prescriben, sobre todo cuando se sospecha de un embarazo previo a la lesión medular, recordando que en los primeros tres meses el riesgo de defectos al nacimiento aumenta.

Rayos X: Para un adecuado manejo del drenaje urinario, rayos X de riñón y vejiga acompañan a una valoración urológica adecuada, puede realizarse el ultrasonido, si se sospecha de embarazo, o si está en planes realizarlo

Escoliosis: Algunas mujeres con lesión medular, que presentan una historia médica de defectos en la columna vertebral como la escoliosis, deben ser valoradas en forma adecuada, para determinar la interferencia de esta patología con el embarazo, por un inadecuado espacio en su abdomen, aspectos que deben ser discutidos con el obstetra.

Durante el embarazo

- **Actividades de la vida diaria y el hogar:** En personas que son independientes en estas actividades y que realizan deambulaci3n con ayuda ortésica, es importante valorar sobre todo en las últimas semanas la realizaci3n de estas actividades con ayuda de un familiar.

- **Manejo del drenaje urinario:** En toda mujer, con aumento del tamaño del útero, se condiciona un aumento en presión sobre la vejiga con disminución de su capacidad. El mecanismo de llenado de la vejiga debe ser evaluado cuidadosamente por el urólogo y así evitar cualquier problema durante el embarazo. En mujeres que manejan un drenaje basándose en cateterismo intermitente, probablemente tenga que modificar este esquema y usar un drenaje permanente con una sonda fija durante las últimas semanas del embarazo.
- **Nutrición:** Es una costumbre indicar suplementos vitamínicos en la mujer embarazada. Es importante valorar en cada caso qué tipo de suplemento indicados para no entorpecer otros programas. La prescripción de hierro puede interferir con el programa de vaciamiento intestinal por provocar estreñimiento; el indicar aumento en la ingesta de calcio, puede, en personas con riesgo, condicionar la presencia de cálculos renales. Otro problema asociado con el embarazo de mujeres con movilidad reducida, es la constipación que se incrementa por el aumento en tamaño del útero y la presión sobre el colon, que puede ser resuelto con una dieta rica en fibra.
- **Cuidados de la piel:** Así como existen cambios en el peso corporal y en el tamaño del útero, el centro de gravedad corporal cambia y es el motivo para tener cuidado de la piel, en las zonas de presión (las cuales aumentarán con el paso de los meses de gestación), así como una adecuada higiene corporal.
- **Edema de las piernas:** Este es un problema común en las últimas semanas de la gestación por presión del útero sobre las venas pélvicas. Este edema, en ocasiones es tan importante, que impide sentarse y caminar en las mujeres que pueden hacerlo aún, y en aquellas que no, es más factible que se acentúe y aparezca más temprano en el embarazo. Para resolver este problema es importante explicarle a la mujer las medidas anti-edema, como elevación de miembros inferiores, cambios de postura permanentes, vendaje compresivo con prendas elásticas.
- **Tromboflebitis y embolia pulmonar:** Son dos grandes riesgos que deben valorarse en cada mujer en particular, sobre todo en la mujer con lesión medular, por los largos periodos de inactividad que puede tener.

Parto

- **Cesárea:** Pudiera pensarse que estas mujeres, deben ser sometidas a esta cirugía por encontrarse paralizadas parcial o totalmente y es falso. El útero se encuentra bajo un control hormonal (no neurológico), y puede iniciar un reflejo de contracción en el tiempo adecuado, aun cuando presente pérdida total de la sensibilidad y del control motor voluntario. Por lo tanto las indicaciones para una cirugía cesárea en la mujer con lesión medular, son las mismas que para cualquier otra mujer. Hay que considerar sin embargo que la pérdida de la sensibilidad puede ocasionar que la mujer con lesión medular no perciba las contracciones características del trabajo de parto, por lo que deberá programarse el

nacimiento y monitorearse la evolución del parto en forma más cercana de lo que se hace en mujeres sin discapacidad.

- **Parto temprano:** Cuando el útero inicia las contracciones (trabajo de parto), una mujer con nivel sensorial por abajo del ombligo, puede percibir las contracciones en forma adecuada; por el contrario, cuando el nivel sensorial está ausente por encima de él, la persona presenta dificultad para reconocer estas sensaciones. Por esta razón, algunos especialistas obstetras deciden hospitalizar a la persona dos semanas antes de la fecha probable del nacimiento.
- **Parto tardío:** Una mujer que no tiene control voluntario sobre músculos de la pared abdominal, no podrá asistir en el último estado del nacimiento de su hijo, por lo que la utilización de fórceps puede ser necesaria.
- **Parto prematuro:** Según algunos reportes, por causas no muy claras, una mujer con lesión medular puede presentar parto prematuro más comúnmente que una mujer sin discapacidad, por lo que se recomienda una vigilancia más estrecha a partir del séptimo mes de embarazo.
- **Disreflexia autonómica:** Este es un síndrome que ocurre más frecuentemente en lesiones por arriba de T6 y es usualmente causado por la contracción de un órgano hueco, lo más frecuente es la vejiga, pero también puede ser causado por contracciones uterinas. Este síndrome se caracteriza por sudación profusa y enrojecimiento de la piel por arriba del nivel de lesión, piel pálida por debajo de la lesión, dolor de cabeza, y una marcada elevación de la presión arterial, que puede ser muy peligroso y causar una lesión vascular en el cerebro. Algunos especialistas que no están familiarizados con estas entidades, puede ser que confundan a este síndrome con toxemia del embarazo, entonces deberá considerarse un manejo diferente

Posparto

- **Tromboflebitis:** Al mismo tiempo que el nacimiento ocurren cambios en la coagulación sanguínea de la madre, esto es resuelto en forma rápida en la mujer que posterior al parto, se pone de pie y camina alrededor de su cama. Cuando la mujer vive con una parálisis motora, se debe tener mayor cuidado indicando la elevación de las piernas sobre la cama, vendajes compresivos elásticos y movilización pasiva en ambos miembros pélvicos.
- **Hipotensión ortostática:** Para la mujer que no tiene control voluntario de los músculos abdominales, está presente una tendencia a presentar desmayos al sentarse después del parto. Esto ocurre por secuestro de sangre en miembros pélvicos y sobre todo en la región abdominal. Esto puede reducirse con la aplicación de vendaje compresivo abdominal y en ambos miembros pélvicos, así como el practicar ejercicios respiratorios con inspiración profunda y retardada por 5 minutos antes de un cambio de posición.
- Puede concluirse que la mujer con lesión medular no tiene contraindicación para embarazarse, siempre y cuando se analicen

algunos factores asociados a la lesión medular y a los antecedentes de cada mujer. Es importante informarle a cada persona de los posibles riesgos y cuidados que debe de llevar a cabo en cada momento del embarazo.

- **Enfermedad de Parkinson:** En las mujeres no se altera la ovulación ni la menstruación y puede presentarse el embarazo, el cual es considerado de alto riesgo. Debe haber mucha precaución en el uso de hormonas debido a la disminución del movimiento que presenta este padecimiento y las dificultades que pueden registrarse en la circulación de miembros inferiores.
- **Discapacidad Intelectual – Mental – Sensorial (Auditiva, Visual, Sodoceguera):** una mujer con algún tipo de discapacidad como estas, puede tener un hijo al igual que una mujer que no la posee. En estas discapacidades, es importante manejar información sobre los cambios físicos y las diferencias que existen en las diferentes etapas de la gestación.
- **Discapacidad Intelectual – Mental:** Al parecer, las mujeres con discapacidad intelectual y algunas con discapacidad mental, tienen dificultades para comprender sus cambios físicos durante el embarazo y tienden a actuarlos espontáneamente, por lo que un programa de educación deberá estar orientado a la canalización de sus inquietudes y el desarrollo del concepto de responsabilidad ante la maternidad, resulta esencial la creación de un ambiente de confianza que proporcione la posibilidad de hablar de los sentimientos y sensaciones que provocan los cambios corporales con el propósito de disminuir la ansiedad que causan estos medicamentos: Algunas personas con discapacidad Mental, están en mayor riesgo acentuar sus síntomas mentales, que se agraven los existentes o que reaparezcan trastornos que habían desaparecido por el uso frecuente de medicamentos. Es importante tener en cuenta el tipo de medicación y si es factible de ser suspendida durante el embarazo, pues puede estar contraindicada y afectar a la salud del bebé.
- En cuanto al trastorno en sí, éste no suele variar mucho. Puede que algunos síntomas se centren más en temática relacionada con el embarazo, pero por lo demás serán similares a cómo eran antes del embarazo.
- **Discapacidad Visual:** A las mujeres gestantes con Discapacidad Visual, además de orientarlas sobre los cambios físicos durante el embarazo, o la posibilidad de heredar a sus hijos e hijas su discapacidad (dependiendo del origen de esta), es fundamental orientarlas hacia la necesidad de contar con una persona que les apoye en el cuidado de sus hijos e hijas, sobretodo en edad temprana. El tiempo necesario estimado para poder tener una calidad de vida semejante a otras madres y poder reducir el estrés psicológico derivado de este cuidado. Otras, necesitaran apoyo en la adaptación de materiales que van a utilizar con sus hijos o hijas, por ejemplo el manejo de teteros, medicamentos, aseo y otros.

- **Discapacidad Auditiva:** La fertilidad no se ve afectada y en relación con el embarazo, no hay alteración en todo lo que implica este proceso, pero sí hay un gran temor que la hipoacusia o sordera sea hereditaria. Ante esta situación, la actitud y la toma de decisiones de la pareja puede repercutir en dar un gran espacio o tiempo para un embarazo y/o no tener hijos o hijas. Es necesario contar con un intérprete de lengua de señas para explicarles lo pertinente a los cambios físicos durante el embarazo y de igual forma poder obtener una adecuada información de los antecedentes, el examen físico y todo lo pertinente al proceso de atención.

Laboratorios

El seguimiento trimestral con las ayudas diagnósticas es fundamental para determinar el estado real de salud de la futura gestante y tomar las acciones necesarias para reducir el riesgo ante un posible embarazo.

- Hemoglobina
- Hematocrito,
- Grupo sanguíneo -Rh,
- Glicemia,
- Parcial de Orina,
- IgG rubéola,
- IgG toxoplasmosis,
- VDRL,
- VIH,
- Antígeno de Superficie para hepatitis B,
- Citología cervicovaginal.

Indicaciones de consejería genética preconcepcional

Valorar la realización de consejo y estudio genético en los siguientes casos:

- Historia de embarazos previos patológicos: abortos recurrentes y muerte fetal.
- Hijos o historia familiar con alteraciones genéticas: Cromosómicas: Síndrome de Down, Estructurales: Defectos del tubo neural, Metabólicas: Muerte neonatal o en la infancia, genitales ambiguos, Hematológicas: Anemias o alteraciones de la coagulación,

Enfermedades neurológicas: Distrofia muscular, Retraso Mental: Síndrome del cromosoma X, Fibrosis Quística.

Valoración Psicosocial

Se debe valorar el estilo de vida de la futura gestante. Tener en cuenta los siguientes puntos, con el fin de indicar los cambios respectivos.

- Nutrición: malos hábitos nutricionales, sobrepeso o delgadez y problemas como bulimia, pica o suplementación vitamínica inadecuada.
- Abuso de alcohol
- Tabaquismo
- Drogas de uso ilícito, cocaína
- Riesgo laboral por exposición a sustancias teratógenas
- Entorno Familiar: Interacción en pareja, apoyo familiar externo y grado de estrés al que están sometidos puede incidir en el desarrollo del embarazo.
- Discapacidad Mental o Discapacidad Cognitiva o Intelectual.

Si la valoración concluye que la futura madre actualmente no se encuentra en condiciones idóneas para afrontar una maternidad segura, se brinda la información y las actividades necesarias para reducir el riesgo y se deja registro en la historia clínica

Educación y Promoción de la Salud

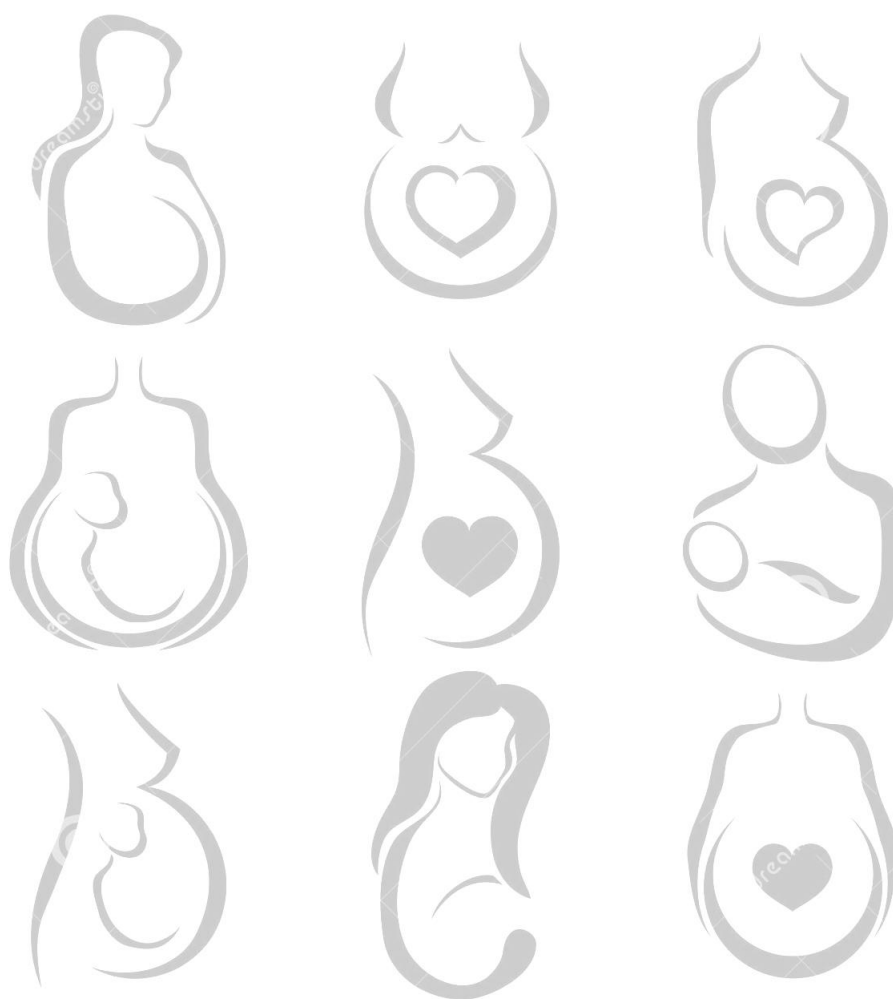
Brindar educación es la primera herramienta que tiene el equipo de salud para asesorar a la futura gestante en hábitos de vida saludable, nutrición, hidratación, actividad física entre otras:

- Consejo sobre la ventaja de planificar los embarazos, en menores de 15 años y mayores de 35 años, en mujeres con enfermedades y medicación crónica o uso de drogas ilícitas, en entorno familiar

desfavorable, parejas de etnias de alto riesgo, además solicitar estudio genético

- Educar sobre la importancia de iniciar control prenatal temprano (antes de la semana 12 de gestación).
- Informa sobre las medidas adecuadas de higiene previniendo infecciones agudas debido al cambio de PH vaginal el cual es normal para las gestantes.
- Vacunación preconcepcional
- Nutrición equilibrada y suplemento con ácido fólico desde un mes antes de 1 mg /día; con el fin de prevenir anemias pos- parto.
- Consejo sobre sustancias tóxicas: recomendaciones antitabaco, evitar el uso de alcohol y drogas, no automedicación, valoración de riesgos ambientales y de las sustancias a las que se está expuesto
- Actividad física – ejercicio el cual debe realizarse de forma cotidiana mínimo dos horas de tres a cinco veces por semana, preparando el cuerpo de la futura gestante. Actividades como trotar, caminar, aeróbicos entre otros, fortalecerán los músculos como el corazón y el piso pélvico, permitiendo un aporte importante de oxígeno a todo el cuerpo generando una sensación de bienestar y fortalecimiento de los mismos.
- La alimentación es fundamental para una gestación saludable, Controlar el peso para evitar complicaciones durante la gestación como obesidad, ruptura de ligamentos, diabetes, desnutrición, minimizar el riesgo.

ANEXO N° 2



GUÍA PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO -ESM

GUÍA PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO

La siguiente Guía de atención fue adoptada de “las Normas Técnicas y Guías de Atención del Ministerio de la Protección Social” (PARS 2007), “El libro Obstetricia integral siglo XXI”, (Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, 2010), “Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad y morbilidad materna grave” (Organización Panamericana de la Salud, 2012) y “La Política de cero indiferencia con la mortalidad materna y perinatal” (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá 2010) “Guía de Prevención y Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo”(U.N. 2013) –Esta adaptación fue realizada por la Dirección General de Sanidad Militar (DGSM), grupo de salud publica, Programa Materno Perinatal. 2014.

Las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto figuran entre las principales causas de mortalidad de las mujeres en edad de procrear en muchas partes del mundo en desarrollo. A nivel mundial, se ha estimado que alrededor de medio millón de mujeres fallece cada año por causas relacionadas con el embarazo, el 99% de ellas en países en desarrollo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el riesgo de muerte por causas relacionadas con el embarazo o el parto es de uno en 20 en los países en desarrollo, en comparación con uno en 10.000 en algunos países desarrollados. La edad a la que las mujeres empiezan a tener hijos o dejan de tenerlos, el intervalo entre los nacimientos, el número total de embarazos a lo largo de la vida y las circunstancias socioculturales y económicas en que viven las mujeres son factores que influyen en la morbilidad y mortalidad maternas

El fallecimiento de la madre puede tener muy graves consecuencias para la familia, dado el papel decisivo que desempeña la mujer en la salud y el bienestar de sus hijos. El fallecimiento de la madre hace que aumenten enormemente los riesgos para la supervivencia de los hijos pequeños, especialmente si la familia no está en condiciones de encontrar a otra persona que asuma el papel materno. Una mayor atención a las necesidades de salud reproductiva de las jóvenes adolescentes y las mujeres jóvenes podría reducir notablemente la morbilidad y mortalidad maternas mediante la prevención de los embarazos no deseados y de los abortos posteriores realizados en condiciones deficientes. La maternidad sin riesgo, ha sido aceptada en muchos países como estrategia para reducir la morbilidad y mortalidad maternas.

Todos los países, con apoyo de todos los sectores de la comunidad internacional, deberían aumentar la prestación de servicios de maternidad en el marco de la atención primaria de la salud. Estos servicios, basados en el concepto de la elección basada en una información correcta, deberían incluir la educación sobre la maternidad sin riesgo, cuidados prenatales coordinados y

eficaces, programas de nutrición materna; asistencia adecuada en los partos evitando el recurso excesivo a las operaciones cesáreas y prestando atención obstétrica de emergencia; servicios de remisión en los casos de complicaciones en el embarazo, el parto y el aborto, atención prenatal y planificación de la familia. Todos los nacimientos deberían contar con la asistencia de personas capacitadas, de preferencia enfermeras y parteras, pero al menos comadronas capacitadas. Deberían determinarse las causas subyacentes de la morbilidad y mortalidad maternas y se debería prestar atención a la elaboración de estrategias para eliminarlas y para desarrollar mecanismos de evaluación y supervisión adecuados, a fin de evaluar los progresos logrados en la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas y de aumentar la eficacia de los programas en marcha. Deberían elaborarse programas y cursos educativos para lograr el apoyo de los varones a las actividades destinadas a asegurar la salud de las madres y la maternidad sin riesgo...

Tomado de Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994

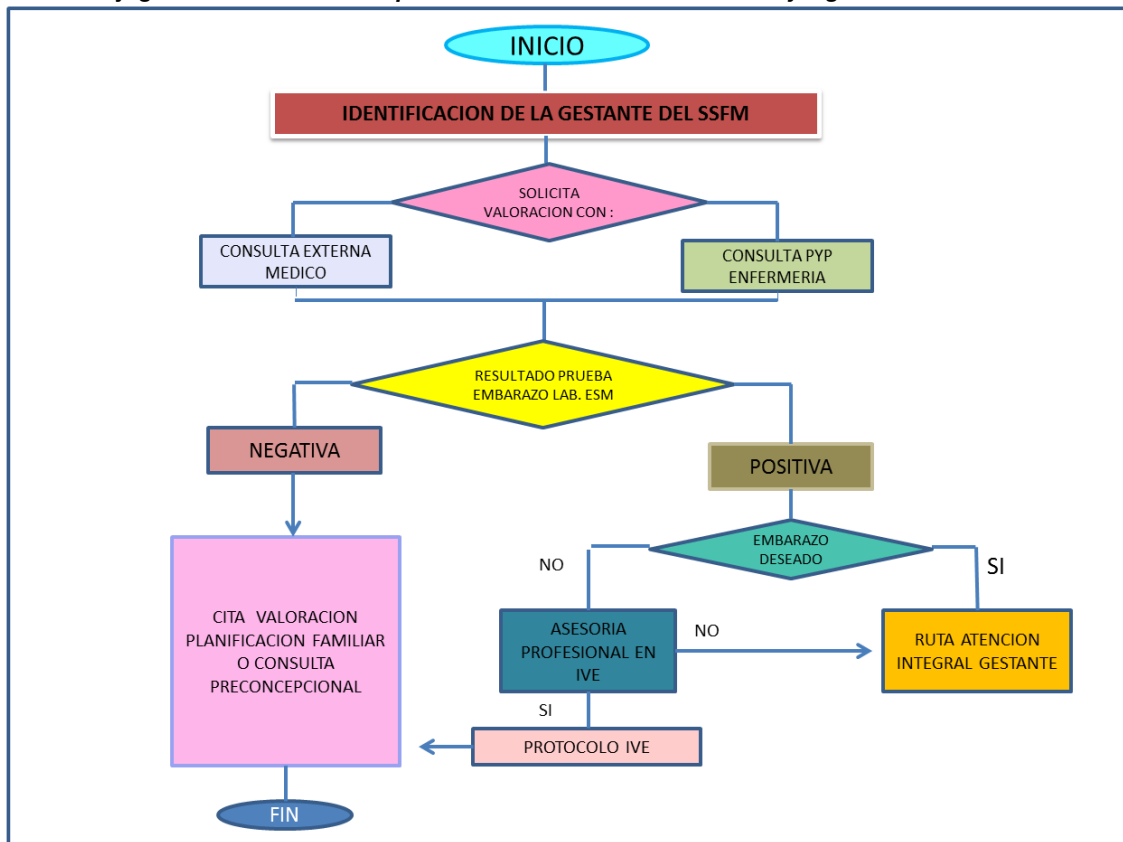
IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN DE LAS GESTANTES EN EL CONTROL PRENATAL

Para el desarrollo oportuno de este proceso, es preciso implementar los mecanismos que garanticen la detección y captación temprana de las gestantes, ante la sospecha de embarazo y antes de la semana doce de gestación, para detectar, educar, intervenir y controlar oportunamente sus factores de riesgo biosicosocial y las condiciones propias de este estado.

Este proceso implica:

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

Flujograma No. 1. Ruta del proceso de identificación de la mujer gestante en el SSFM



Fuente: Normas técnicas y guías de atención. Res 412 de 2000

CONTROL PRENATAL

El control prenatal en curso normal debe ser realizado por Médico general o Profesional en Enfermería entrenado (a), donde exista la posibilidad, puede ser realizado por especialista en Ginecoobstetricia, si embargo en todos los casos se debe contar con una valoración en cada trimestre por el Gineco -obstetra, así como contar con la posibilidad de remisión al mismo siempre que se detecte algún factor de riesgo. Debe tener la siguiente periodicidad:

- Primera consulta: una vez se diagnostique embarazo, idealmente en primer trimestre(antes de la semana 10)
- Controles: cada 4 semanas hasta la semana 28; cada 3 semanas hasta la semana 36; semanal hasta el parto en un embarazo de curso normal.

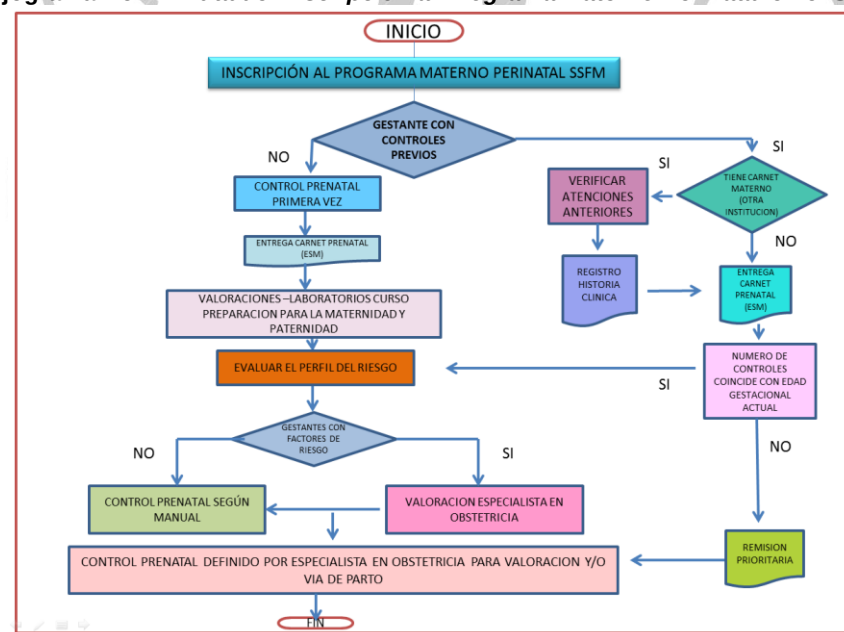
La duración de la consulta de primera vez, debe ser de 40 minutos, y los controles de 30 minutos. La realización de jornadas de primera vez permitirá una mejor agilidad en la prestación del servicio, para esto es necesario abrir espacio en la programación de consulta semanal para asignar únicamente consulta de control prenatal ya sea una o dos veces por semana, dependiendo del volumen de consulta. Esto facilitará el seguimiento y ubicación de las pacientes programadas para el día de control prenatal por parte del personal responsable de esta actividad.

El control prenatal tiene los siguientes componentes:

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

En la primera consulta debe diligenciarse la historia clínica de control prenatal y el carné prenatal, este último debe ser entregado a la gestante por parte del ESM, quien debe presentarlo para ser diligenciado por el profesional en cada una de las consultas con el fin de monitorizar la gestación.

Flujograma No. 2. Ruta del Inscripción al Programa Materno Perinatal en el SSFM



Componentes de la historia clínica de Ingreso:

- Identificación personal: edad, estado civil y nivel de instrucción, ocupación, procedencia y teléfono.
- Aspectos psicosociales: nivel socioeconómico, acompañamiento o apoyo familiar, ansiedad, depresión, violencia intrafamiliar, entre otras.
- Antecedentes patológicos familiares.
- Antecedentes patológicos personales.
- Antecedentes obstétricos.
- Datos del embarazo actual: Fecha de última menstruación, como ha sido la evolución de la gestación, sintomatología presentada.
- Socialización a la gestante de los derechos que tiene de la interrupción voluntaria del embarazo según sentencia c-355 de 2006
- Examen físico.
- Laboratorio clínico.
- Vacunación.

Examen físico de ingreso y de control:

- Medidas antropométricas: peso, talla, Estado nutricional (índice de masa corporal), durante cada control deben corroborarse los datos de ganancia de peso materno y de altura uterina para la edad gestacional.
- Signos vitales: Frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, Tensión arterial. (la toma de la tensión arterial debe realizarse con la paciente sentada, en el brazo derecho, después de unos minutos de reposo)
- Examen físico completo por sistemas: en sentido céfalo-caudal.
- Valoración ginecológica: en la primera consulta, realizar examen de senos y genitales, que incluye valoración del cuello, toma de citología

vaginal, tamaño y posición uterina y anexos, comprobar la existencia de embarazo, descartar gestación extrauterina e investigar patología anexial.

- Valoración obstétrica, en embarazos avanzados debe controlarse, la altura uterina, el número de fetos, situación y presentación fetal, fetocardia y movimientos fetales.

Laboratorios:

En el primer control prenatal se solicitará los siguientes paraclínicos, si ya habían sido realizados en la consulta preconcepcional se actualizarán:

- Cuadro hemático (control en segundo y tercer trimestre)
- Glicemia: antes de la semana 20; test de O'Sullivan en pacientes con factores de riesgo o antecedente de diabetes gestacional desde el primer trimestre y como tamizaje de diabetes gestacional (semanas 24 a 28) en paciente de bajo riesgo; si el resultado está en el límite o mayor (140 mg/dl) o es dudoso, deberá complementarse con una prueba confirmatoria: curva de tolerancia a la glucosa.
- Hemoclasificación: en la primera consulta en caso de desconocerse.
- Serología VDRL. Repetir en cada trimestre, si alguna es positiva hacer pruebas confirmatorias (FTA BS) y remitir a especialista.
- Parcial de orina. Repetir en cada trimestre o en cualquier momento si hay sintomatología
- Urocultivo a las 16 semanas y en cualquier momento en caso de recurrencia de infección urinaria.
- Citología vaginal: si la última citología cubre el periodo de la gestación, se hará sólo en casos de factores de riesgo y a toda gestante que no haya cumplido con el esquema 1-1-3.
- Frotis de flujo vaginal cada trimestre y si la paciente lo requiere.
- Ecografía: en la primera consulta de control prenatal independiente de la edad gestacional. Continuar una por trimestre.

- IgG – IgM de toxoplasma: solicitar IgG – IgM inicial en la primera consulta, si es negativo debe instruirse a la paciente de evitar el contacto con heces de gatos, perros y pájaros, lavado de manos y adecuado lavado y cocción de los alimentos para evitar contaminación, hacer seguimiento durante el embarazo de la IgG y M para detectar si se hace positiva. Si la IgG inicial es positiva, solicitar IgM; si esta es positiva se hace diagnóstico de toxoplasmosis; si la IgG inicial es dudosa (pruebas de Elisa o IFI), debe repetirse a las 3-4 semanas (si esta última sube 4 veces su nivel inicial, se hace diagnóstico de toxoplasmosis pero si continúa dudosa se solicita IgM y/o IgA). Ante cualquier valor positivo solicitar valoración por especialista.
- Serología para HIV: se solicitará en la primera consulta prenatal, previa consejería y consentimiento informado de la paciente, si se considera paciente de alto riesgo de ETS, se debe repetir en tercer trimestre.
- Antígeno de superficie de hepatitis B
- TSH desde antes de la semana 10 de gestación y durante cada trimestre.

Exámenes especiales: (Solicitados por especialista)

- Tamizaje para aneuploidías: se recomienda realizar en toda gestante mayor (edad superior de 38 años) y con antecedentes de fetos con malformaciones en cualquier edad. Se realiza tamizaje genético de primer trimestre que se compone de: Ecografía sem 11-14, para Tamizaje genético (sonolucencia nuchal, hueso nasal y evaluación doppler del ductus venoso y válvula tricúspide) y tamizaje sérico: medición de proteína plasmática asociada al embarazo (PPAP-A) y la inhibina A. Si se realiza en segundo trimestre el tamizaje sérico se compone de alfafetoproteína, BhCG y estriol no conjugado.

- Coombs indirecto: si la madre es Rh negativa y esposo Rh positivo, debe solicitarse en el primer control y repetir semana 24 a 28 y posparto e incluir en protocolo

Identificación del riesgo:

El factor de riesgo es toda aquella característica biológica, ambiental o social que al estar presente, se asocia con aumento en la probabilidad de presentar un evento sea en el feto o en la madre o en ambos. Su identificación oportuna permite la planeación estratégica de los controles prenatales, enfatizando las estrategias de remisión y contra remisión, se realiza teniendo en cuenta, los datos del embarazo actual y los antecedentes quirúrgicos y médicos de la paciente:

Cuadro No. 1. Clasificación de factores de riesgo en población gestante. DGSM

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS
Edad materna menor a 17 años	Esterilidad en tratamiento al menos durante 2 años
Edad materna mayor a 35 años	Aborto a repetición
Relación peso / talla (IMC)	Antecedente de parto pre término
– Obesidad > 29	Antecedentes de nacido con CIR
– Delgadez < 20	Antecedentes de muerte prenatal
Tabaquismo > de 10 cigarrillos / día	Hijo con lesión residual neurológica
Alcoholismo	Antecedente de nacido con defecto congénito
Drogadicción	Antecedente de cirugía uterina (excepto legrado instrumental)
Nivel socioeconómico bajo	Incompetencia cervical.
Riesgo laboral ocupacional	
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	GESTACION ACTUAL
Hipertensión arterial	Hipertensión inducida por el embarazo
Enfermedad cardíaca	Anemia
Enfermedad renal	Diabetes gestacional
Diabetes	Infección urinaria de repetición

Endocrinopatías	Infección de transmisión perinatal
Enfermedad respiratoria crónica	Isoinmunización Rh
Enfermedad hematológica	Embarazo múltiple
Epilepsia y otras enfermedades neurológicas	Polihidramnios
	Oligohidramnios
Enfermedad psiquiátrica	Hemorragia genital
Enfermedad hepática con insuficiencia	Placenta previa asintomático (diagnóstico ecográfico a semana 32)
Enfermedad auto inmune con afectación sistémica	Crecimiento intrauterino retardado
Trombo embolismo	Defecto fetal congénito
Patología médico-quirúrgica grave	Estática fetal anormal a semana 36
	Amenaza de parto pre término
	Embarazo pos término
	Rotura prematura de membranas ovulares
	Tumoración uterina
	Patología médico-quirúrgica grave
RIESGO PSICOSOCIAL	
Embarazo actual no aceptado. Amenaza de despido laboral	Dificultad en la relación con la madre y/o padre. Jornadas laborales prolongadas
Dificultad en la relación con la madre y/o padre. Jornadas laborales prolongadas	Jornadas laborales nocturnas Desempleo
Exposición a agentes tóxicos Violación.	Debilidad o falta de redes de apoyo social. Pérdidas o duelos recientes.
Dificultad en la relación de pareja. Madre.	Conflictos permanentes en el hogar (riñas, peleas, maltrato.)

Diagnóstico

Este esquema de control prenatal pretende determinar en la consulta preconcepcional, en la primera consulta o en cualquier consulta de control:

- Gestante con embarazo en curso normal
- Gestante de alto riesgo o con riesgos asociados.

Si se determina alto riesgo (presencia de cualquier factor de riesgo enunciado en la tabla), la paciente debe entrar a un proceso de control prenatal

individualizado y debe ser remitida a la Consulta Especializada con ginecoobstetra, quien determinará como continuará el seguimiento de la paciente o si se debe remitir a la consulta de Alto Riesgo Obstétrico o Medicina Materno fetal, de acuerdo con el adecuado proceso de remisión.

Este esquema de control prenatal pretende determinar en la consulta preconcepcional, en la primera consulta o en cualquier consulta de control:

- Paciente de bajo Riesgo
- Paciente de alto riesgo o con riesgos asociados.

Asesoría Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).

Informar y asesorar es uno de los componentes primarios de la promoción de la salud, fundamentado en garantizar los derechos de las mujeres especialmente las embarazadas sobre este nuevo derecho y la garantía del mismo

La interrupción voluntaria del embarazo está contemplada en la sentencia C-355/2006 por la cual la corte constitucional despenaliza el aborto en tres casos:

1. Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida, la salud de la mujer, certificada por un médico, debe entenderse que esta causal, no cobija solamente la salud física sino que también se extiende a aquellos casos en los cuales resulta afectada su salud mental.
2. Cuando exista grave malformación del feto y que haga inviable su vida certificado por un médico y
3. Cuando el embarazo sea resultado de una conducta debidamente denunciada constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de ovulo fecundado no consentido o de incesto.

El profesional de la salud está en pleno derecho y deber de asesorar a la gestante en Interrupción voluntaria del embarazo según la Guía en Asesoría de Interrupción voluntaria del Embarazo (Anexo N° 4)

Tratamiento del control prenatal de bajo riesgo

Durante el control Prenatal debe siempre diligenciarse la historia clínica y el carné Prenatal. Si la paciente es de bajo riesgo, el control puede seguir siendo realizado por parte del medico general con el control de rutina de exámenes físicos y de laboratorio según el protocolo, debe sin embargo hacerse siempre una valoración por ginecoobstetra en la semana 12 y en la semana 32 sin

importar el riesgo materno. Debe interrogarse en cada consulta y de acuerdo con la edad gestacional, la presencia de cefalea, vértigo, visión borrosa, tinitus, epigastralgia, edemas, diarrea, estreñimiento, vomito, disuria, sangrado, leucorrea, calambres, contracciones, presencia de movimientos fetales, con el fin de detectar y tratar oportunamente las posibles complicaciones.

Medicamentos utilizados de rutina durante el control prenatal:

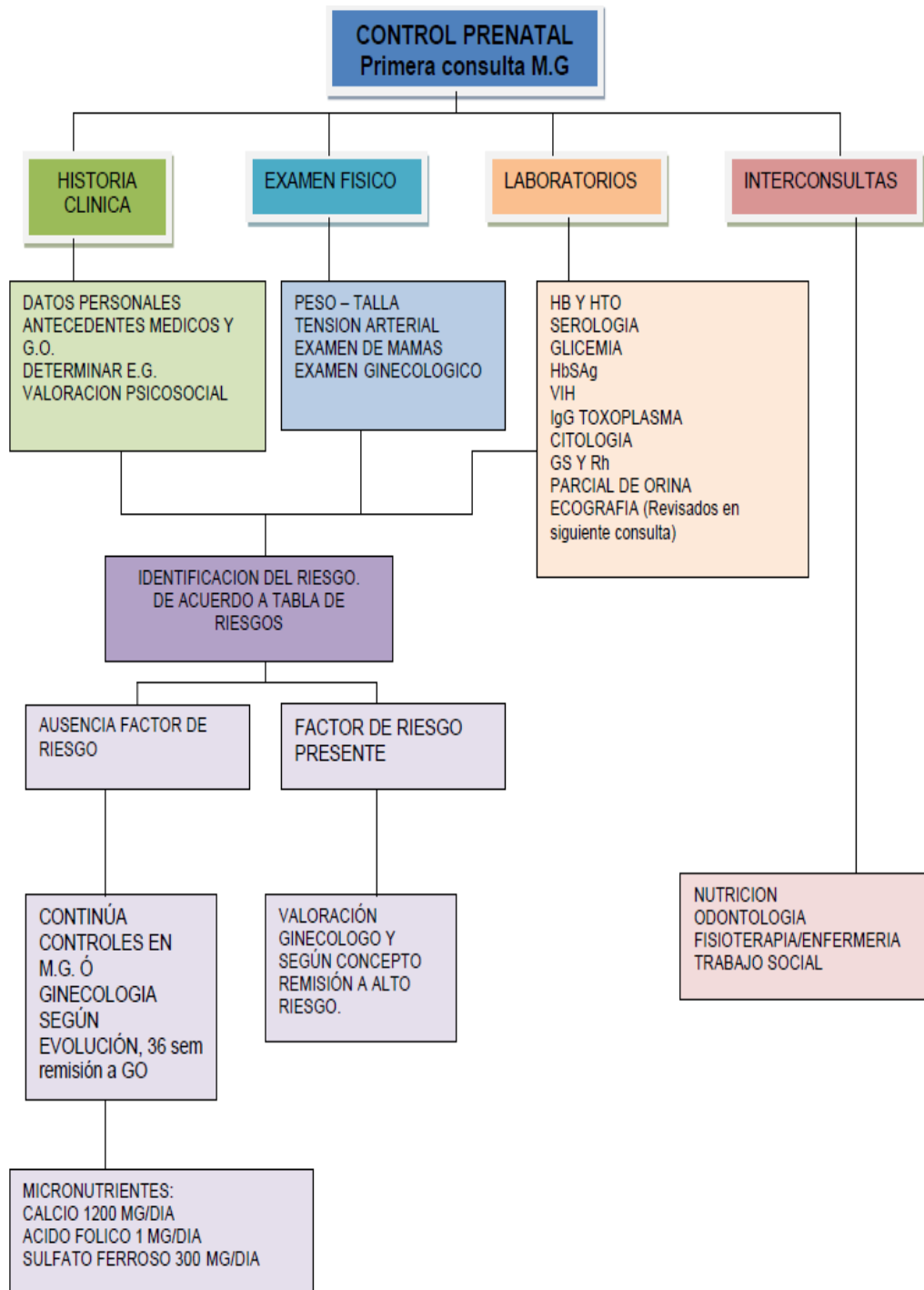
Según el acuerdo 052 del año 2013 las gestantes tienen derecho durante toda la gestación a los siguientes medicamentos:

Cuadro No. 2. Medicamentos en el Acuerdo 052 /13 para las Gestantes. DGSM

MEDICAMENTOS	DOSIS
ACIDO FOLICO	1 MG
SULFATO FERROSO	125 MG
CALCIO CARBONATO + VITAMINA D	600+200 MG
CARBONATO DE CALCIO	600 MG

Recomendar a la gestante que la toma de los suplementos vitamínicos deben realizarse en tomas separadas nunca sobre las comidas; Otras recomendaciones son individuales de acuerdo a cada caso particular.

Flujograma No. 2. Ruta de atención en el control prenatal.



ENTREGA DE PIEZAS EDUCATIVAS

Los profesionales de la salud, líderes del programa materno y coordinadores de salud pública de cada Establecimiento de Sanidad Militar de la DISAN (EJC – ARC –FAC), pueden realizar ayudas educativas acorde al riesgo detectado en las gestantes, es deber de cada ESM proporcionar a la materna la información, asesoría y capacitación necesaria para minimizar el riesgo obstétrico.

CARNET PRENATAL

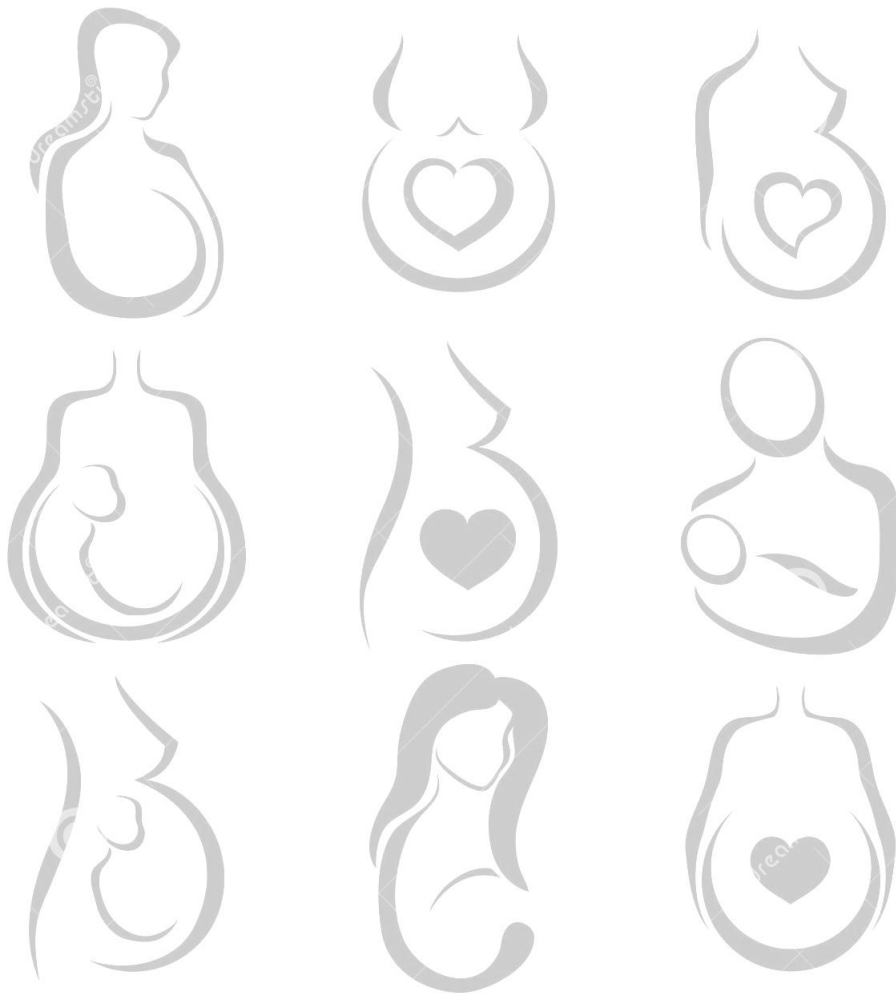
Una forma de medir la calidad en la atención es la entrega oportuna del carnet prenatal, es decir en la primera atención bien sea por enfermería, medicina o ginecología, el profesional deberá diligenciar completamente los datos de inicio y registrar cada atención brindada a la gestante.

Imagen No. 1. Carnet prenatal por Fuerza.



DISAN Fuerza Aérea

ANEXO N° 3



GUIA CURSO PREPARACION MATERNIDAD Y PATERNIDAD

CONTENIDO DE LA EDUCACIÓN IMPARTIDA A LA MUJER GESTANTE Y SU FAMILIA EN EL CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD RESPONSABLE

A continuación se describen los temas de información que garanticen la promoción de la salud durante el embarazo y en el puerperio así como lo mas importante frente al cuidado del recién nacido.

Los siguientes temas se distribuirán en las sesiones necesarias y pertinentes según el Establecimiento militar y la fuerza y según el número de gestantes y la dinámica que sea pertinente para la población gestante que allí se maneje, garantizando el acceso a la información para las mujeres con algún tipo de discapacidad y teniendo en cuenta los ajustes razonables necesarios para cada una de ellas. Sin embargo es indispensable garantizar mecanismos para brindar educación a aquellas familias que no puedan asistir a las sesiones colectivas programadas mediante difusión por radio, en página web, video institucional que sería difundido por ejemplo en salas de espera y con material escrito (folletos) que se entregarían en consulta externa ó en controles

¹ De acuerdo a las normas técnicas para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, la atención del parto y del recién nacido, planteadas en la resolución 0412 de 2000 del Ministerio de la Protección Social, el personal de salud que atiende a las madres y gestantes en los diferentes programas y servicios institucionales debe brindarles educación y orientación en los aspectos que a continuación se describen, incluyendo en estas actividades a los familiares y acompañantes.

OBJETIVO:

- Enseñar a las gestantes y a sus parejas o acompañantes y familiares, el conjunto de prácticas saludables enmarcadas en las estrategias de Institución Amiga de Mujer y la Infancia (IAMÍ), para que puedan vivir satisfactoriamente su gestación, prepararse para el parto, el puerperio, la lactancia materna y la crianza de sus hijas e hijos fomentando la participación familiar.

¹ El siguiente texto se toma del Anexo 10 del Manual de aplicación “Iniciativa Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia en el marco de los derechos” elaborado por Ministerio de la Protección Social, el Instituto de Programas Interdisciplinarios en Atención Primaria de la Salud de la Universidad Industrial de Santander- PROINAPSA-UIS y UNICEF Colombia.

LUGAR:

- Consultorios, Salas de Espera y/o aulas y los que sean determinados por el establecimiento de sanidad militar para impartir la educación.

METODOLOGÍA Y AYUDAS:

Puede darse durante la consulta con recomendaciones generales, se entreguen los folletos accesibles y se remitan a las sesiones educativas programadas como por ejemplo al curso de preparación para la maternidad.

Las capacitaciones dadas en los consultorios deben claras y específicas de tal manera que se manejen conceptos claros y fáciles de adaptar.

Conclusiones finales, el facilitador concluye con una reflexión sobre el tema tratado. Las sesiones siguientes se inician con un breve repaso sobre el tema anterior

Cuadro No. 3. Cronograma Preparación para la Maternidad - Paternidad

CRONOGRAMA PREPARACION PARA LA MATERNIDAD - PATERNIDAD		
SESION	TEMAS	DESCRIPCION
SESION 1 :	Anatomía del Embarazo	Introducción anatómica y fisiológica de la mujer
	Crecimiento y Estimulación fetal	Introducción anatómica y fisiológica de el embrión - feto - Se deberá Explicar a la familia gestante la importancia de la estimulación del feto ya que estimulación no sólo agiliza el desarrollo de las cualidades, sino que también acelera el proceso de aprendizaje, el desarrollo y aumenta el vínculo entre madre-hijo.
	Cuidados durante en el embarazo	Los principales cuidados que debe tener en cuenta la gestante- Medidas higiénicas, sexualidad, sueño, vestuario, ejercicio y hábitos adecuados, apoyo afectivo, control prenatal, vacunación y la atención institucional del parto
	Signos de alarma	Se deberá socializar y explicar los signos de alarma sobre anomalías que pueden complicar el curso de la gestación, el parto o el puerperio y orientación para consultar oportunamente. Dar a conocer la red de servicios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares así como los horarios de atención
SESION 2 :	Alimentación saludable	Fortalecer el conocimiento de la gestante y su familia en los alimentos adecuados para su estado
	Ejercicio físico	Enseñar Ejercicios practicas que puedan realizar la madre y/o familia con regularidad en la comodidad de su hogar.
	Fortalecimiento piso pélvico	
	Ejercicio respiratorio	
	Yoga prenatal	Brindarle a la gestante las técnicas que buscan el fortalecimiento de la auto estima y la auto percepción
	Técnicas de relajación	

SESION 3 :	Manejo del estrés	
	fortalecimiento del vinculo afectivo	Se deberá realizar taller para indicar a la gestante y su familia la manera de fortalecer el auto cuidado como factores protectores
SESION 4 :	Cuidados del Recién Nacido	Puericultura básica y detección de signos de alarma o complicaciones - Técnicas de masaje - baño y relajación dirigidas al recién nacido.
	Lactancia materna	Preparación a la gestante y familia acerca de la lactancia exclusiva hasta los seis meses y complementaria adecuada hasta los dos años: - mecanismo de la producción de la leche (ley de la oferta y la demanda y lactancia a libre demanda), - técnicas para lograr la posición correcta para amamantar, - peligros de la alimentación artificial y del uso del biberón, - información sobre inicio de la alimentación complementaria después del sexto mes
	Programa crecimiento y desarrollo	Promover la inscripción del recién nacido al programa de crecimiento y desarrollo y explicarle a la gestante como deberá solicitar los controles
SESION 5 :	Trabajo de parto	Anatomía y fisiología del parto
	Cuidados pos parto mama -	Se tomara todo el auto cuidado enfocado en la madre - preparando el hogar para la llegada el nuevo ser
	Depresión pos parto	Introducción fisiológica de la patología - prevención
	Atención pos parto - planificación familiar	Motivar la asistencia e importancia al control pos parto - informar a la gestante que tiene derecho a escoger el método de Planificación que más se amolde a su estado de salud y comodidad vinculándose al programa de Planificación familiar.

Las actividades realizadas deben estar enfocadas a fortalecer el vínculo madre – hijo y preparar a la futura gestante al parto institucionalizado generando habilidades antes, durante y después del mismo con el fin de garantizar un cuidado en casa adecuado de la madre y el recién nacido; esta actividad debe ser realizada entre la semana gestacional 20 a la 30, debido a la comodidad de la gestante pues los efectos secundarios del primer y tercer trimestre no estarán en su pico y podrá realizar las actividades con agrado (vomito, cansancio , fatiga, dolor muscular, somnolencia, entre otras...)

Todas las intervenciones y seguimientos a las inasistencias deben quedar reportados en la Historia Clínica; Las usuarias insistentes al curso, o que manifiesten su desacuerdo con el mismo deben ser reportadas por el ESM a la respectiva DISAN (EJC – ARC –FAC) la cual realizara el seguimiento respectivo y tomara las acciones que tenga lugar y esta a su vez a la DGSM.

ACTIVIDADES PROGRAMA MATERNO / PERINATAL



Capacitaciones



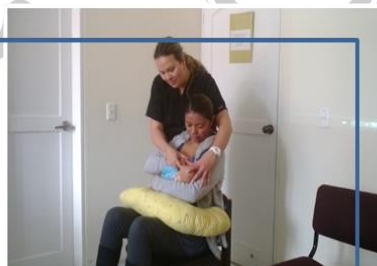
Ejercicio



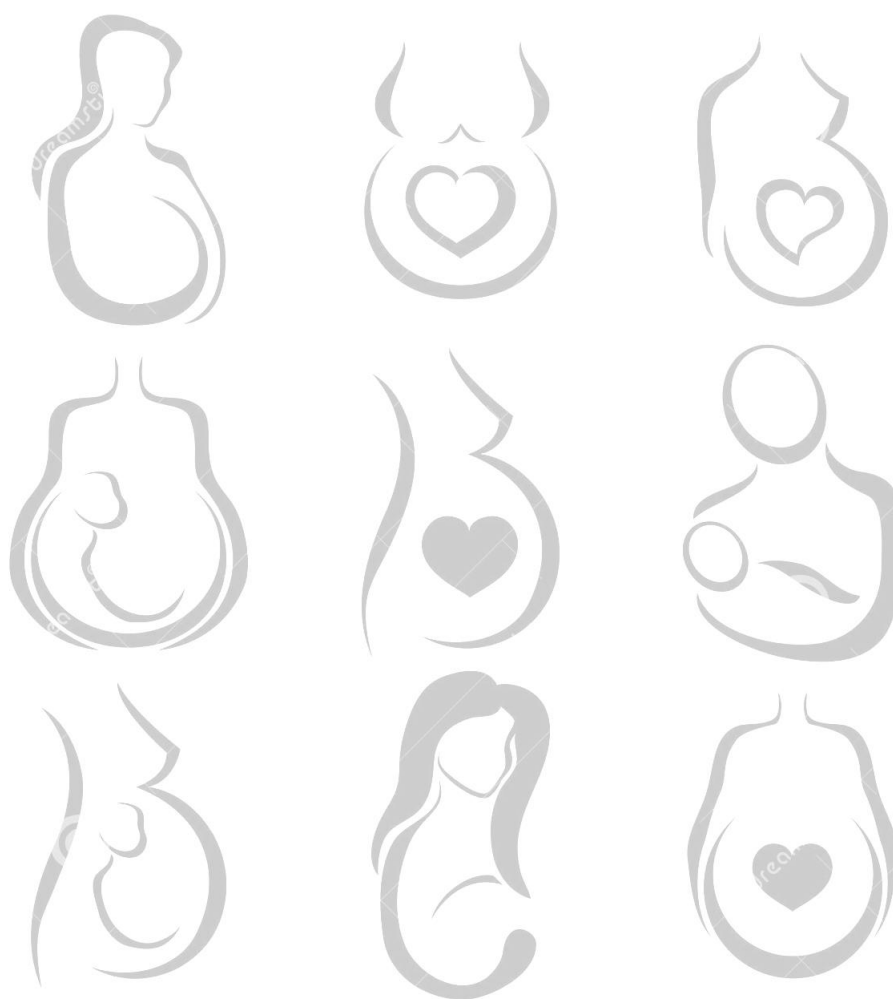
Talleres



Inclusión Paternal



ANEXO N° 4



**GUÍA DE NOTIFICACION DE EVENTOS
DE INTERES PÚBLICA PARA EL
PROGRAMA MATERNO/ PERINATAL.**

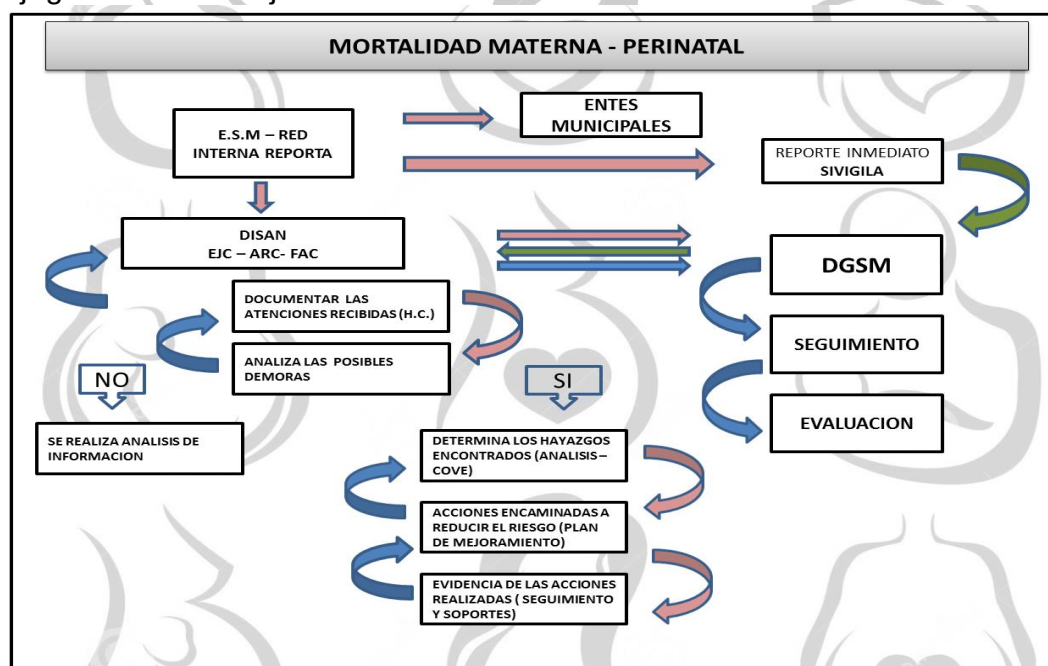
NOTIFICACION DE EVENTOS DE INTERES PÚBLICA PARA EL PROGRAMA MATERNO/ PERINATAL

Garantiza una maternidad segura sustentada en enfoque integral para el desarrollo pleno de la salud sexual y reproductiva es uno de los objetivos de desarrollo del milenio, en donde los mayores esfuerzos se han concentrado en la reducción de las muertes maternas y perinatales por causas médicas y no médicas que son totalmente prevenibles e intervenirles mediante la oportuna aplicación de la tecnología y conocimiento disponible, así como las acciones de promoción y prevención y estrategias de acción intersectorial e interinstitucional.

La mortalidad materna e infantil son prioridad nacional, tanto por los compromisos a nivel nacional e internacional en la garantía de derechos con la mujer y la infancia, así como en el cumplimiento de las metas del milenio, entre los años 1990 y 2015 la mortalidad materna debe disminuir siquiera 3/4 partes, y la mortalidad en menores de 5 años disminuir 2/3 partes.

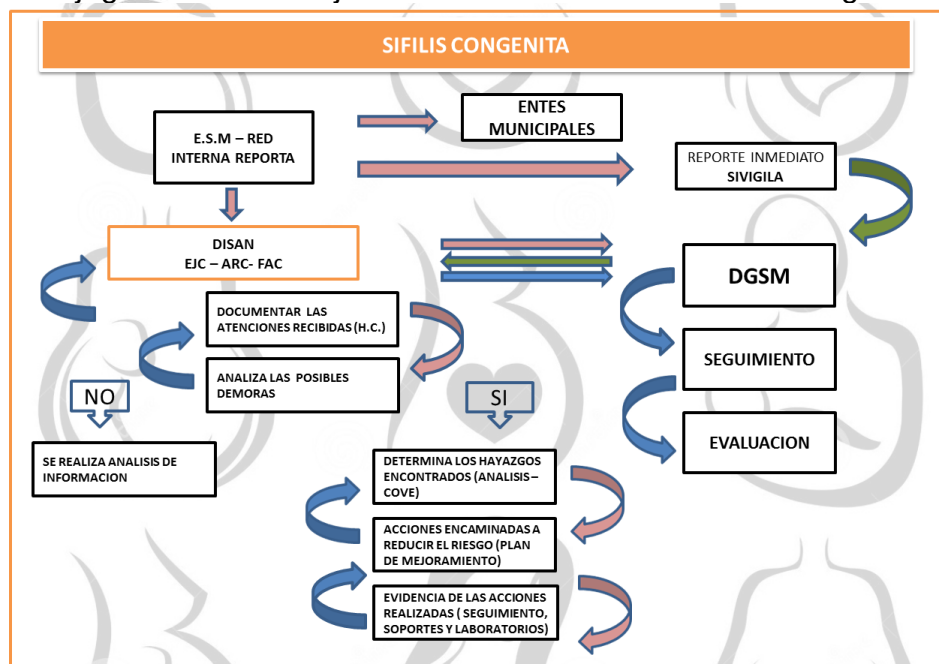
- **Mortalidad Materna/Perinatal:** La información y las intervenciones deben ser presentadas mediante un Análisis de Caso – un Comité de Vigilancia Epidemiológica – Análisis de hallazgos, si se encuentran fallas se propone un plan de mejoramiento y el seguimiento a las intervenciones propuestas, dejando evidencia física en la DISAN correspondiente, en medio magnético enviarlo a la DGSM.

Flujograma N°01 Flujo de Información Evento Mortalidad Materna/ Perinatal



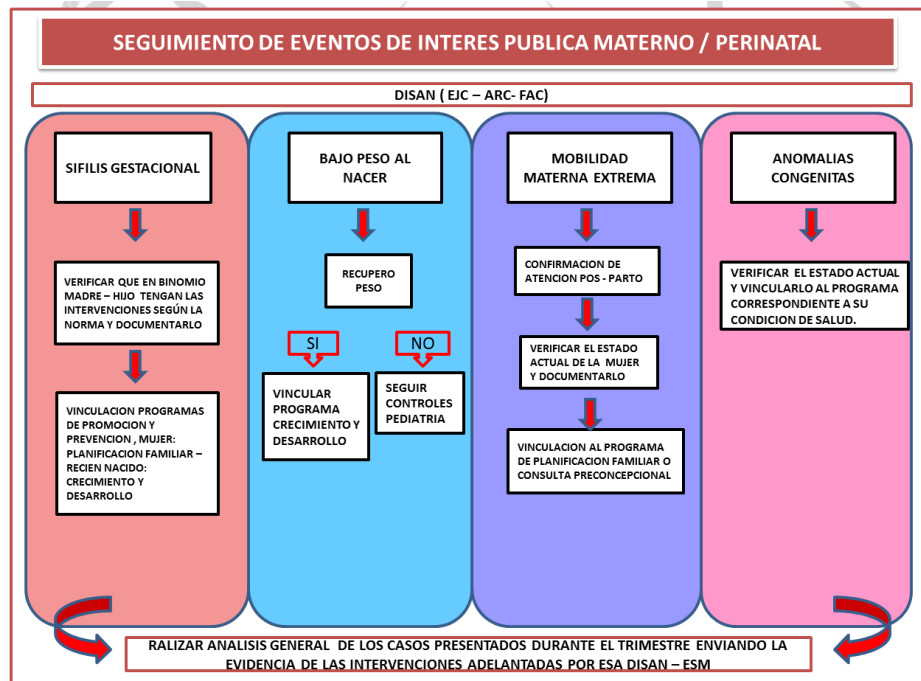
- **Sífilis Congénita** : La información y las intervenciones deben ser presentadas mediante un Análisis de Caso – un Comité de Vigilancia Epidemiológica – Análisis de demoras, si se encuentran hallazgos se propone un plan de mejoramiento y el seguimiento a las intervenciones propuestas (tratamiento y laboratorios), dejando evidencia física en la DISAN correspondiente, en medio magnético enviarlo a la DGSM.

Flujograma N° 02 Flujo de Información Evento Sífilis Congénita



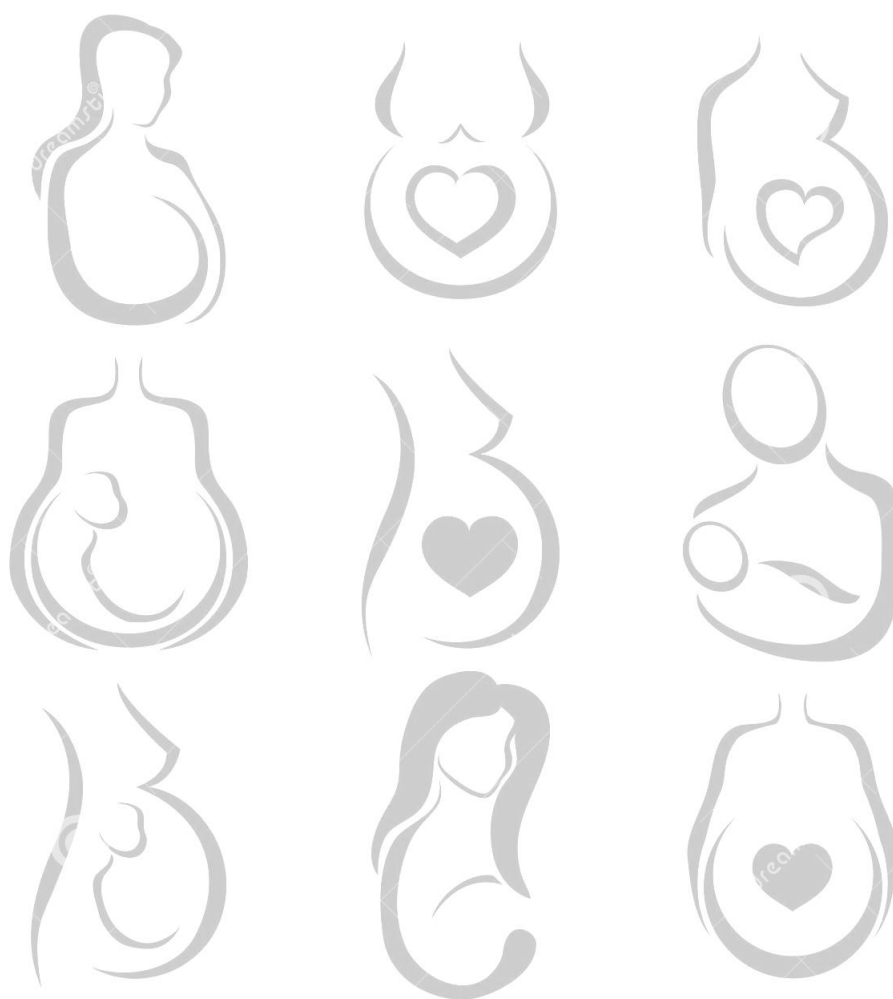
- **Seguimiento de eventos de interés pública materno / perinatal:** Los seguimientos realizados y los análisis grupales deben de quedar evidencia física en la DISAN correspondiente, en medio magnético enviarlo a la DGSM.

Flujograma N° 03 Flujo de Información Seguimiento de Eventos de Interés Pública Materno / Perinatal



Los casos de Morbilidad materna extrema, bajo peso al nacer, malformación congénita, sífilis gestacional, deben ser analizados trimestralmente por cada Dirección de Sanidad (EJC –FAC –ARC) por un Comité de Vigilancia Epidemiológico que evalúe las acciones encaminadas a minimizar el riesgo de nuevos eventos.

ANEXO N° 5



GUIA DE ASESORIA PARA LA INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.

JUSTIFICACION

La Corte Constitucional no sólo decidió la despenalización del aborto en tres circunstancias, sino que lo hizo con base en el reconocimiento de que la interrupción voluntaria del embarazo es uno de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, hace parte de los derechos humanos y está íntimamente ligado al derecho a la vida, a la salud, a la integridad, a la autodeterminación y a la dignidad de las mujeres en Colombia. C-355/06, T-988/07, T-946/08, T-388/09

1. Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida, la salud de la mujer, certificada por un médico, debe entenderse que esta causal, no cobija solamente la salud física sino que también se extiende a aquellos casos en los cuales resulta afectada su salud mental.

2. Cuando exista grave malformación del feto y que haga inviable su vida certificado por un médico y

3. Cuando el embarazo sea resultado de una conducta debidamente denunciada constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento , abusivo o de inseminación artificial o transferencia de ovulo fecundado no consentido o de incesto

“En conclusión, los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres han sido finalmente reconocidos como derechos humanos, y como tales, han entrado a formar parte del derecho constitucional, soporte fundamental de todos los Estados democráticos. Derechos sexuales y reproductivos que además de su consagración, su protección y garantía parten de la base de reconocer que la igualdad, la equidad de género y la emancipación de la mujer y la niña son esenciales para la sociedad y por lo tanto, constituyen una de las estrategias directas para promover la dignidad de todos los seres humanos y el progreso de la humanidad en condiciones de justicia social.” C- 355/06

En este mismo sentido, la Corte también ha establecido que “las consecuencias de la no prestación del servicio de interrupción del embarazo traen consigo perjuicios directos e irreversibles para la mujer estante e infringe sus derechos constitucionales fundamentales”. T- 388/09

INTRODUCCION

En garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las beneficiarias del SSFM, la Dirección General de Sanidad Militar implementa la guía en asesoría para la interrupción voluntaria del embarazo, la cual direcciona las intervenciones de las Direcciones de Sanidad (EJC—ARC –FAC) y a su vez los Establecimientos de Sanidad Militar en coordinación con el programa de salud sexual y reproductiva .



Publicado en [Uncategorized](#) el octubre 7, 2010 por male1506

“En circunstancias donde el aborto no este en contra de las le yes , los sistemas de salud deben entrenar a sus proveedores y tomar otras medidas para asegurar que el aborto sea seguro y accesible. Deben tomarse medidas adicionales para proteger la vida de las mujeres ”.

*Sesión Especial de la Asamblea
General de las Naciones Unidas,
Junio de 1999.*

ANTECEDENTES

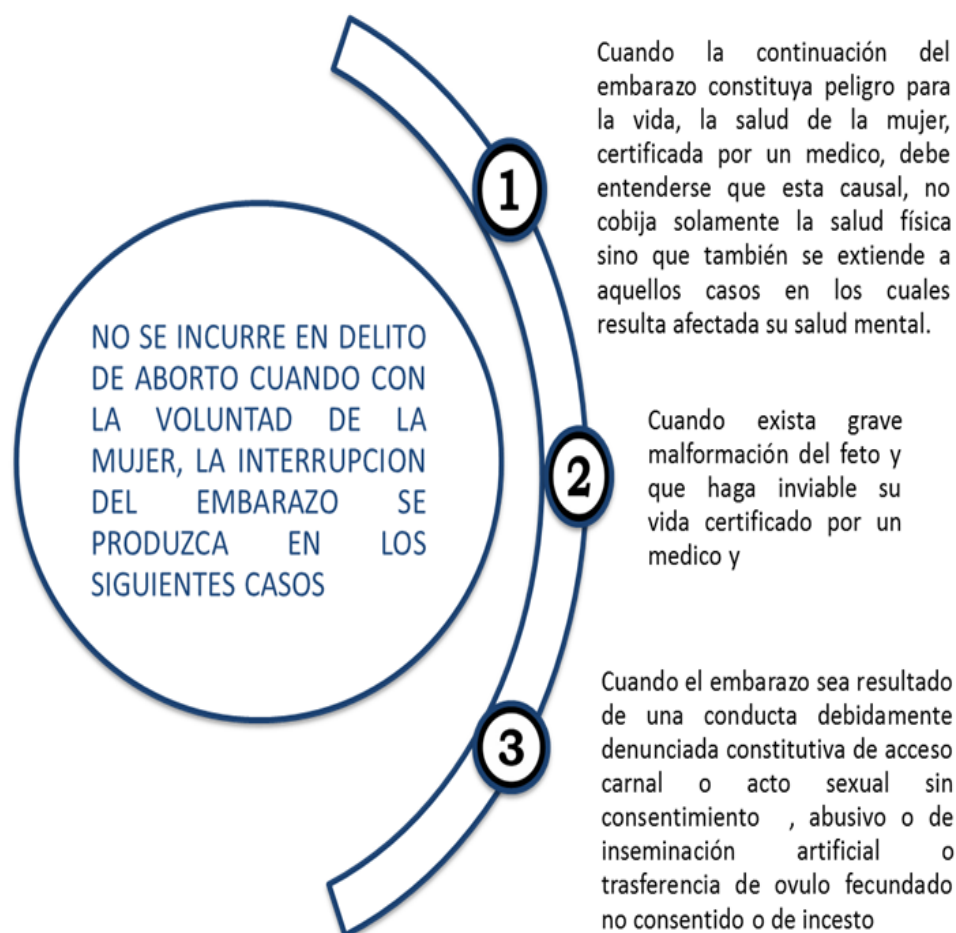
EL ABORTO INSEGURO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

La seguridad está estrechamente correlacionada con la legalidad del aborto: la mayoría de los abortos ilegales son inseguros y la mayoría de los abortos legales se realizan en condiciones seguras. De acuerdo a Henshaw et al. (1999), de los 46 millones de abortos inducidos estimados para 1995, 26 millones corresponden a abortos legales, generalmente seguros y veinte millones a intervenciones ilegales, en mayor parte inseguras. En los países con una legislación restrictiva frente al aborto y en aquellos en los que aún estando legalizado el sistema de salud no provee este tipo de servicio, el aborto inseguro constituye un problema de salud pública sumamente grave, no solo por la magnitud de su ocurrencia, sino por sus repercusiones en la salud de la mujer y en la mortalidad materna.

Magnitud del problema: A pesar de las prohibiciones legales, millones de mujeres que viven en países con legislaciones restrictivas solicitan abortos. Como consecuencia, la mayor parte de estos abortos se producen en clínicas clandestinas, sin condiciones higiénicas suficientes y sin un personal preparado para proveer un servicio de aborto seguro que proteja la vida de la mujer. La Organización Mundial de la Salud calcula que cada año en el mundo aproximadamente 50 millones de mujeres se someten al aborto. Se considera que el 40% de estos eventos ocurren en deficientes condiciones sanitarias. Los 20 millones de abortos inseguros que suceden cada año dan por resultado cerca de 78,000 muertes maternas y cientos de miles de incapacidades en las mujeres, la mayoría de las cuales ocurren en las regiones en desarrollo.

MARCO NORMATIVO

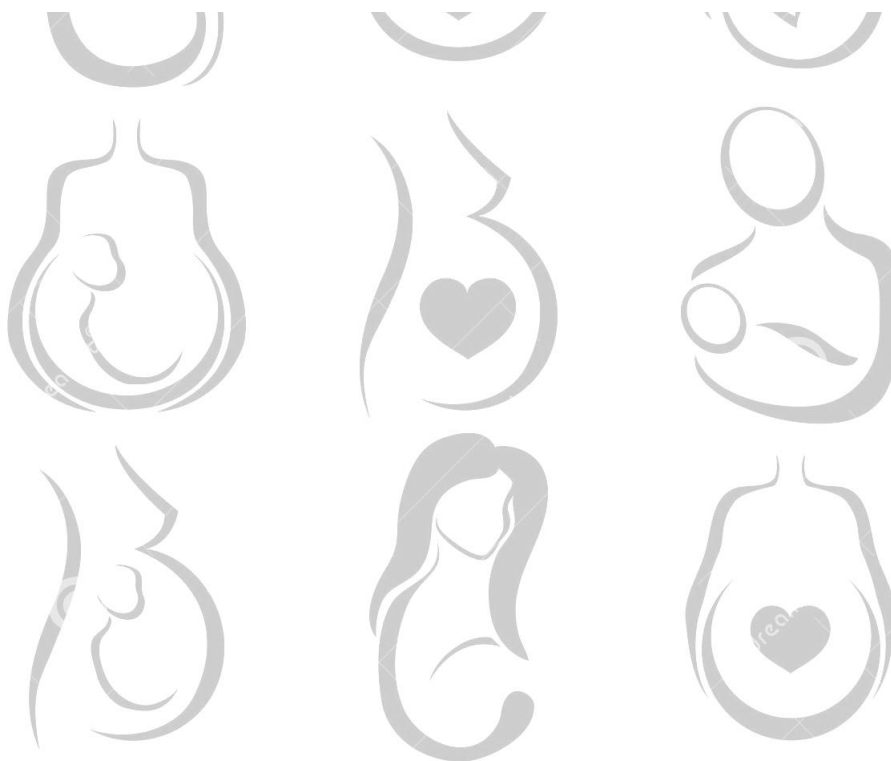
La Corte Constitucional lo decidió mediante la Sentencia C-355/2013 y durante este tiempo ha venido ampliando el alcance del derecho que tiene la mujer a decidir sobre continuar con un embarazo o no.



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Disminuir los riesgos de morbilidad y mortalidad, protegiendo los derechos y la salud sexual y reproductiva de las mujeres que en las condiciones estipuladas por la Sentencia de la Honorable Corte Constitucional, deciden de manera voluntaria interrumpir su embarazo.



OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Asegurar el efectivo ejercicio de los derechos humanos y sexuales y reproductivos de las mujeres en un marco de equidad social y de género.
- Establecer los lineamientos para garantizar la asesoría a todas las mujeres en edad reproductiva.
- Legitimar el procedimiento en el SSFM – DISANES (EJC –ARC –FAC) y Establecimientos de Sanidad Militar.
- Asegurar la ruta de atención para las usuarias que soliciten IVE.
- Disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad maternas
- Prevenir las complicaciones de los abortos practicados en forma insegura
- Tener en cuenta los requerimientos de accesibilidad a la información, de las personas con discapacidad.



POBLACION OBJETO

Todas las mujeres gestantes beneficiarias del SSFM, que asistan a los Establecimientos de Sanidad Militar y soliciten la asesoría y/o el procedimiento en IVE , en aquellas circunstancias que conforme a lo establecido por la Honorable Corte Constitucional en la Sentencia C-355/2006, no constituyen delito de aborto.



<http://www.fcp.uncu.edu.ar/novedades/index/foro-mujeres-y-corporalidad-viejos-debates-nuevos-aportes>



REQUISITOS

Acerca de los requisitos, la Corte Constitucional ha establecido claramente qué requisitos pueden exigirse, qué tipos de requisitos no pueden exigirse de manera arbitraria y ha dejado en claro que “no se debe rendir culto a las formas procesales de manera estricta”, mucho menos cuando quedan desprotegidos los derechos fundamentales de las mujeres. C-355/06, T-988/07, A-279/09.

▷ ***Lo que sí se puede pedir (única y exclusivamente) C-355/06, T-209/08, T-988/07, T-388/09, A-279/09***

- Para los casos de peligro para la vida o la salud (física o mental): certificado de un (1) médico, incluyendo psicólogos de acuerdo a la Ley 1090 de 2006 que

les reconoce el estatus de profesionales de la salud.

- Para los casos de violación o incesto: copia de la denuncia penal debidamente presentada.
- Para los casos de malformación incompatible con la vida: el certificado de un (1) médico.

▷ **Lo que no se puede pedir C-355/06, T- 209/08, T-988/07, T-388/09, A-279/09**

- En el caso de la violación, evidencia forense de penetración sexual.
- Pruebas que avalen que la relación sexual fue involuntaria o abusiva.
- Requerir que la violación se confirme a satisfacción del juez.
- Pedir que un oficial de policía esté convencido de que la mujer fue víctima de una violación.
- Realizar juntas médicas, de revisión o de aprobación por auditores, que ocasionan tiempos de espera injustificados para la práctica del aborto inducido.
- Imponer requisitos adicionales, verbigracia, exigir: (a) dictámenes de medicina forense; (b) órdenes judiciales; (c) exámenes de salud que no son practicados de manera oportuna; (d) autorización o notificación por parte de familiares (del marido o de los padres), asesores jurídicos, auditores, médicos y pluralidad de galenos.

LA CORTE CONSTITUCIONAL DICE:

La jurisprudencia de la Corte Constitucional ha indicado de manera reiterativa las prácticas que están prohibidas en el marco de la prestación del servicio de IVE, de acuerdo con los derechos constitucionales de las mujeres que se encuentran en alguna de las circunstancias establecidas. C-355/06, T-209/08, T-388/09

“Está terminantemente prohibido elevar obstáculos, exigencias o barreras adicionales a las establecidas en la referida sentencia C-355 para la práctica del aborto en los supuestos allí previstos. Entre las barreras inadmisibles se

encuentran, entre otras:

- Realizar juntas médicas, de revisión o de aprobación por auditores que ocasionan tiempos de espera injustificados para la práctica del aborto inducido.
- Impedir a las niñas menores de 14 años en estado de gravidez exteriorizar libremente su consentimiento para efectuar la interrupción voluntaria del embarazo, cuando sus progenitores o representantes legales no están de acuerdo con dicha interrupción.
- Imponer requisitos adicionales, verbigracia, exigir: (a) dictámenes de medicina forense; (b) órdenes judiciales; (c) exámenes de salud que no son practicados de manera oportuna; (d) autorización por parte de familiares, asesores jurídicos, auditores, médicos y pluralidad de galenos.
- Alegar objeción de conciencia colectiva que desencadena, a su turno, objeciones de conciencia, institucionales e infundadas.
- Suscribir pactos – individuales o conjuntos - para negarse a practicar la interrupción del embarazo.
- Acogerse a formatos o plantillas de adhesión que incidan en que las entidades hospitalarias no cuenten en su planta de personal con médicos dispuestos a prestar los servicios de interrupción voluntaria del embarazo, sea por cuanto estos (as) profesionales de la medicina son víctimas de discriminación en el momento en que se efectúa su vinculación laboral o por cuanto, una vez vinculados (as), reciben presiones en el sentido de abstenerse de practicar abortos.

Descalificar conceptos médicos expedidos por psicólogos a quienes Ley 1090 de 2006 les reconoce el status de profesionales de la salud.

Ser reticentes en cumplir a cabalidad con las reglas de referencia y contra referencia imprescindibles para atender eventos en los que el servicio médico – en este caso la práctica del aborto inducido – no está disponible en el centro hospitalario al que acude la paciente.

No disponer dentro de algunas redes públicas de prestadores del servicio de salud en los niveles departamental, distrital y municipal del servicio de interrupción voluntaria del embarazo.” T-388/09



LA OBJECCION DE CONCIENCIA

La objeción de conciencia surge de su estrecha relación con el ejercicio de los derechos individuales a la libertad de pensamiento, libertad religiosa y libertad de conciencia. Sin embargo, como todos los derechos en un Estado democrático y pluralista, no es absoluto y no puede interferir en el disfrute de derechos de terceras personas. C- 355/06, T-209/08, T-388/09

“(i) La objeción de conciencia es un derecho constitucional fundamental que como todo derecho dentro de un marco normativo que se abre a la garantía de protección y estímulo de la diversidad cultural (artículo 1º y artículo 7º

constitucionales) no puede ejercerse de manera absoluta. (ii) El ejercicio del derecho constitucional fundamental a la objeción de conciencia recibe en la esfera privada por la vía de lo dispuesto en el artículo 18 superior una muy extensa protección que solo puede verse limitada en el evento en que su puesta en práctica interfiera con el ejercicio de derechos de terceras personas.” T-388/09

La objeción de conciencia es individual y no colectiva, ni institucional, ni judicial, ni de funcionarios públicos. En materia de Interrupción Voluntaria del Embarazo, sólo pueden ejercerla los profesionales de la salud directamente involucrados en el procedimiento. C-355/06, T- 209/08, T-388/09

“Sólo el personal médico cuya función implique la participación directa en la intervención conducente a interrumpir el embarazo puede manifestar objeción de conciencia; *contrario sensu*, ésta es una posibilidad inexistente para el personal administrativo, el personal médico que realice únicamente labores preparatorias y el personal médico que participe en la fase de recuperación de la paciente.” T-388/09

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Todas las mujeres deben poder contar con la información suficiente, amplia y adecuada que les permita ejercer a cabalidad y en libertad sus derechos sexuales y reproductivos, incluida la IVE. C-355/06, T-209/08, T-388/09

El consentimiento debe ser firmado para realizar el procedimiento bien sea farmacológico o quirúrgico. (Anexo N° 1)



GARANTIA PARA LAS MUJERES SIN DISCRIMINACION

Se prohíben las prácticas discriminatorias contra mujeres o prestadores del servicio, ya sea por haber practicado o no haber practicado una IVE. La prohibición de la discriminación también aplica a las diferentes clases de mujeres; el aborto debe estar disponible para todas las mujeres que lo requieran sin importar el tipo de afiliación a la seguridad social que tenga la mujer y con independencia de su condición social, económica, edad, capacidad de pago, orientación sexual o etnia. T- 388/09

“Ni las mujeres que optan por interrumpir voluntariamente su embarazo bajo las hipótesis previstas en la sentencia C-355 de 2006, ni quienes atienden su solicitud, pueden ser víctimas de discriminación o de prácticas que limiten de alguna forma o impidan su acceso al lugar de trabajo o a centros educativos o su afiliación al sistema general de salud o riesgos profesionales.” T-388/09



Discriminación femenina en Google Edición 878-15/11/2013



El derecho a decidir por una interrupción voluntaria del embarazo también ha sido reconocido a las niñas menores de 14 años, con base en su derecho al libre desarrollo de la personalidad. El consentimiento de las niñas deberá ser respetado incluso cuando sus padres no estén de acuerdo con cualquier decisión. C-355/06, T-209/08, T-388/09

“Cuando la violación se presume por tratarse de una mujer menor de catorce (14) años, la exhibición de la denuncia se torna en una mera formalidad y la falta de la misma no puede ser un pretexto para dilatar la interrupción del embarazo”. T-209/08



EL DERECHO A TENER DERECHOS Irene Sinigaglia / Néstor Borri / Diego Jaimes

MUJERES CON DISCAPACIDAD

Las mujeres con discapacidad física, psíquica o sensorial también tienen derecho a una IVE. Deberá tenerse en cuenta la severidad de la discapacidad, el nivel educacional y socioeconómico, la edad y el momento en el que apareció la discapacidad en cada caso concreto. T- 988/07

“Las entidades prestadoras de salud que exijan el cumplimiento de requisitos formales adicionales al denuncia para practicar el aborto inducido en una mujer notoriamente discapacitada- con limitaciones físicas, psíquicas y sensoriales que imposibilitan la exteriorización libre y directa de su consentimiento- la cual ha sido víctima de abuso carnal violento, sin consentimiento o abusivo, incurren

en un grave desconocimiento de la protección que se deriva para las personas con discapacidad de la Constitución Nacional así como de lo consignado en el ámbito internacional. Bajo esas circunstancias, las autoridades públicas y los particulares que obren en calidad de tales, han de interpretar las normas de modo que más favorezca a estas personas pues, de lo contrario, al dilatar en el tiempo la práctica del aborto inducido las pondrán en un absoluto estado de indefensión en contravía de lo dispuesto por el artículo 13 superior así como de la jurisprudencia sentada en la sentencia C-355 de 2006.” T-988/07



CALIDAD EN LA ATENCION

El servicio de IVE debe garantizarse de manera real, con una atención oportuna, en todos los grados de complejidad y todo el territorio nacional, siguiendo estrictamente las reglas de referencia y contrareferencia.

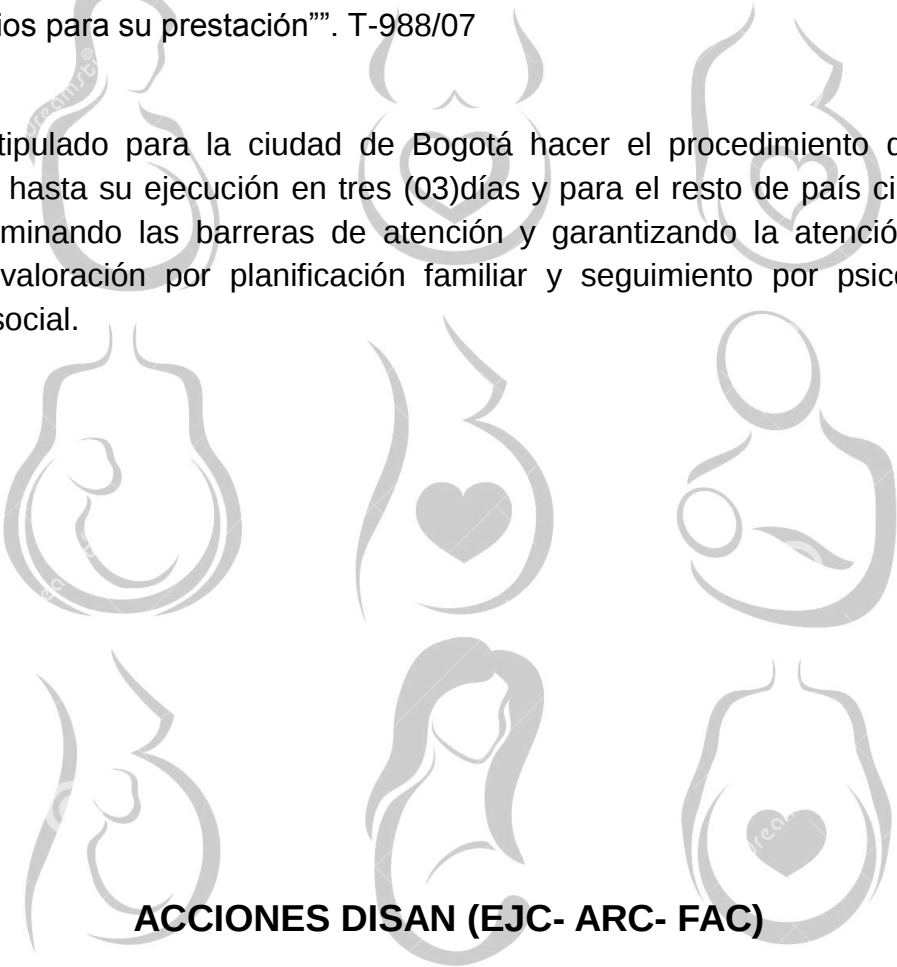
La interrupción voluntaria del embarazo deberá prestarse de manera integral con otros servicios de salud sexual y reproductiva y los servicios deberán ser de calidad. Deberá orientarse a las mujeres sobre los lugares y los médicos que pueden practicar la IVE. T-209/08, T-946/08, T-988/07, T-388/09

“En situaciones en las cuales el aborto no es ilegal, “los sistemas de salud

deben entrenar y equipar a los proveedores de los servicios de salud y tomar otras medidas para asegurar que los abortos sean seguros y accesibles...” (Énfasis añadido).

Insistió en la necesidad de adoptar medidas encaminadas a eliminar “barreras que impidan el acceso a servicios de salud de interrupción voluntaria del embarazo en los casos y condiciones establecidas en la Sentencia C-355 de 2006, la educación e información en el área de la salud sexual y reproductiva, en condiciones de seguridad, oportunidad y calidad, fijando los requisitos necesarios para su prestación””. T-988/07

Esta estipulado para la ciudad de Bogotá hacer el procedimiento desde la solicitud hasta su ejecución en tres (03) días y para el resto de país cinco (05) días, eliminando las barreras de atención y garantizando la atención pos—aborto, valoración por planificación familiar y seguimiento por psicología y trabajo social.



ACCIONES DISAN (EJC- ARC- FAC)

Las entidades promotoras de salud tienen la obligación de garantizar un número adecuado de proveedores habilitados, en todos los grados de complejidad, para que previo el consentimiento informado por parte de la gestante y la presentación de la certificación médica o la copia de la denuncia penal, según el caso, so pena de las sanciones respectivas presten los servicios de IVE cuando sea del caso. T-209/08

Las EPS deben tener el servicio disponible en todo el territorio nacional bajo estricto seguimiento de los postulados de referencia y contrareferencia.

Independientemente de si son públicas o privadas, laicas o confesionales, deben contar con profesionales de la medicina y el personal idóneo y suficiente. T-388/09

Las entidades que conforman el Sistema de Seguridad Social en Salud deben orientar a las mujeres gestantes que cumplen con las condiciones establecidas en la sentencia C-355 de 2006, sobre los lugares y los médicos en donde de manera oportuna y adecuada les pueden practicar la interrupción del embarazo. T-946/08 “El deber de las autoridades públicas- y de los particulares que actúan en esa calidad, como ocurre con las Empresas Promotoras de Salud-, consiste en remover los obstáculos que impidan a la mujer gestante acceder a los servicios de salud en condiciones de calidad y seguridad de modo que se protejan en debida forma sus derechos sexuales y reproductivos. Las autoridades públicas y los particulares que obran en esa calidad no sólo están obligados a evitar actuaciones discriminatorias sino a promover las condiciones para que sea factible respetar los derechos constitucionales fundamentales de la mujer gestante.” T-988/07

ACCIONES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SANIDAD MILITAR

I NIVEL DE ATENCION

El servicio de IVE debe garantizarse desde la asesoría que se realizan en los ESM en las salas de espera dirigidos a la mujer en edad fértil, las mujeres con prueba de embarazo positiva y que solicite el procedimiento debe tener una

asesoría con el profesional capacitado quien está en el deber de orientar y capacitar sobre la C-355 /2006 y toda su reglamentación.

II NIVEL DE ATENCION

Dado que los ESM, no están habilitados en los servicios de ginecología , atención del parto e interrupción voluntaria del embarazo , se debe contar con red externa la cual debe estar en la condición de habilitación ante los entes de control Distrital, Municipal o Departamental, que garantice la atención integral de la mujer.

III NIVEL DE ATENCION

El procedimiento de IVE, debe ser practicado en un establecimiento habilitado que cuente con las normas técnicas y el personal idóneo que garantice la atención integral de la mujer, brindado un adecuado y humanizado trato.

EVALUACION Y SEGUIMIENTO

Las actividades en Salud Sexual y Reproductiva—IVE , realizadas por la Dirección de Sanidad (EJC—ARC—FAC) , Establecimientos de Sanidad Militar , Hospital Militar Central , Hospital Naval de Cartagena y Red Externa, deberán ser reportadas al ente regulador DGSM , mediante matriz de recolección de datos en la cual se verificaran:

“ Tiempos de atención

“ Demanda Inducida

“ Capacitación a profesionales que manejan el programa

Según la Circular 001 2014, en la que se emiten los lineamientos para el reporte de las intervenciones de prestación de servicios para la interrupción voluntaria del embarazo –IVE los RIPS debe ser reportados desde la asesoría hasta la intervención, captación de la usuaria resolutive o urgencias, procedimiento IVE medicamentos.

TABLA N° 1 . BASE DE DATOS PARA RECOLECCION DE INFORMACION ACTIVIDADES DE ASESORIA E INFORMACION

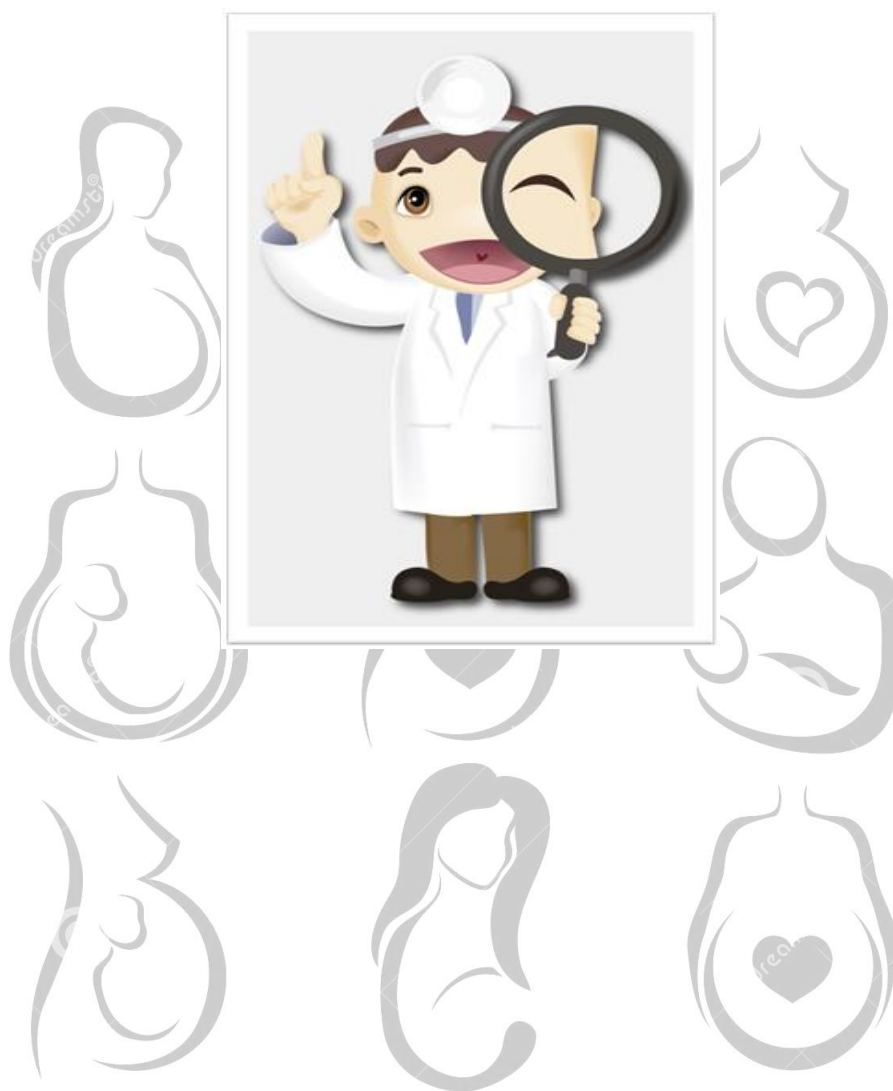
REPORTES DE ASESORIA EN INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO							
FUERZA	ESM	FECHA	MEDIO UTILIZADO PARA DIFUNDIR LA C-355/06	CEDULA	EDAD	MOTIVO	TIPO DE ATENCION
EJC	XXX	01/03/2013	TALLER	5324548	23	MALFORMACION FETO	PROTOCOLO GESTANTE
ARC	XXX	XXX	CHARLA	5324549	23	ASESORIA INDIVIDUAL	INFORMACION
FAC	XXX	XXX	ASESORIA	5324549	14	ABUSO SEXUAL	PROTOCOLO IVE

INCUMPLIMIENTO Y SANCIONES

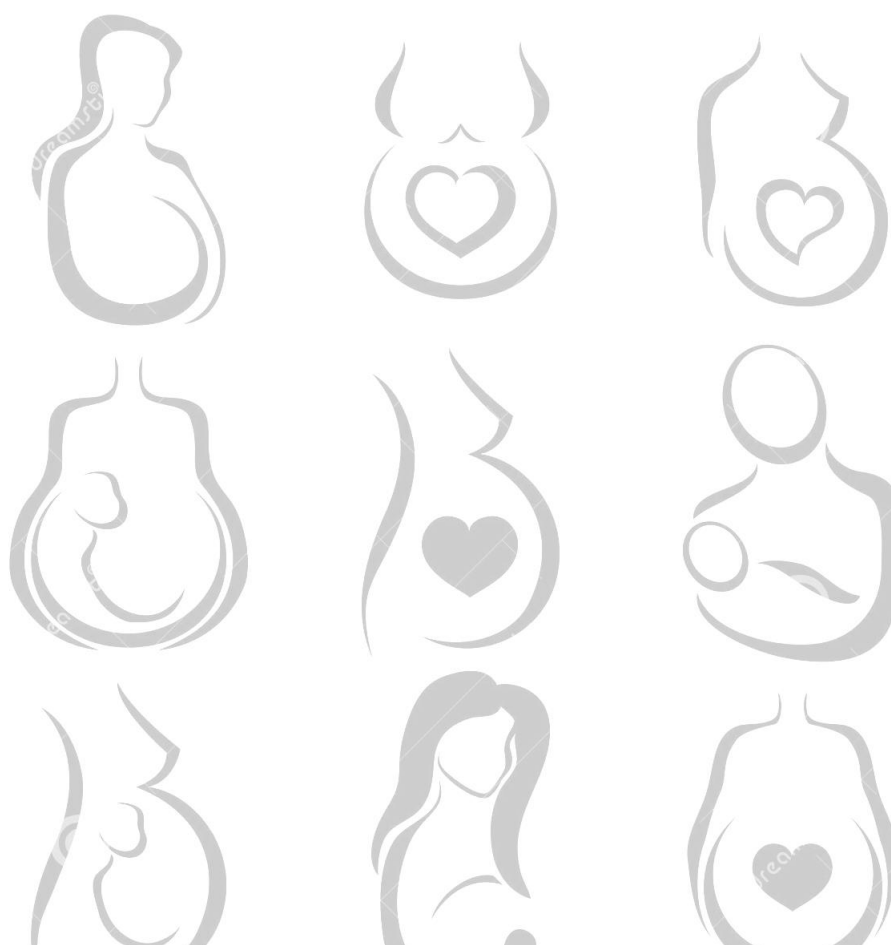
El incumplimiento de los lineamientos establecidos por la Corte Constitucional da lugar a la aplicación de las sanciones previstas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. La Superintendencia Nacional en Salud y el Ministerio de Protección Social son las entidades encargadas de investigar y sancionar a las EPS (DISANES) e IPS (ESM) que se nieguen a prestar el servicio en los términos establecidos por la Corte. T-209/08, T-946/08, T-388/09

“De acuerdo con la Corte, la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio

de la Protección Social tienen la facultad de investigar y sancionar a las entidades que conforman al Sistema de Seguridad Social en Salud que no autorizaron la IVE en forma oportuna y adecuada conforme con los parámetros definidos en la sentencia C-355 de 2006.” T-946/08



ANEXO N° 6



FICHAS TECNICAS DE INDICADORES DEL PROGRAMA MATERNO PERINATAL.

INDICADOR - ATENCION PARTO

NOMBRE DEL INDICADOR	Atención del parto	
OBJETIVO	Conocer el número de partos atendidos de manera institucional	
INTERPRETACION	Indica el porcentaje de partos atendidos de manera institucional	
TIPO DE INDICADOR	Calidad	
NIVEL DE COMPARACION	Meta: 99%	
	Optima: Más del 95%	
	Aceptable: Entre el 90 - 94%	
	Deficiente: Entre el 85 - 89%	
	Muy deficiente: Menos del 84%	
DEFINICION OPERACIONAL	Número de partos atendidos en instituciones de salud	X 100
	Número de partos en el periodo	
FUENTE DE DATOS	Estadística	
PERIODICIDAD DEL CALCULO	Trimestral	
RESPONSABLE DE GENERAR DATOS	Área respectiva, Estadística ESM - DISAN	
RESPONSABLE GENERAR INDICADOR	Área estadística DGSM, Responsable programa maternidad segura DGSM	
RESPONSABLE DE TOMA DE DECISIONES	Subdirección Servicios de Salud - DGSM y DISAN correspondiente	

INDICADOR – ATENCION DE CESAREA

NOMBRE DEL INDICADOR	Atención de cesárea		
OBJETIVO	Conocer el número de cesáreas atendidas		
INTERPRETACION	Indica el porcentaje de cesáreas atendidas		
TIPO DE INDICADOR	Gestión		
NIVEL DE COMPARACION	NO APLICA		
DEFINICION OPERACIONAL	Número de cesáreas atendidas en instituciones de salud	X 100	
	Número de partos y cesáreas en el periodo		
FUENTE DE DATOS	Estadística		
PERIODICIDAD DEL CALCULO	Trimestral		
RESPONSABLE DE GENERAR DATOS	Área respectiva, Estadística ESM - DISAN		
RESPONSABLE GENERAR INDICADOR	Área estadística DGSM, Responsable programa maternidad segura DGSM		
RESPONSABLE DE TOMA DE DECISIONES	Subdirección Servicios de Salud - DGSM y DISAN correspondiente		

INDICADOR – TSH NEONATAL

NOMBRE DEL INDICADOR	TSH neonatal	
OBJETIVO	Conocer el cumplimiento de exámenes de TSH neonatal	
INTERPRETACION	Indica el porcentaje de TSH neonatal realizados	
TIPO DE INDICADOR	Calidad	
NIVEL DE COMPARACION	Meta: 99%	
	Optima: Mas del 95%	
	Aceptable: Entre el 90 - 94%	
	Deficiente: Entre el 85 - 89%	
	Muy deficiente: Menos del 84%	
DEFINICION OPERACIONAL	Numero de TSH neonatal realizados	X 100
	Numero de nacidos vivos en el periodo	
FUENTE DE DATOS	Estadística	
PERIODICIDAD DEL CALCULO	Trimestral	
RESPONSABLE DE GENERAR DATOS	Área respectiva, Estadística ESM - DISAN	
RESPONSABLE GENERAR INDICADOR	Área estadística DGSM, Responsable programa maternidad segura DGSM	
RESPONSABLE DE TOMA DE DECISIONES	Subdirección Servicios de Salud - DGSM y DISAN correspondiente	

INDICADOR – DETECCION TEMPRANA DE ALTERACIONES DEL EMBARAZO

NOMBRE DEL INDICADOR	Detección temprana de alteraciones del embarazo	
OBJETIVO	Conocer el cumplimiento de la consulta de detección temprana de alteraciones del embarazo	
INTERPRETACION	Indica el porcentaje de cumplimiento en la consulta de detección temprana de alteraciones del embarazo	
TIPO DE INDICADOR	Cumplimiento	
NIVEL DE COMPARACION	Meta: 90%	
	Optima: Mas del 80%	
	Aceptable: Entre el 70 - 79%	
	Deficiente: Entre el 60 - 69%	
	Muy deficiente: Menos del 59%	
DEFINICION OPERACIONAL	Número de consultas para detección de alteraciones del embarazo	X 100
	Numero de gestantes con hasta 12 semanas de gestación en el periodo	
FUENTE DE DATOS	Estadística	
PERIODICIDAD DEL CALCULO	Trimestral	
RESPONSABLE DE GENERAR DATOS	Área respectiva, Estadística ESM - DISAN	
RESPONSABLE GENERAR INDICADOR	Área estadística DGSM, Responsable programa maternidad segura DGSM	
RESPONSABLE DE TOMA DE DECISIONES	Subdirección Servicios de Salud - DGSM y DISAN correspondiente	

INDICADOR – CONTROL PRENATAL

NOMBRE DEL INDICADOR	Control prenatal	
OBJETIVO	Conocer la cobertura de consulta de control prenatal	
INTERPRETACION	Indica el porcentaje de cobertura de consulta de control prenatal	
TIPO DE INDICADOR	Cobertura	
NIVEL DE COMPARACION	Meta: 90%	
	Optima: Mas del 80%	
	Aceptable: Entre el 70 - 79%	
	Deficiente: Entre el 60 - 69%	
	Muy deficiente: Menos del 59%	
DEFINICION OPERACIONAL	Numero de controles prenatales realizados	X 100
	Numero de gestantes en el periodo	
FUENTE DE DATOS	Estadística	
PERIODICIDAD DEL CALCULO	Trimestral	
RESPONSABLE DE GENERAR DATOS	Área respectiva, Estadística ESM - DISAN	
RESPONSABLE GENERAR INDICADOR	Área estadística DGSM, Responsable programa maternidad segura DGSM	
RESPONSABLE DE TOMA DE DECISIONES	Subdirección Servicios de Salud - DGSM y DISAN correspondiente	

INDICADOR – DETECCION TEMPRANA DE SIFILIS GESTACIONAL - CONGENITA

NOMBRE DEL INDICADOR	Detección temprana de sífilis gestacional - congénita	
OBJETIVO	Conocer la cobertura de VDRL para detección temprana de sífilis gestacional	
INTERPRETACION	Indica el porcentaje de cobertura de VDRL a mujeres gestantes	
TIPO DE INDICADOR	Cobertura	
NIVEL DE COMPARACION	Meta: 90%	
	Optima: Más del 80%	
	Aceptable: Entre el 70 - 79%	
	Deficiente: Entre el 60 - 69%	
	Muy deficiente: Menos del 59%	
DEFINICION OPERACIONAL	Número de VDRL tomados a mujeres gestantes	X 100
	Número de mujeres gestantes en el periodo	
FUENTE DE DATOS	Estadística	
PERIODICIDAD DEL CALCULO	Trimestral	
RESPONSABLE DE GENERAR DATOS	Área respectiva, Estadística ESM - DISAN	
RESPONSABLE GENERAR INDICADOR	Área estadística DGSM, Responsable programa maternidad segura DGSM	
RESPONSABLE DE TOMA DE DECISIONES	Subdirección Servicios de Salud - DGSM y DISAN correspondiente	

INDICADOR – BAJO PESO AL NACER

NOMBRE DEL INDICADOR	Bajo peso al nacer		
OBJETIVO	Conocer el porcentaje de niños nacidos con bajo peso		
INTERPRETACION	Indica el porcentaje de niños nacidos con bajo peso		
TIPO DE INDICADOR	Calidad		
NIVEL DE COMPARACION	NO APLICA		
DEFINICION OPERACIONAL	Número de niños nacidos con bajo peso	X 100	
	Numero de nacidos vivos en el periodo		
FUENTE DE DATOS	Estadística		
PERIODICIDAD DEL CALCULO	Trimestral		
RESPONSABLE DE GENERAR DATOS	Área respectiva, Estadística ESM - DISAN		
RESPONSABLE GENERAR INDICADOR	Área estadística DGSM, Responsable programa maternidad segura DGSM		
RESPONSABLE DE TOMA DE DECISIONES	Subdirección Servicios de Salud - DGSM y DISAN correspondiente		

INDICADOR – EMBARAZO EN MUJERES DE 10 – 15 AÑOS

NOMBRE DEL INDICADOR	Embarazo en mujeres de 10 a 15 años		
OBJETIVO	Conocer la incidencia de embarazo en adolescentes		
INTERPRETACION	Indica el porcentaje de mujeres de 10 a 15 años embarazadas		
TIPO DE INDICADOR	Gestión		
NIVEL DE COMPARACION	NO APLICA		
DEFINICION OPERACIONAL	Número de mujeres de 10 a 15 años embarazadas	X 100	
	Número de mujeres de 10 a 15 años		
FUENTE DE DATOS	Estadística		
PERIODICIDAD DEL CALCULO	Trimestral		
RESPONSABLE DE GENERAR DATOS	Área respectiva, Estadística ESM - DISAN		
RESPONSABLE GENERAR INDICADOR	Área estadística DGSM, Responsable programa maternidad segura DGSM		
RESPONSABLE DE TOMA DE DECISIONES	Subdirección Servicios de Salud - DGSM y DISAN correspondiente		

INDICADOR – CONTROL POS PARTO

NOMBRE DEL INDICADOR	Control posparto	
OBJETIVO	Conocer la cobertura de consulta de control posparto	
INTERPRETACION	Indica el porcentaje de cobertura en consulta de control posparto	
TIPO DE INDICADOR	Cobertura	
NIVEL DE COMPARACION	Meta: 90%	
	Optima: Más del 80%	
	Aceptable: Entre el 70 - 79%	
	Deficiente: Entre el 60 - 69%	
	Muy deficiente: Menos del 59%	
DEFINICION OPERACIONAL	Número de consultas de control posparto	X 100
	Numero de nacidos vivos en el periodo	
FUENTE DE DATOS	Estadística	
PERIODICIDAD DEL CALCULO	Trimestral	
RESPONSABLE DE GENERAR DATOS	Área respectiva, Estadística ESM - DISAN	
RESPONSABLE GENERAR INDICADOR	Área estadística DGSM, Responsable programa maternidad segura DGSM	
RESPONSABLE DE TOMA DE DECISIONES	Subdirección Servicios de Salud - DGSM y DISAN correspondiente	

INDICADOR – CONTROL DEL RECIEN NACIDO

NOMBRE DEL INDICADOR	Control del recién nacido	
OBJETIVO	Conocer la cobertura de la consulta de control del recién nacido	
INTERPRETACION	Indica el porcentaje de cobertura en consulta de control de recién nacido	
TIPO DE INDICADOR	Cobertura	
NIVEL DE COMPARACION	Meta: 90%	
	Optima: Más del 80%	
	Aceptable: Entre el 70 - 79%	
	Deficiente: Entre el 60 - 69%	
	Muy deficiente: Menos del 59%	
DEFINICION OPERACIONAL	Número de consultas de control del recién nacido	X 100
	Numero de nacidos vivos en el periodo	
FUENTE DE DATOS	Estadística	
PERIODICIDAD DEL CALCULO	Trimestral	
RESPONSABLE DE GENERAR DATOS	Área respectiva, Estadística ESM - DISAN	
RESPONSABLE GENERAR INDICADOR	Área estadística DGSM, Responsable programa maternidad segura DGSM	
RESPONSABLE DE TOMA DE DECISIONES	Subdirección Servicios de Salud - DGSM y DISAN correspondiente	