

**DISEÑO Y PRUEBA PILOTO DE UNA BASE DE DATOS SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA DEL
BINOMIO MADRE-HIJO EN LA SUBRED ESE NORTE**

Dayana Gutiérrez Acosta
Paula Xiomara Pretelt Plazas
María Alejandra Quintero Torres

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA - FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
BOGOTÁ DC.- JUNIO 2023**

HOJA DE IDENTIFICACIÓN

Universidad	El Bosque
Facultad	Odontología
Programa	Odontología
Título:	Diseño y prueba piloto de una base de datos sobre la atención médica del binomio madre-hijo en la Subred ESE Norte INVBOCA - Investigación en salud bucal pública y comunitaria
Grupo de investigación	UMIMC - Unidad de Manejo Integral de Malformaciones Craneofaciales
Línea de investigación:	Calidad de vida y enfoque diferencial: abordaje interdisciplinario de la salud bucal de sujetos y colectivos y Otras anomalías congénitas craneofaciales
Tipo de investigación:	Pregrado / Grupo
Estudiantes:	Dayana Gutiérrez Acosta Xiomara Pretelt Plazas María Alejandra Quintero Torres
Director:	Dr. Luis Fernando Restrepo Pérez
Codirectores:	Dr. Herney Rengifo Reina Dra. Maria Clara González Carrero
Asesor metodológico:	Dra. Ingrid Mora

DIRECTIVOS UNIVERSIDAD EL BOSQUE

OTTO BAUTISTA GAMBOA	Presidente del Claustro
MIGUEL RUIZ RUBIANO	Presidente Consejo Directivo
MARIA CLARA RANGEL GALVIS	Rector(a)
NATALIA RUÍZ ROGERS	Vicerrector(a) Académico
RICARDO ENRIQUE GUTIÉRREZ MARÍN	Vicerrector Administrativo
GUSTAVO SILVA CARRERO	Vicerrectoría de Investigaciones.
CRISTINA MATIZ MEJÍA	Secretaria General
JUAN CARLOS SANCHEZ PARIS	División Postgrados
HERNEY ALONSO RENGIFO REINA	Decano Facultad de Odontología
MARTHA LILILIANA GOMEZ RANGEL	Secretaria Académica
DIANA MARIA ESCOBAR JIMENEZ	Director Área Bioclínica
ALEJANDRO PERDOMO RUBIO	Director Área Comunitaria
JUAN GUILLERMO AVILA ALCALÁ	Coordinador Área Psicosocial
INGRID ISABEL MORA DIAZ	Coordinador de Investigaciones Facultad de Odontología
SANDRA HINCAPIE NARVAEZ	Coordinador Postgrados Facultad de Odontología

“La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

GUÍA DE CONTENIDO

Resumen	
Abstract	
	Pág.
Introducción	1
2. Marco teórico	3
3. Planteamiento del problema	27
4. Justificación	29
5. Situación Actual	30
6. Objetivos	32
6.1 Objetivo general	32
6.2 Objetivos específicos	32
7. Metodología del Proyecto	33
7.1. Tipo de estudio	33
7.2. Población y muestra	33
7.3. Métodos y técnicas para la recolección de la información	34
8. Consideraciones éticas.	36
9. Resultados	37
10. Discusión	51
11. Conclusiones	53
12. Referencias bibliográficas	55
13. Anexos	59

LISTADO DE TABLAS

		Págs.
Tabla 1	Historia Clínica. Diseñada por Dayana Gutiérrez, Paula Pretel y Maria Quintero.	6
Tabla 2	Registro variables datos personales. Diseñada por Dayana Gutiérrez, Paula Pretel y Maria Quintero.	42
Tabla 3	Registros variables de atención. Diseñada por Dayana Gutiérrez, Paula Pretel y Maria Quintero.	43
Tabla 4	Registro variables maternas. Diseñada por Dayana Gutiérrez, Paula Pretel y Maria Quintero.	43
Tabla 5	Registro variables maternas. Diseñada por Dayana Gutiérrez, Paula Pretel y Maria Quintero.	44
Tabla 6	Registro variables antecedentes familiares. Diseñada por Dayana Gutiérrez, Paula Pretel y Maria Quintero.	44
Tabla 7	Registro variables control gestacional (1). Diseñada por Dayana Gutiérrez, Paula Pretel y Maria Quintero.	45
Tabla 8	Registro variables control gestacional (2). Diseñada por Dayana Gutiérrez, Paula Pretel y Maria Quintero.	45
Tabla 9	Registro variable de seguimiento de ruta materno-perinatal. Diseñada por Dayana Gutiérrez, Paula Pretel y Maria Quintero.	46
Tabla 10	Registro variables de exámenes de control (1). Diseñada por Dayana Gutiérrez, Paula Pretel y Maria Quintero.	46
Tabla 11	Registro variables de exámenes de control (2). Diseñada por Dayana Gutiérrez, Paula Pretel y Maria Quintero.	47
Tabla 12	Registro variables de atenciones especializadas. Diseñada por Dayana Gutiérrez, Paula Pretel y Maria Quintero.	48
Tabla 13	Registro variable de preparación pre y posconcepcional. Diseñada por Dayana Gutiérrez, Paula Pretel y Maria Quintero.	48
Tabla 14	Registro variable de consulta de planificación. Diseñada por Dayana Gutiérrez, Paula Pretel y Maria Quintero.	49
Tabla 15	Registro variable de atención al parto y atención al puerperio. Diseñada por Dayana Gutiérrez, Paula Pretel y Maria Quintero.	49
Tabla 16	Registro variable de redireccionamiento de neonato a otras RIAS. Diseñada por Dayana Gutiérrez, Paula Pretel y Maria Quintero.	50

LISTADO DE FIGURAS

		Págs.
Figura 1	Redes integrales de prestadores de servicios de salud. <i>Adaptado de:</i> Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. “Nuevo Modelo de Atención en Salud” Alcaldía Mayor de Bogotá D.C, Bogotá, 2018	23
Figura 2	Recurso humano en Salud. Tomado de: Nuevo modelo de atención- Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE	26
Figura 3	Flujograma adaptado para ruta materno perinatal HSB Subred Norte ESE: Realizado por Dayana Gutiérrez, Paula Pretel y Maria Quintero	38

RESUMEN

Diseño y prueba de instrumentos para la recolección de datos de la Historia Clínica del binomio madre-hijo con y sin anomalías congénitas craneofaciales

Antecedentes: La evidencia publicada muestra la importancia de los programas de atención para maternas, gestantes, los datos de la historia clínica permiten el diagnóstico temprano y facilitan identificar factores de riesgo que puedan alertar sobre la probabilidad de tener o llegar a desarrollar anomalías congénitas en su entorno familiar. Este proyecto pretende ser una primera etapa identificar el proceso de la ruta de atención materno-perinatal en la subred norte de Bogotá. **Objetivo:** Construir y validar un instrumento que permita el registro de variables que determinen la caracterización de la atención dada en el hospital Simón Bolívar-Subred norte, Bogotá a la materna y el niño(a) en el período 2018-2023. **Materiales y métodos:** Se identifica como se contextualiza y se adapta la resolución número 3280 de 2018, de la ruta perinatal nacional para la Subred Norte ESE de Bogotá. Se describe y se hace en tres pasos: primero: revisión documental, segundo con una entrevista semiestructurada a la persona encargada de la Ruta Materno Perinatal en la Subred Norte ESE, de acuerdo con el formato clínico utilizado en el periodo 2018-2023, se desarrolla una base de datos con los diferentes ítems y que permita recopilar todos los momentos de la ruta, así como la información de la historia clínica materna-perinatal. Luego, de realizar validación de constructo por expertos, para luego ejecutar la prueba piloto, utilizando una muestra de 10 historias clínicas, para dejar un instrumento validado para continuar el estudio denominado Impacto de la pandemia en la salud de niños y niñas con alteraciones congénitas craneofaciales en instituciones prestadoras de salud de Bogotá y Cali durante el periodo 2018-2023. **Resultados:** La ruta descrita se rige bajo la estipulada por el Ministerio de Salud en Colombia con algunas adaptaciones tales como la implementación de atención por trabajo social y atención por psicología como pasos independientes en la atención binomio madre -neonato en el Hospital Simón Bolívar, Bogotá. El instrumento tipo base de datos en Excel, fue validado con el análisis 10 historias clínicas, tomando de cada una de estas, variables que fueran indicador de presencia y ausencia de malformaciones congénitas craneofaciales y/o posibles factores de riesgo asociados, Posteriormente, fue validada por pares expertos, en donde se pudo comparar y complementar la base de datos del grupo de investigación con la base de datos del HSB, obteniendo así una base de datos definitiva y pertinente para futuros estudios. **Conclusiones:** Se desarrolla un instrumento validado para recolección de base de datos para continuar su implementación en el estudio: Impacto de la pandemia en la salud de niños y niñas con alteraciones congénitas craneofaciales en instituciones prestadoras de salud de Bogotá y Cali durante el periodo 2018-2023, aprobado por el comité de ética de la Universidad el Bosque CIE 2022-081 y del HSB protocolo SNCEI-174.

Palabras clave: malformaciones, congénitas, historia clínica, ruta, binomio

ABSTRACT

Design and Testing of Instruments for Data Collection from the Clinical History of the Mother-Child Binomial with and without Congenital Craniofacial Anomalies.

Background: Published evidence highlights the importance of maternal care programs for pregnant women. Clinical history data enables early diagnosis and facilitates the identification of risk factors that may indicate the likelihood of having or developing congenital anomalies within their family environment. This project aims to, in its initial stage, identify the process of maternal-perinatal care pathway in the northern region of Bogotá.

Objective: The objective of this project is to construct and validate an instrument that enables the recording of variables determining the characterization of care provided to mothers and children at the Hospital Simón Bolívar - Northern Subnetwork, Bogotá, during the period 2018-2023. This instrument will allow gathering accurate and relevant data about maternal-perinatal care at this hospital, contributing to the enhancement of the quality of health services offered to this population during the specified period. **Materials and Methods:** This study identifies how the resolution number 3280 of 2018, regarding the national perinatal route, is contextualized and adapted for the Northern Subnetwork ESE of Bogotá. It is described and carried out in three steps: First Document Review Firstly, a document review is conducted to examine how the national perinatal route resolution is applied and adapted to the specific context of the Northern Subnetwork ESE for the period 2018-2023. Second semi-Structured Interview Secondly, a semi-structured interview is conducted with the person in charge of the Maternal Perinatal Route in the Northern Subnetwork ESE. The interview is conducted according to the clinical format used during the period 2018-2023. The objective is to gather comprehensive information and data related to all aspects of the perinatal route and maternal-perinatal clinical histories. Third , Database Development and Data Collection Following the document review and the interview, a database is developed, consisting of various items, which allows the collection of all key moments of the perinatal route and relevant information from maternal-perinatal clinical histories. Subsequently, construct validation is performed by experts to ensure the reliability and validity of the data collected in the database. Finally, a pilot test is conducted using a sample of 10 clinical histories to validate and refine the instrument. Once validated, this instrument will be used to proceed with the study titled "Impact of the pandemic on the health of children with congenital craniofacial alterations in health care institutions in Bogotá and Cali during the period 2018-2023." **Results:** The described route follows the guidelines established by the Ministry of Health in Colombia, with some adaptations such as the implementation of social work and psychology care as independent steps in the care of the mother-newborn binomial at the Hospital Simón Bolívar, Bogotá. The Excel-based database instrument was validated through the analysis of 10 clinical histories, extracting variables indicative of the presence or absence of congenital craniofacial malformations and/or possible associated risk factors from each case. Subsequently, it was validated by expert peers, enabling a comparison and integration of the research group's database with the Hospital Simón Bolívar's database. This process resulted in a definitive and relevant database for future studies. **Conclusions:** A validated instrument for data collection has been developed to continue its implementation in the study: "Impact of the pandemic on the health of children with congenital craniofacial alterations in health care institutions in Bogotá and Cali during the period 2018-2023." This study has been approved by the Ethics Committee of Universidad el Bosque (CIE 2022-081) and the Hospital Simón Bolívar (protocol SNCEI-174).

KEYWORDS: malformations, congenital, clinical history, route, binomial.

INTRODUCCIÓN

Las malformaciones congénitas craneofaciales son algunas de las patologías más comunes durante la edad pediátrica, siendo una alteración morfológica que es clínicamente diagnosticable, con un aceptable grado de certeza, a cualquier edad antes del nacimiento o después de éste (1,4). Estas, representan entre 10 y 15 % de las anomalías congénitas siendo las hendiduras orofaciales una de las más comunes y más graves. Su frecuencia es muy variable dependiendo de las poblaciones. Un caso de hendidura orofacial ocurre por cada 500 a 550 nacimientos aproximadamente [2].

Durante los últimos 20 años las malformaciones congénitas son la principal causa de mortalidad infantil en los Estados Unidos con una de cada 5 muertes y la segunda causa en Colombia desde 1994 (3). Estas malformaciones congénitas craneoencefálicas pueden clasificarse en dos grupos: menores o mayores. Las menores, son características morfológicas funcionales y estéticamente inconsecuentes que provienen de pequeños errores de la morfogénesis y se consideran indicadores de alteraciones durante el desarrollo temprano. Entre las anomalías menores se encuentran la fosita preauricular, el tubérculo preauricular, hipertelorismo, microtia y apéndice preauricular. La presencia de dos o más anomalías menores puede sugerir la existencia de una anomalía mayor. Las anomalías mayores, como la hendidura labiopalatina, son diagnosticadas fácilmente al nacer y es probable que estén acompañadas de anomalías menores, que afectan al paciente y a sus familiares cercanos [4].

Wyszynski y colaboradores, en el 2006, propusieron hacer un estudio pormenorizado de las anomalías menores y mayores en pacientes con hendiduras faciales. Afirman que con ello se puede llegar a diagnósticos mejores y más precisos, al complementar la historia clínica con exámenes y medios diagnósticos específicos. En cada caso individual es posible identificar síndromes que pueden afectar a otros miembros de la familia. Con esta información se profundiza en estudios etiológicos y genéticos, para establecer el tratamiento oportuno, una guía para el paciente, su familia y el riesgo de aparición de nuevos casos. La identificación adecuada de anomalías menores a las que muchas veces el clínico no les presta adecuada atención cobra una gran importancia en la identificación de malformaciones no diagnosticadas y síndromes asociados [5] El proyecto Fase de Diseño y prueba de instrumentos de recolección: Historia Clínica, desarrollo, prueba y validación de la

herramienta se realiza a partir del formato de historia clínica para registrar información importante basados en variables sociodemográficas, ambientales, administrativas, materna, familiares y de salud. de la madre y neonato de la subred norte de Bogotá, con o sin malformaciones congénitas craneofaciales

2. MARCO TEÓRICO

Las anomalías congénitas se pueden definir como anomalías estructurales o funcionales, incluidos los trastornos metabólicos, presentes al nacer. Estos defectos de origen prenatal resultan de embriogénesis defectuosa o anomalías intrínsecas en el proceso de desarrollo. Los defectos de nacimiento se pueden aislar anormalidades o parte de un síndrome y continúan siendo una importante causa de morbilidad neonatal e infantil y mortalidad [6]

HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica se puede definir como un documento donde se recoge la información que procede de la práctica clínica relativa a un paciente, y donde se mencionan todos los procesos a los que ha sido sometido. Este documento forma parte importante en la atención adecuada e integral del paciente. Es un documento médico-legal que avala la actuación del personal médico [7]

CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA

- Su práctica es obligatoria: Es un elemento indispensable al momento de la atención clínica, no se puede omitir su diligenciamiento, ya que es de suma obligatoriedad para así ejercer una atención de calidad. [7]
- Es irremplazable: No puede ser reemplazada por grabaciones de voz u otro tipo de medio audiovisual. Debe estar diligenciada correctamente en los formatos estipulados por cada entidad de salud. [7]
- Es privada y pertenece al paciente: Ningún profesional puede divulgar información diligenciada en la historia clínica del paciente. Así mismo, el paciente tiene derecho a saber toda la verdad acerca de diagnósticos y tratamientos que queden estipulados en el momento que desee. [7]

PARTES DE LA HISTORIA CLÍNICA

- ***INTERROGATORIO:*** Es un punto importante para generar confianza y una buena relación paciente- profesional de salud. En este ítem, se debe evaluar datos

personales, motivo de consulta y enfermedad actual (describirlo tal cual como lo mencione el paciente). [7]

- *EXAMEN FÍSICO INICIAL:* El profesional médico realiza una inspección de auscultación, palpación, percusión y apreciación visual. [7]
- *DIAGNÓSTICO DE INGRESO:* Permite orientar el tratamiento a seguir, hipótesis de un posible diagnóstico, guiar el pronóstico y controlar el resultado de la intervención médica.[8]

MARCO NORMATIVO GENERAL

Según la resolución número 3280 de 2018 expedida por el ministerio de salud y protección social en Colombia , se adoptan lineamientos técnicos y operáticos de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal, integrando las intervenciones individuales, colectivas, poblacionales y las acciones de gestión pública , requeridas para la promoción de la salud y la gestión oportuna e integral de los principales riesgos en salud de los individuos, las familias y las comunidades, como parte de la garantía del derecho a la salud. Por lo cual, la ruta integral de atención en salud materno perinatal, es una herramienta operativa de obligatorio cumplimiento en todo el territorio nacional. (18)

RUTA DE ATENCIÓN MATERNO- PERINATAL MINISTERIO DE SALUD

Se busca garantizar la atención integral en salud de las gestantes, sus familias y comunidades, a partir de intervenciones de valoración integral de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud. Todo esto, estableciendo las disposiciones técnicas y operativas de obligatorio cumplimiento para la prestación de este servicio a recién nacidos y mujeres(18).

A continuación, se transcribe de documento Ministerio de Salud. (2017) Lineamiento técnico y operativo de la ruta integral de atención en salud materno perinatal.

1. POBLACIÓN SUJETO Y ALCANCE

- Todas las mujeres con intención reproductiva a corto plazo, las mujeres gestantes, en parto y posparto, red de cuidado y el recién nacido hasta los 30 días de su nacimiento, que habitan en el territorio colombiano. [23]

2. INTERVENCIONES COLECTIVAS

- Se propone el fortalecimiento de la red de cuidado familiar y comunitario, entendiendo la red como una estructura de vínculos entre actores que actúan colectivamente para alcanzar un objetivo en común. El fortalecimiento de estos vínculos favorece el desarrollo de capacidades frente al autocuidado para la mujer, la madre y el recién nacido, la preparación para el parto y situaciones de emergencia. De igual manera, se ve reforzado en vínculo con la institucionalidad, con el fin de establecer sistemas de financiamiento y transporte comunitarios; creación o fortalecimiento de hogares maternos, y articulación de los Agentes de la Medicina Tradicional (AMT), como las parteras, al sistema de salud.
- Los entornos principales que se relacionan con las intervenciones colectivas a llevar a cabo son el entorno hogar, entorno comunitario y entorno laboral con la finalidad de tener un enfoque de acompañamiento a la gestante de forma integrada con los entornos previamente mencionados para apoyar la salud de las gestantes.[23]

3. INTERVENCIONES INDIVIDUALES

3.1 ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL

- Su finalidad es reconocer los derechos sexuales y reproductivos que conllevan a identificar riesgos y alternativas de concepción y así mismo adoptar las medidas necesarias para atenuar o eliminar riesgos. De igual forma y no menos importante el promover la salud de la mujer a fin de alcanzar la gestación en las mejores condiciones a partir de la evaluación de diferentes entornos y riesgos a los que ese encuentre expuesta promueve el diagnóstico y tratamiento oportuno de alteraciones que afecten la gestación. [23]

- A continuación, se relacionarán los datos más importantes que se deben evaluar en mujeres gestantes con el fin de hacer una historia clínica completa y dado el caso poder identificar factores de riesgo y tratarlos a tiempo. (tabla 1) [23]

TABLA #1 HISTORIA CLINICA

ANAMNESIS	EXAMEN FÍSICO	PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO EN SALUD
Antecedentes personales	Evaluar cada uno de los sistemas	Sospecha de enfermedad tromboembólica venosa
Antecedentes genéticos o familiares	Evaluar cavidad oral	Cesárea previa
Antecedentes ginecoobstétricos	Tomar medidas antropométricas (peso, talla, valorar estado nutricional)	Abortos previos, muerte fetal previa
Hábitos alimenticios, de higiene general, actividad física, hábitos de descanso y sueño, manejo de estrés y situaciones de alta tensión	Realizar valoración ginecológica completa incluida especuloscopia	Periodo intergenésico menos de 24 meses, Incompatibilidad Rh
Consumo de medicamentos		Preeclampsia en el embarazo anterior
Consumo de alcohol y sustancias psicoactivas		Antecedente de recién nacido con peso menos de 2500g, Antecedente de recién nacido macrosómico
Riesgo de deficiencia de calcio		Antecedente de hemorragia postparto, Antecedente de enfermedad trofoblástica gestacional
Valoración psicosocial		Antecedente de depresión postparto

VALORACION MUJER GESTANTE

- Acompañado de esta valoración inicial es importante acompañarlo con la toma de exámenes de laboratorio que deben ser llevados para lectura en consulta de control
- Indica suplementación con 0.4 mg de ácido fólico por día para la prevención de defectos del tubo neural.

3.2 CONTROL PRENATAL

- Se comprende por control prenatal al conjunto de atenciones que contribuyen a :
 1. Mejorar la salud materna
 2. Promover el desarrollo del feto
 3. Identificar e intervenir tempranamente los riesgos relacionados con la gestación
 4. Generar condiciones óptimas que permitan un parto seguro

3.2.1 PRIMERA CONSULTA PRENATAL

- La primera consulta prenatal deberá ser realizada por profesional en medicina o enfermería e incluye lo siguiente:
 - ANAMNESIS:
 - Se indaga y verifica los antecedentes personales, ginecológicos, obstétricos, familiares, de gestación actual y toxicológicos valorados en las anteriores consultas. En este caso se incluye antecedentes de violencia durante el último año, en dado caso que la respuesta sea si debe ser derivado a la Ruta Integral de Atención en salud para la población con riesgo o víctima de violencia.
 - EXAMEN FÍSICO
 - Realizar examen físico completo por sistemas, tomar medidas antropométricas (peso, talla, altura uterina y valor estado nutricional)
 - Registrar IMC y con base en este establecer las metas de ganancia de peso durante la gestación. Se debe realizar remisión de la gestante con IMC <20 kg/m² a un plan de manejo nutricional específico, debido alto riesgo de parto pretérmino.
 - Realizar valoración ginecológica, obstétrica y por último solicitar los exámenes paraclínicos:

- Urocultivo y antibiograma
- Hemograma y hemoclasificación
- Glicemia
- Prueba rápida para VIH
- Prueba treponémica rápida para sífilis
- Antígeno de superficie par hepatitis B

3.2.1.1 VALORACIÓN DE RIESGO MATERNO

- Con la información obtenida en la anamnesis, examen físico y exámenes paraclínicos se realiza una clasificación de riesgo influenciado por factores a los que puede estar expuesta la madre (biopsicosociales, enfermedades asociadas y propias de la gestación), dado que tienen mayor riesgo de morbimortalidad materna y perinatal con respecto a la población general.

3.2.1.2 PLAN DE CUIDADO

- FORMULACIÓN DE MICRONUTRIENTES:
 - ◆ Ácido Fólico: hasta la semana 12 de gestación para reducir riesgos de defectos del tubo neural (anencefalia o espina bífida).
 - ◆ Calcio: Suplencia con carbonato de calcio 1.200 mg/día a partir de la semana 14 para disminuir el riesgo de preeclampsia.
 - ◆ Hierro: Suplemento de hierro + ácido fólico de forma rutinaria a todas las mujeres gestantes de curso normal.
- VACUNACIÓN:
 - Toxoide tetánico diftérico del adulto (Td) según antecedente vacunal
 - Influenza estacional
 - Tétanos, difteria y Tos ferina acelular (Tdap)
- INFORMACIÓN EN SALUD:
 - Promover medidas higiénicas, hábitos alimentarios, actividad física recomendada, sueño, fortalecimiento redes de apoyo familiar y social
 - Orientar sobre signos de alarma como: hipertensión arterial, cefalea, trastornos visuales y auditivos, epigastralgia, edemas, disminución marcada o

ausencia de movimientos fetales, actividad uterina, sangrado genital, amenorrea o leucorrea o sintomatología urinaria

- Importancia de asistencia al curso de preparación para la maternidad y paternidad

3.4 CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD

- Es un proceso organizado de educación, realizado de manera interactiva entre el equipo de profesionales de salud y la mujer con su compañero, sus hijos(as) y su familia, o con la persona que ella considere como afectivamente más cercana. La intencionalidad es la de desarrollar capacidades para el cuidado de la salud durante la gestación, el parto y el puerperio, con el fin de promover el cuidado de la salud y disminuir el riesgo de morbilidad y mortalidad.
- Este curso tendrá una duración mínima de 7 sesiones de 60-90 minutos cada una, divididas de la siguiente manera:
 - Una sesión antes de la semana 14
 - Tres sesiones en el segundo trimestre
 - Tres sesiones en el tercer trimestre
- Su metodología se basa en el diálogo y sesiones grupales con el fin de compartir conocimientos, experiencias, habilidades y percepciones acerca del significado de la maternidad y paternidad, del cuidado propio y de los otros y de construir nuevos conocimientos basados en la práctica y valores para promover la salud de la mujer gestante. [23]

3.5 CONSULTA DE ODONTOLOGÍA

- Se realizará dos veces durante el embarazo (idealmente en el primer y segundo trimestre) y en aquellas en las cuales se identifiquen necesidades de atención resolutive se realizan las derivaciones para la ruta específica para la atención de las alteraciones de la salud bucal
- Serán mínimo dos consultas por profesional con una duración mínima de 30 minutos por sesión.

- Se lleva a cabo la aplicación de barniz de flúor tópico cada 6 meses, con la finalidad de remineralizar superficies y producir mayor resistencia a la caries. [23]

3.6 CONSULTA DE NUTRICIÓN

- La gestante debe recibir una alimentación equilibrada que proporcione los nutrientes adecuados para favorecer el crecimiento y desarrollo del niño (a), la calidad de la placenta, mantener el nivel de energía a lo largo del embarazo, parto y post parto prevenir anemias y activar la producción de leche. [23]

3.6.1 ANAMNESIS

- Valoración nutricional que incluye: paridad, edad gestacional, peso pre gestacional, revisión de las pruebas de laboratorio (glicemia, hemoglobina, cuadro hemático y otros), diagnósticos médicos (hipoglicemia, diabetes gestacional, hipertensión, hiperémesis, anemia, obesidad, bajo peso), verificación del consumo de suplementos de hierro, ácido fólico y calcio
- Toma de peso, talla, cálculo de índice de masa corporal (IMC) según edad gestacional, diagnóstico nutricional, plan de manejo y establecimiento de las metas de ganancia de peso durante la gestación. [23]
- Todas las mujeres gestantes deben recibir atención por nutrición al menos una vez, de preferencia al inicio del control prenatal.

3.6.2 PLAN DE MANEJO

- Si el valor nutricional es normal, oriente sobre estilos de vida saludable, actividad física, consumo de suplemento nutricional indicado (hierro, ácido fólico y calcio) adecuado descanso y lactancia materna
- En caso de encontrar en la valoración nutricional bajo peso para la edad gestacional, programe un plan dietario de ganancia de peso que incluya aumento de la ingesta calórica y proteica, con el fin de alcanzar un peso adecuado durante el seguimiento que garantice el éxito de la gestación.
- Si la valoración nutricional es sobrepeso u obesidad eduque para lograr modificaciones hacia hábitos y alimentación saludable, oriente el consumo del

suplemento nutricional indicado (hierro, ácido fólico y calcio), actividad física e indique periodicidad de los controles por nutrición.

3.7 ATENCIÓN DEL PARTO

- El parto debe darse en un ámbito institucional, sin embargo, no siempre ello es posible por dificultades de acceso o por usos y costumbres en el marco de la población étnica. Durante el control prenatal se ha dado el procedimiento de plan de parto que involucra decisiones respecto a la institución y el proveedor que asistirá el parto. Esta información debe ser provista por escrito por parte de la EPS a la usuaria.

3.7.1 ADMISIÓN DE LA GESTACIÓN EN TRABAJO DE PARTO

- Anamnesis
 - Identificación, motivo de consulta, fecha probable de parto, inicio de las contracciones, percepción de movimientos fetales, expulsión de tapón mucoso, ruptura de membranas y sangrado
 - Indagar por la presencia o ausencia de síntomas premonitorios de preeclampsia
 - Antecedentes médicos de importancia
 - Revisión completa por sistemas
 - Identificación de factores de riesgo y condiciones patológicas
- Examen Físico
 - Valoración general, en especial toma de signos, valoración ginecológica y valoración obstétrica
- Solicitud de exámenes paraclínicos
 - Valorar el riesgo obstétrico y las condiciones de acceso, socioeconómicas, cognitivas y de aseguramiento de la gestante para la toma de decisiones sobre la observación o la hospitalización de las pacientes que no cumplan con los criterios de admisión en el trabajo de parto

3.7.2 ATENCIÓN DEL PRIMER PERIODO DEL PARTO

- Se adopta la definición de la fase latente como el periodo del parto que transcurre entre el inicio clínico del trabajo de parto y a los 6 cm de dilatación. Se adopta la definición de la fase activa como el periodo del parto que transcurre desde una dilatación mayor a 6 y hasta los 10 cm y se acompaña de dinámica regular.
- La mujer en trabajo de parto debe ser acompañada de manera individual y de forma continua por la persona que ella elija
- Una vez decidida la hospitalización, se debe explicar a la gestante y a su acompañante la situación y el plan de trabajo. Debe ofrecerse apoyo físico, emocional y psicológico continuo durante el trabajo de parto y el parto.
- Diligenciar la partograma a todas las usuarias al inicio de la fase activa del trabajo de parto. En la partograma se registrará dilatación, borramiento, estación, estado de las membranas y variedad de posición.
- Se recomienda realizar exploraciones vaginales antes de 4 horas en las mujeres con alteraciones del progreso del parto o según criterio médico, ante la sospecha o la presencia de complicaciones, o si la mujer manifiesta sensación de pujos. Se recomienda hacer rutinariamente máximo 3 tactos vaginales. [23]
- Toda mujer tiene derecho a recibir métodos eficaces y seguros para el alivio del dolor durante el trabajo de parto (analgesia neuro axial)
 - Contraindicaciones de analgesia neuro axial:
 - Rechazo de la madre
 - Coagulopatía
 - Infección Local o sistémica
 - Hipovolemia no corregida

3.7.3 ATENCIÓN DEL EXPULSIVO

- La segunda etapa del parto o periodo expulsivo es aquella que transcurre entre el momento en que se alcanza la dilatación completa y en el que se produce la expulsión fetal. Esta etapa se subdivide en 2 fases:
 - Periodo expulsivo pasivo: dilatación completa del cuello, antes o en ausencia de contracciones involuntarias de expulsivo

- Periodo expulsivo activo: cuando el feto es visible o existen contracciones de expulsivo en presencia de dilatación completa o pujos maternos espontáneos en presencia de dilatación completa
- Inicialmente, es preciso evaluar el estado de las membranas, si se encuentran íntegras, se procede a la amniotomía y al examen del líquido amniótico. El pujo voluntario solo debe estimularse durante el expulsivo y en el momento de las contracciones.
- Una vez se da el nacimiento, se debe permitir inmediatamente el contacto piel a piel de la madre con el recién nacido.
- La mujer en trabajo de parto vaginal no instrumentado y sin complicaciones debe ser acompañada de manera individual y de forma continua por la persona que ella elija [23]

3.7.4 ATENCIÓN DEL ALUMBRAMIENTO

- Se realiza lo que se ha denominado como manejo activo del alumbramiento, que consiste en:
 - ◆ Dentro de un minuto del nacimiento se palpa el abdomen para descartar la presencia de otro feto y se administra un medicamento uterotónico (oxitocina)
 - ◆ Tracción controlada del cordón
 - ◆ Pinzamiento una vez cesado el latido del cordón en recién nacidos sin riesgos
 - ◆ Masaje Uterino
- ❖ Al visualizar la placenta, se toma con las dos manos, se inicia un movimiento de rotación para enrollar las membranas y favorecer la expulsión completa
- ❖ Después del alumbramiento se continua con una infusión IV de 5 a 10 unidades de oxitocina para prevenir la hemorragia posparto por atonía uterina. Este debe aplicarse antes de hacer suturas perineales

- ❖ Durante los siguientes minutos luego del parto se producen la mayoría de las hemorragias, por lo cual es preciso vigilar la hemostasia uterina, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:
 - Signos vitales maternos
 - Globo de seguridad
 - Sangrado genital
 - Revisar suturas vulvares o el sitio de la epistomía para descartar la formación de hematomas
- ❖ En caso de presentarse hemorragia, debe evaluarse la capacidad resolutive de la institución y, si es necesario, deberá ser remitida a un nivel de mayor complejidad, previa identificación de su causa[23]

3.8 ATENCIÓN DEL PUERPERIO

- Proveer una atención segura del puerperio a fin de prevenir detectar y controlar complicaciones del parto como la hemorragia posparto, la retención de restos y la infección puerperal
- Brindar información y asesoría en métodos anticonceptivos de acuerdo a criterio médicos de elegibilidad y a enfoque de derechos

En este periodo se reconocen 2 etapas:

- ◆ Puerperio inmediato: Comprende las dos primeras horas post parto. Durante este, se producen la mayoría de hemorragias, por lo cual es preciso vigilar la hemostasia uterina, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:
 - Signos vitales maternos
 - Globo de seguridad
 - Sangrado genital
 - Revisar las suturas vulvares o el sitio de la episiotomía para descartar la formación de hematomas
- ❖ Si no se producen alteraciones en este periodo, la madre debe trasladarse al sector alojamiento conjunto y allí se instruirá y apoyará sobre lactancia materna libre demanda, vacunación, puericultura, signos de alarma, consulta de puerperio y demás temática pertinente.

- ❖ En caso de presentarse hemorragia, debe evaluarse la capacidad resolutive de la institución y, si es necesario, deberá ser remitida a un nivel de mayor complejidad, previa identificación de su causa, estabilización hemodinámica e inicio del tratamiento, asegurando su ingreso en la institución de referencia.
 - ❖ El alta hospitalaria se debe dar a las 24 horas de un parto vaginal y de 48 después de una cesárea como mínimo
 - ❖ Se debe realizar tamizaje para depresión posparto.
 - ❖ Antes del alta del hospital es el momento ideal para completar el esquema de inmunizaciones a las mujeres con aquellas vacunas que no se hayan podido administrar durante la gestación, como el toxoide tetánico.
 - ❖ Informar sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva, puericultura básica, alimentación balanceada adecuada para la madre, fortalecimiento de los vínculos afectivos, la autoestima y el autocuidado, la importancia de la actividad física progresiva para proveer la recuperación de tono muscular de la mujer
 - ❖ Proveer los anticonceptivos antes del alta hospitalaria se deberá partir de anteriores asesorías anticonceptiva que debieron hacerse como parte de los controles antenatales.
- [23]

3.9 ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

- ❖ Emergencias obstétricas más frecuentes:
 - ◆ Hemorragia obstétrica posparto
 - ◆ Urgencias y emergencias hipertensivas del embarazo
 - ◆ Sepsis
- ❖ Emergencias hipertensivas del embarazo
 - En primera instancia se considerará a toda gestante con criterio de hipertensión debe ser remitida como urgencia a nivel superior de complejidad donde se puedan estudiar la afectación en órgano blanco y manejar las complicaciones maternas y fetales
 - Preeclampsia severa

- SÍNTOMAS PREMONITORIOS:

1. TAS > 160 mmHg y /o TAD >110 mmHg
2. Presencia de signos premonitorios: (cefalea global o en “casco”, fosfenos o visión borrosa, tinitus); epigastralgia irradiada a hipocondrio derecho; clonus; oliguria
3. Compromiso de órgano blanco materno:
 - Paraclínico: hemograma con plaquetas menor 100.000; LDH mayor 600 mg/dl; AST Y ALT mayor 70 mg/dl (síndrome HELLP) creatinina mayor 1,2 mg/dl.
 - Clínico: Edema agudo de pulmón – injuria renal aguda- infarto agudo de miocardio.
4. Compromiso fetal: Restricción crecimiento intrauterino

◆ Crisis hipertensiva

- Se define como un caso en el que durante el embarazo o el puerperio presente TAS > 160 mmHg y/o TAD > 110 mmHg en una toma con o sin síntomas premonitorios de eclampsia.

◆ Eclampsia

- Se define como un caso de gestante con embarazo de 20 semanas o más o en las primeras tres semanas del puerperio con criterios de trastorno hipertensivo del embarazo que presenta convulsión o coma.
- Una vez estabilizada la paciente, se remitirá a un nivel superior que garantice la atención por especialista tanto a la madre como al neonato.

3.10 ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

- Conjunto de procedimientos para el acompañamiento y la asistencia a los recién nacidos y sus familias o acompañantes en el proceso fisiológico de la adaptación neonatal y su adecuada transición a la vida extrauterina.

- El nacimiento debe darse en un ámbito institucional, sin embargo, no siempre ello es posible por dificultades de acceso o por usos y costumbres en el marco de la población étnica. [23]

3.10.1 Enfoque antenatal de riesgo

- Exige la realización de una historia clínica dirigida a la identificación de factores de riesgo prenatales, perinatales y neonatales para el recién nacido. Adicionalmente a los factores de riesgo biológico, se requiere tener en cuenta los factores de riesgo biopsicosocial definidos en la historia clínica del CLAP.

3.10.2 Atención del recién nacido en sala de partos/nacimientos

- La atención inmediata en sala de partos/ nacimientos requiere la realización previa de la historia clínica con enfoque de riesgo antenatal.
- La secuencia de atención es:
 1. Limpieza de las vías aéreas: En el momento en que el recién nacido asome la cabeza, se deben limpiar manualmente las secreciones primero de la boca y luego de las fosas nasales
 5. Secado del recién nacido: Una vez el recién nacido se encuentra fuera del canal del nacimiento, se debe proceder al secado completo.
 6. Observación de la respiración o llanto, y el tono muscular: La limpieza de las vías aéreas y el secado estimulan al recién nacido. Si el niño se encuentra en apnea, debe iniciarse la atención del recién nacido deprimido con ventilación con presión positiva.
 7. Pinzamiento oportuno y corte del cordón umbilical: se debe realizar entre el segundo y tercer minuto de nacido o cuando este deje de latir.
 8. Continuar con el contacto piel a piel con la madre si las condiciones clínicas lo permiten: debe presentarse el recién nacido a la madre y al padre o al acompañante con el objeto de favorecer la relación vincular de los padres o del acompañante al parto.
 9. Lactancia materna: Se recomienda iniciar la lactancia materna durante el contacto piel a piel siempre que la madre esté en condiciones de llevarlo a cabo.
 10. Limpieza de las secreciones de la boca nuevamente, si es necesario.

11. Continuación del apoyo a la adaptación neonatal inmediata mientras se encuentra en contacto piel a piel y debe evitarse la separación binomio madre-hijo
12. Valoración del APGAR: Se debe valorar la vitalidad y reactividad del recién nacido con la escala de Apgar al minuto y a los 5 minutos para describir de forma estandarizada la vitalidad, teniendo en cuenta, de forma especial, la evaluación del tono muscular, el esfuerzo respiratorio y la frecuencia cardíaca.
13. Examen físico neonatal inicial: Luego de los primeros 60 minutos de vida (después del contacto piel a piel con la madre y de la consolidación de la adaptación neonatal) y dentro de los primeros 90 minutos de vida se procederá a un examen breve, el cual busca evaluar la adecuada transición del recién nacido a la vida extrauterina, identificar el sexo, detectar anomalías congénitas tempranas y ofrecer información del estado físico inicial del recién nacido a los padres
14. Identificación del recién nacido y expedición del certificado de recién nacido vivo: Debe realizarse frente a la madre y antes de su separación siempre y cuando no interfiera con la conducción o inducción de la adaptación neonatal.
15. Profilaxis umbilical: Se debe realizar la ligadura del muñón umbilical con una liga de caucho o una liga equivalente que sea efectiva y segura.
16. Profilaxis ocular: Para la prevención de la oftalmía neonatal se debe realizar con solución oftálmica de povidona iodada una gota en cada ojo, dosis única.
17. Profilaxis de la enfermedad hemorrágica del recién nacido: Se debe aplicar vitamina K 1 mg por vía intramuscular en la región anterior del muslo en dosis única.
18. Toma de muestra de sangre de cordón: Se tomará muestra de sangre del cordón para la hemoclasificación neonatal, para el tamizaje de hipotiroidismo congénito con TSH neonatal y para la realización de otras pruebas de laboratorio según los antecedentes maternos identificados.
19. Toma de medidas antropométricas: Se deben tomar medidas de peso, talla, perímetro cefálico y perímetro torácico a todos los recién nacidos, y se deben registrar en la historia clínica.

20. Registro de los datos en la historia clínica: Deben registrarse todos los detalles del nacimiento y de los procedimientos realizados al recién nacido. [23]

3.10.3 Cuidados durante las primeras veinticuatro horas de vida

- Durante las primeras veinticuatro horas de vida, se debe acompañar y vigilar la transición del niño a la vida extrauterina
 - Indagar sobre lactancia materna, dificultad respiratoria, presencia de micción o de meconio y sobre signos de alarma.
 - Realizar examen físico general
 - Vigilar condiciones higiénicas y del vestido
 - Revisar los resultados de la hemoclasificación y averiguar sobre el procesamiento o resultados de los demás exámenes solicitados.
 - Remitir al recién nacido a institución de complejidad suficiente y con capacidad resolutive en caso de que se requiera.
 - Educar a los padres y acompañantes sobre los cuidados del recién nacido.

❖ Realizar las siguientes actividades:

- Vacunar: Se debe realizar según las disposiciones vigentes del Programa Ampliado de Inmunizaciones. Se debe aplicar la primera dosis de vacuna contra hepatitis B y una dosis de vacuna de BCG contra la tuberculosis.
- Realizar tamizaje de errores innatos del metabolismo: La detección de errores innatos del metabolismo se realizará en el país atendiendo los criterios de progresividad
- Realizar tamizaje auditivo: El tamizaje auditivo neonatal es de carácter obligatorio. Su implementación atenderá los criterios de progresividad y adaptabilidad que se requieren a nivel territorial para garantizar su realización. Debe realizarse idealmente a las 24 horas de nacido o antes de la salida de la institución de salud.

- Realizar tamizaje de cardiopatía congénita: Se debe realizar a las 24 horas de nacido y en caso de continuar en el hospital, a las 48 horas nuevamente.
- Brindar educación sobre: Lactancia materna exclusiva, puericultura, baño, vestido, cuidado del ombligo, evitar contacto con personas fumadoras, evitar uso de accesorios que puedan producir lesiones o complicaciones al recién nacido, importancia de la comunicación amorosa con el niño o la niña y del fortalecimiento de vínculos afectivos entre madre, padre e hijo o hija.
- Entregar el certificado de recién nacido vivo y orientar acerca de la expedición del registro civil.

4.10.4 Decisión del egreso hospitalario

- Se debe dar salida al recién nacido después de 24 horas postparto siempre y cuando tenga los criterios para el alta. En caso de nacimiento por cesárea o padecimiento de riesgos, la salida debe darse luego de 48 horas si cumple con los criterios para el egreso.
- Los criterios para el egreso hospitalario del recién nacido sano son:
 - Recién nacido con examen clínico normal
 - Adecuada succión y deglución del recién nacido
 - Adecuada técnica de amamantamiento que sea revisado por profesional de medicina y/o de enfermería.
 - Acceso a acompañamiento para la lactancia. Se debe verificar el cumplimiento de las condiciones para apoyar la lactancia materna. Como asignar la cita de control del recién nacido por pediatría o medicina, asignar la cita para valoración de la lactancia materna por medicina, enfermería, o nutrición, programar visita domiciliaria cuando se requiera (de acuerdo con lo que se describe en relación al control del puerperio y al control ambulatorio del recién nacido), asignar una sesión individual de educación o una sesión grupal de educación para la salud, y/o garantizar que un profesional asesor de lactancia materna

responda inquietudes de las madres, padres o familiares, dentro de otras posibles estrategias.

- Evidencia de mínimo una micción y una deposición del recién nacido
- Tener registro del resultado de la pulso-oximetría preductal (en mano derecha) y postductal (en pies).
- Tener registro del valor de la tensión arterial del recién nacido en las cuatro extremidades.
- Conocimiento del resultado de la hemoclasificación del recién nacido.
- Recién nacido que haya recibido dos vacunas al nacimiento
- Descartar factores de riesgo familiar y social
- Salida del recién nacido y la madre en el mismo momento
- Condiciones maternas aptas para la salida presentadas por el servicio de ginecoobstetricia
- Tener cita de control asignada entre los siguientes tres a cinco días para la madre (control puerperio) y para el recién nacido (control ambulatorio del recién nacido) por el equipo médico. Esta cita de control se realizará según la coordinación entre el asegurador y el prestador para garantizar su oportunidad y cumplimiento.
- En caso de que haya largas distancias entre el hospital o centro de salud y la casa, se debe garantizar que el recién nacido y la mujer tendrán acceso a los controles del puerperio y del recién nacido.
- La hora de salida de la institución no debe generar riesgos para la seguridad del recién nacido y de la familia, así como para su comodidad.

[23]

ORGANIZACIÓN DEL NUEVO MODELO DE SALUD EN BOGOTÁ

1. Caracterización de la población.
2. Rutas integrales de Atención de Salud (RIAS)
 - Cuenta con 3 rutas principales, fundamentales para la estructuración metodológica de un plan de cuidado que garantiza el acceso a atenciones e intervenciones en salud, promoviendo un alto nivel de bienestar individual y colectivo:

- a. Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud: desarrolla sus acciones en todos los momentos del curso de vida (primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez).
- b. Ruta integral de atención para grupos de riesgo: Identificación oportuna de factores de riesgo y sus intervenciones individuales, colectivas o poblacionales. [23]

3. Rutas integrales de atención específica: Acciones de recuperación, rehabilitación y paliación

- A partir de estas rutas principales, se ha implementado un total de 7 RIAS mencionadas a continuación:

1. Para la promoción y el mantenimiento de la salud

2. Para población materno- perinatal

3. Para población con riesgo presencia de cáncer

4. Enfermedad obstructiva pulmonar crónica (EPOC)

5. Para la población con riesgo o presencia de alteraciones cardio- cerebro- vascular- metabólicas manifiestas

6. Atención a población con riesgo o presencia de trastornos psicosociales y del comportamiento

4. Gestión Integral de Riesgo de Salud (GIRS)

- Identificación, análisis y clasificación del riesgo individual y colectivo de la población en un territorio, basados en entornos, circunstancias y condiciones particulares (entorno social, ambiental, hogar, laboral, comunitario, etc.) que puedan afectar la salud de la población. Así mismo, permite anticiparse a enfermedades y traumatismos para que no se presenten, o si los padece dar una atención temprana, efectiva y realizar un seguimiento y control para que no se presenten casos que comprometan o empeoren las condiciones de salud de cada uno de ellos. [23]

5. Delimitación territorial del Nuevo Modelo de Atención en Salud.

- El nuevo modelo de atención en salud reconoce tres tipos de ámbitos territoriales basados en sus características diferenciales (sociales, geográficas, étnicas de género, etc.):
 1. Urbano
 2. Altamente rural
 3. Disperso
- 6. Redes integrales de prestadores de servicios de salud.
- Conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, ubicados en el ámbito territorial



Gráfico 1 adaptado de: Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. "Nuevo Modelo de Atención en Salud" Alcaldía Mayor de Bogotá D.C, Bogotá, 2018

Atención ambulatoria: dada por los centros de atención primaria en salud (CAPS), encargados de permitir prestar servicios ambulatorios con alta capacidad resolutiva y oportunidad. Son el centro principal de las rutas de atención.

- ✓ Prestador primario: dada por el equipo comunitario.

- ✓ Prestador complementario: dada por las unidades médicas Hospitalarias Especializadas en salud (UMHES) encargadas de orientar a las actividades finales como son egresos, cirugías y urgencias.

Esta red busca garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral y resolutiva a la población bajo principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad, en complemento con recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar una gestión adecuada a la atención y obtener buenos resultados en salud.

➤ SUBREDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD

- ESE Norte
- ESE Sur
- ESE Centro oriente
- ESE Sur occidente

➤ SALUD PÚBLICA SUB RED NORTE ESE

◆ Cuenta con 5 CAPS:

- Verbenal
- San Cristóbal
- Chapinero
- Suba
- Emaús

◆ La sub red norte cuenta con 4 UMHES:

- Simón Bolívar
- Fray Bartolomé
- CSE Suba
- Engativá calle 80

7. Rol del asegurador.

- Los aseguradores deben garantizar la capacidad técnica para la gestión de riesgo en salud de sus afiliados y la interacción con todos los actores del sistema. La sub red norte ESE tiene a la mayoría de usuarios inscritos a la EPS del distrito (Capital Salud).

8. Sistema de incentivos.

- El NMR (nuevo modelo de remuneración) es un mecanismo de pago por desempeño o resultados que busca mejorar la calidad de la atención en salud de la población de régimen subsidiado afiliado a Capital Salud y el equilibrio financiero del asegurador (Capital salud) y el prestador (Subredes integradas de servicios de salud ESE). Es un pago que incentiva la eficiencia en la utilización de recursos humanos y físicos del prestador y al cumplimiento en indicadores de calidad. (16)

9. Sistema de información.

- Es una herramienta indispensable para recoger, analizar y disponer de información que permita centrar la atención en el usuario. Servinte permite ingresar los procesos y operaciones de las instituciones prestadoras de servicios de salud teniendo como objetivo principal el manejo de la historia clínica (17)

10. Recurso humano en salud.

- Quienes pertenecen a esta área deben desarrollar diferentes habilidades y competencias para desarrollar el modelo de atención, por lo cual es de gran importancia socializar e informar acerca de temas como:
 4. Modelo de atención
 5. RIAS
 6. Guías de práctica clínica
 7. Manual de atención al ciudadano
 8. Acreditación en salud
 9. Seguridad en la atención

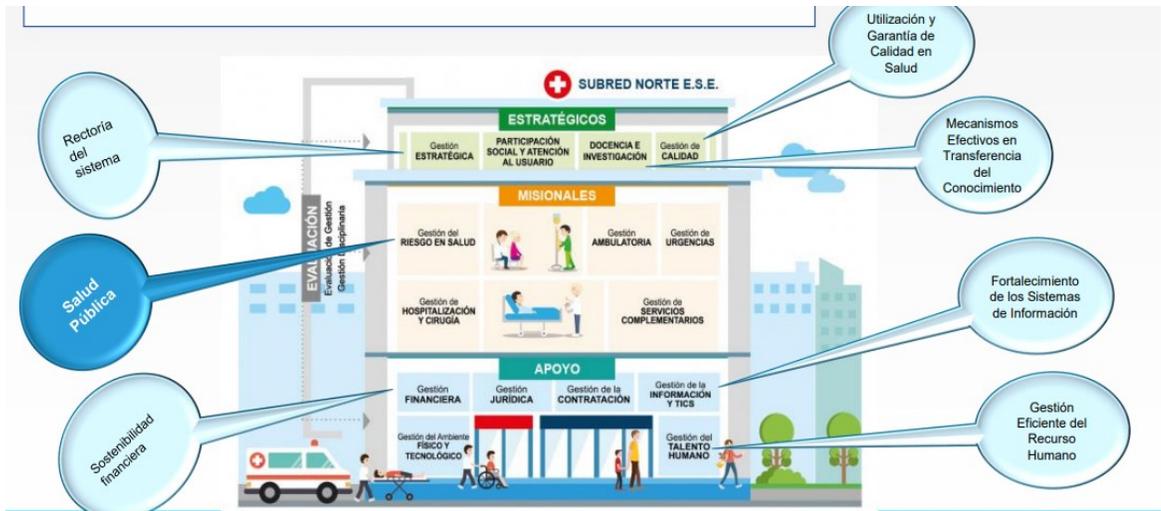


Gráfico 2 tomado de: Nuevo modelo de atención- Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos congénitos se conocen también con el nombre de anomalías congénitas, malformaciones o defectos congénitos. Pueden definirse como anomalías estructurales o funcionales que ocurren durante la vida intrauterina y pueden detectarse en el periodo prenatal, en el parto o en un momento posterior de la primera infancia. En un sentido general, «congénito» se indica que la anomalía existe desde el nacimiento o antes [11]. Las malformaciones craneofaciales son las anomalías congénitas más frecuentes en humanos, pero se sabe muy poco acerca de su etiología [12]. Se han reconocido factores modificables, tales como exposiciones farmacológicas, factores ambientales, herencia multifactorial, condiciones relacionadas con la madre y el abuso de sustancias psicoactivas o exposición a sustancias químicas. Otros factores incluyen la genética, pero la mayoría de las malformaciones craneofaciales se deben a causas inexplicables [13].

Estos trastornos congénitos, requieren un manejo interdisciplinario temprano ya que tienen un impacto en la vida de los niños y sus familiares, teniendo en cuenta que estas malformaciones van dejando secuelas como el déficit cognitivo o la alteración de la apariencia facial; por lo que el diagnóstico temprano puede prevenir futuras complicaciones que deterioran la salud o que generan un sobre costo para el sistema de salud [14].

Un estudio realizado en el 2021 por Townsend y Rosemary, demostró que hubo una caída significativa en la asistencia a los controles de embarazo durante época de pandemia, especialmente en personas de bajos recursos, lo que sustentaría que el acceso reducido a la atención puede haber empeorado los resultados del embarazo durante este periodo y por el cual se vio afectado el manejo oportuno durante pandemia COVID-19 frente a estas anomalías [15].

Existe poca evidencia en la literatura a nivel nacional (Colombia), de malformaciones congénitas craneofaciales durante el periodo (2021-2023). Y aunque existen diversidad de estudios realizados sobre el tema, muchos de ellos no evidencian relaciones estrechas de su aumento de prevalencia en esta época. A partir de lo anteriormente expuesto, podemos determinar que hacen falta estudios o herramientas que retomaran la problemática de cómo se relaciona con diferentes variables (sociales, económicas, culturales, atención en salud, administrativas, entre otras), que influyen en la incidencia, severidad y manejo de

malformaciones congénitas craneofaciales durante la época de pandemia Covid-19.

La historia clínica es una de las formas de registro del acto médico, cuyas cuatro características principales se encuentran involucradas en su elaboración y son: profesionalidad, ejecución típica, objetivo y licitud. En ella se registran datos de una extrema intimidad, pues el enfermo sabe que cualquier distorsión en la información puede redundar en su propio perjuicio. [22]

La importancia del diagnóstico radica en varios aspectos: aclara lo que no se conoce, con el fin de evaluar la gravedad del asunto; orienta el camino terapéutico que se debe seguir; organiza la secuencia de eventos, encaminada a buscar la curación o el alivio; integra el concurso de recursos técnicos y humanos para tales fines; controla el resultado de la intervención médica; es la base para efectuar pronósticos; en fin, es la esencia misma del acto médico. Los tipos de diagnóstico son: anatómico, por síndromes, de impresión o de presunción, fisiopatológico, diferencial, por exclusión, etiológico y anatomopatológico. [20]

4. JUSTIFICACIÓN

En este estudio, se pretende diseñar y validar un instrumento que permita analizar la atención brindada a maternas en la Subred Norte en niños y niñas con malformaciones congénitas durante el periodo 2018-2023. Este instrumento permite registrar datos que brindarán información importante basados en variables sociodemográficas, ambientales, administrativas, materna, familiares y de salud identificadas en el registro de historias clínicas, con base en la Ruta Materno Perinatal de Colombia y sus adaptaciones en esta Sub Red.

Se ha estimado que el 10% de las malformaciones son atribuibles a factores ambientales, el 25% a factores genéticos y el 65% a factores desconocidos probablemente de orden multifactorial. [10]

Se describen las condiciones en que vive una madre durante el embarazo, las cuales pueden ser un factor determinante para el desarrollo de dichas malformaciones por lo que es necesario acudir a medidas preventivas como mejorar la dieta de las mujeres en edad fértil, garantizando un aporte suficiente de vitaminas y minerales en la alimentación, en especial de ácido fólico, mediante el suministro diario de complementos por vía oral o el enriquecimiento de alimentos básicos como las harinas de maíz o de trigo; se debe evitar la exposición ambiental a sustancias peligrosas, como los metales pesados y los plaguicidas, durante el embarazo y asegurar que las mujeres eliminan o restringen el consumo de sustancias nocivas, particularmente el alcohol. Por otra parte, prevenir la diabetes preconcepcional y gestacional, a través de asesoramiento, control del peso, dieta y administración de la insulina cuando sea necesario; a radiaciones por razones médicas esté justificada, basándose en un análisis cuidadoso de las ventajas y los riesgos para la salud, y de igual forma mejorar la cobertura del esquema de vacunación. (González et al., 2012) [21]

5. SITUACIÓN ACTUAL

Las malformaciones congénitas se definen como defectos estructurales y primarios de un órgano o parte del mismo, que resultan de una anomalía inherente al desarrollo ya sea por una interrupción en su fase inicial que afecta aproximadamente el 3 a 5 % de los recién nacidos y son la causa importante de morbilidad se estima que el 70% de recién nacidos fallecen a causa de malformaciones congénitas en el primer mes de vida. Las malformaciones son defecto de estructura durante la embriogénesis en general las deformaciones y las destrucciones son extrínsecas al feto y de origen intrauterino. Existen varias causas por la cual aumenta la probabilidad de este defecto, entre ellos los más relevantes en el caso son la deficiencia de ácido fólico, factor socioeconómico, ambiental y alta deficiencia de controles prenatales. [24]

Dicho esto, las formas de diagnóstico pueden ser durante el embarazo con ecografías o en el nacimiento por observación, cabe recalcar que no existe tratamiento y por lo general el feto muere luego de nacer, es decir que no son compatibles con la vida

Se realizó un estudio de paciente de 34 años multípara con 21 semanas de gestación con un periodo intergenésico de 2 meses, su último embarazo terminó en aborto y déficit de controles prenatales. Durante el estudio ecográfico se diagnosticó anencefalia con 21 semanas de embarazo dando resolución al caso con aborto terapéutico [19]

La malformación congénita del feto demuestra que alguno de los factores que presentaba la paciente fue el responsable de tal consecuencia que en ella eran: deficiencia de ácido fólico, vivía en zona rural cerca de sembríos por lo que se exponía a fumigaciones de pesticidas, la edad materna que, aunque se encontraba casi en el límite del rango puede existir un mayor deterioro sistemático por la falta de alimentación con nutrientes esenciales que tenía ella y la falta de vacunación y tratamiento contra infecciones. [19]

Con respecto a la falta de diagnóstico oportuno de la malformación se atribuye a la falta de controles prenatales y de forma más directa la ausencia de control ecográfico. De ahí cabe recalcar la importancia de que toda mujer en edad reproductiva no solo lleve una suplementación nutricional adecuada, sino que, acuda a controles subsecuentes pre y post concepción y planifique sus embarazos con anticipación. Esto evitaría trastornos físicos y psicológicos. [19]

Según Penedo, se considera que una de las ecografías más importantes es la medición de pliegue nuchal del feto. El cuál es un parámetro relevante en el cribado de alteraciones cromosómicas, más conocido como triple screening, En este cribado se combina la edad materna, la medida del pliegue nuchal y dos marcadores bioquímicos que se extraen de una muestra de sangre materna. [19]

Es importante prevenir las anomalías congénitas ya que estas generalmente son irreversibles y marcan física y psicológicamente la vida tanto de la madre como del producto. Además, se explican las herramientas que sirven para planificar un embarazo seguro con mucha más probabilidad de llegar a término con éxito para el binomio y brindar una conducta obstétrica adecuada. [19]

6. OBJETIVOS

6.1. OBJETIVO GENERAL

- Construir y validar un instrumento que permita registrar las variables que permitan caracterizar los pacientes y la atención materna en el hospital Simón Bolívar, Bogotá en el período 2018-2023.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir la ruta de atención del binomio, madre e hijo en el HSB Subred Integrada de Servicios de Salud Norte.
- Diseñar un instrumento que permita registrar variables que sean indicador de presencia y ausencia de malformaciones congénitas craneofaciales y/o posibles factores de riesgo asociados, caracterizando a la materna en el hospital Simón Bolívar, Bogotá en el período 2018-2023.
- Validar el instrumento diseñado para la revisión de historias clínicas de la materna, atendida en la Subred Norte, que permitan identificar la presencia o ausencia de casos con malformaciones, así como caracterizar y registrar los datos durante la atención en la SubRed Norte ESE de Bogotá en el período 2018-2023.

7. METODOLOGÍA DEL PROYECTO

7.1 TIPO DE ESTUDIO

- Construcción y validación de instrumento para recolección de base de datos

7.2 MUESTRA

Historias clínicas de maternas que asisten al HSB de la SubRed Norte ESE con antecedentes médicos que sugieran presencia de malformaciones congénitas en neonato, cuyo dictamen haya sido dado en la Subred Norte y su nacimiento haya sido en el mismo durante el periodo 2018-2023
Unidad de estudio: Historia clínica.

Datos de la Historia clínica

- Caso: Madre y niño o niña menor de 1 año de edad con diagnóstico de malformación congénita craneofacial, cuyo dictamen haya sido dado en el Hospital Simón Bolívar (Bogotá) y su nacimiento haya sido en el mismo durante el periodo 2018-2023, con atención prenatal, puerperio y postnatal en la subred norte de salud del distrito de Bogotá.
- Control: Madre y niño o niña menor de 1 año de edad sin diagnóstico de malformación congénita craneofacial, cuyo nacimiento haya sido dado en el Hospital Simón Bolívar (Bogotá) durante el periodo 2018-2023, con atención prenatal, puerperio y postnatal en la subred norte de salud del distrito de Bogotá.

7.3 MÉTODOS Y TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

7.3.1 CARACTERIZACIÓN DE RUTA MATERNO PERINATAL

Esta caracterización se realizó basada en la lectura de la ruta materno-perinatal estipulada por el ministerio de salud en Colombia, en conjunto con una entrevista realizada a un líder de la ruta materno perinatal de la Subred Norte ESE. Posterior a este análisis y con la información recopilada, se realizó un flujograma, en el cual se describió el paso a paso que sigue el Hospital Simón Bolívar para llevar a cabo la ruta anteriormente mencionada y permitió identificar variables importantes que afectan o pueden llegar a afectar a la madre - neonato.

7.3.2 CREACIÓN DE INSTRUMENTO

Se creó un instrumento que permitió clasificar y relacionar diferentes variables que fueron identificadas en el análisis de la historia clínica de la materna con o sin antecedentes causales de malformaciones congénitas craneofaciales en el neonato del Hospital Simón Bolívar, Bogotá en el período 2018-2023, que permitió a determinar su relación con el desarrollo o padecimiento de estas anomalías. De igual manera, se analizó la ruta de atención del binomio madre e hijo utilizada para analizar y contextualizar el paso a paso que se sigue usualmente durante el proceso y seguimiento de atención y se comparó si presentó modificaciones durante la pandemia COVID-19 en la subred norte (Hospital Simón Bolívar) en el periodo 2018-2023

7.3.2 VALIDACIÓN DE CONSTRUCTO

Después de su clasificación en la base de datos, 3 expertos validaron este instrumento para evaluar su diseño y obtener una aprobación para la ejecución del proyecto [1] . Para esta validación, se expusieron todas las variables necesarias y correlacionadas entre sí, incluidas en el instrumento diseñado. Con esto se validó la pertinencia de cada una de ellas para caracterizar al paciente y describir la atención materna por medio de la ruta materno -

perinatal utilizada por el HSB subred norte integrada ESE. Un primer grupo de expertos estuvo constituido por personal de la Subred Norte, vinculada a la ruta materno perinatal; y un segundo grupo, estuvo constituido por parte del equipo de investigación que utilizará la base de datos en el estudio macro.

Una vez, se hicieron las dos rondas de validación con expertos, se procedió a hacer el ajuste de la base de datos para pasar al proceso de prueba piloto

7.3.3 PRUEBA PILOTO

Una vez evaluada por jurados expertos y validada por ellos, se procedió a realizar la prueba piloto o pre test. Se eligieron una muestra de 10 historias clínicas (maternas) en donde se analizan cada una de las variables estipuladas previamente y diligenciadas en el instrumento a evaluar.

Esta prueba piloto sirvió para detectar valores inesperados de las variables, flujos de presuntos errores, considerar si la base de datos es la adecuada para superar otras dificultades que pueden presentarse en el proceso de comunicación. Con base en los resultados obtenidos se podrá decidir si es necesario hacerle ajustes al instrumento.

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este trabajo hace parte del proyecto de investigación: Impacto de la pandemia en la salud de niños y niñas con alteraciones congénitas craneofaciales en instituciones prestadoras de salud de Bogotá y Cali durante el periodo 2018-2023. Aprobado por el comité de ética de la Universidad el Bosque CIE 2022-081 y aprobación del HSB protocolo SNCEI-174.

9. RESULTADOS

9.1 Caracterización de la Ruta Materno Perinatal de la Subred Norte ESE y el Hospital Simón Bolívar

La ruta materno- perinatal garantiza la atención integral en salud a las gestantes, sus familias y comunidades, a partir de intervenciones de valoración integral de la salud. Esta ruta se enfoca en las mujeres embarazadas apuntando a una atención más segura y de calidad de manera eficaz, eficiente y equitativa (25). Por lo cual, este proyecto, caracterizó la ruta materno- perinatal utilizada por el Hospital Simón Bolívar de la Subred Norte integrada ESE (Bogotá), basado en la lectura de los lineamientos estipulados en la ruta dada por el Ministerio de Salud en Colombia, herramienta CLAP, y mediante una entrevista con líder de la ruta materno perinatal de la Subred Norte ESE.

Para esta ruta, la subred Norte ESE y el HSB cuentan con un amplio servicio de atención para maternas, estipulando diferentes puertas de ingreso para poder brindar un buen servicio de salud que incluya a todas las mujeres embarazadas tanto en las localidades de referencia de la Subred como en la región y territorio nacional. Estas gestantes, son redirigidas a servicios especializados en donde puedan tener atención personalizada acorde a sus requerimientos de salud. De igual manera, el control radiográfico y clínico es riguroso, el uso de ecografías de control y seguimiento, la toma de laboratorios clínicos periódicamente y los cursos y capacitaciones estipulados por el sistema de salud para el manejo, prevención y aprendizaje de cuidado de la materna y del neonato durante y después de su periodo gestacional. Estos son componentes indispensables para mejorar la calidad de vida y reducir la inequidad en la atención binomio madre-neonato. En el siguiente gráfico, se hace una síntesis de la ruta maternoperinatal del Subred Norte ESE. *(Gráfico 3 : Flujograma adaptado para ruta materno perinatal HSB Subred Norte ESE)*

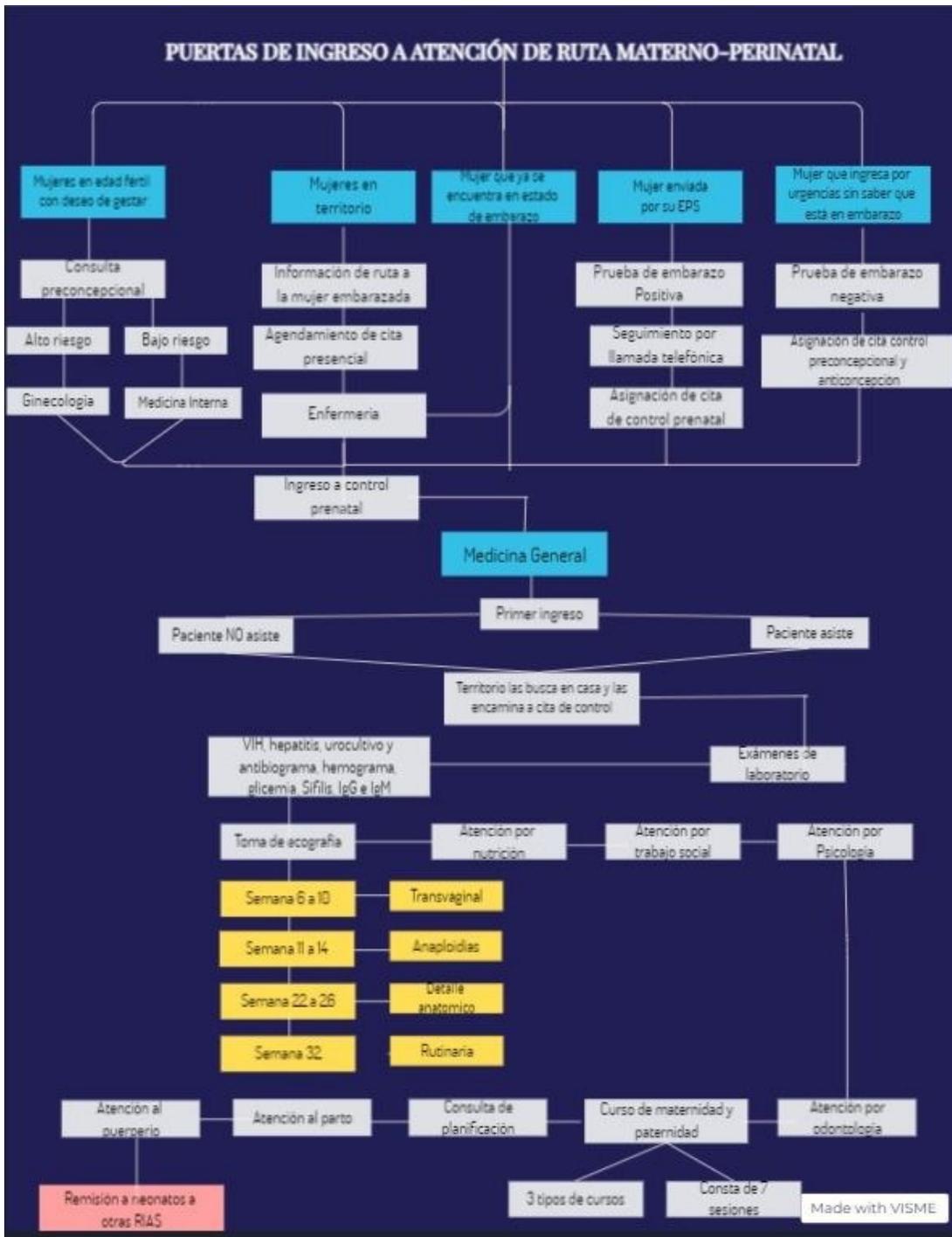


Gráfico 3: Flujograma adaptado para ruta materno perinatal HSB Subred Norte ESE

9.2 Construcción de instrumento de recolección de datos de la Ruta Materno-perinatal de la Subred Norte ESE y el Hospital Simón Bolívar.

A partir de la caracterización de esta ruta, se creó un instrumento tipo base de datos en Excel, la cual se fundamentó en la caracterización de la ruta, presentada más arriba, y en la distinción de variables encontradas en análisis del formato de historia clínica utilizado por el HSB específicamente en mujeres gestantes durante el periodo 2018-2023. Estas variables tenían como característica principal ser indicador o relacionarse con la presencia de malformaciones congénitas en el neonato, por lo cual se consideraron las siguientes variables: variable de atención (asistencia de la paciente, primer ingreso, puerta de ingreso), variables maternas (Tipo de riesgo, preeclampsia/ eclampsia previa, abortos previos, número de abortos, enfermedad sistémica, medicación durante la gestación, infecciones de materna, consumo de hierro, ácido fólico y calcio), variables familiares (antecedentes familiares), variables de control gestacional (Toma de peso de primer control prenatal, toma peso de último control prenatal, talla, índice de masa corporal, sobrepeso, HTA gestacional, polihidramnios, oligohidramnios, ecografía fetal, Amniocentesis, Gestación múltiple y RH), Variable de seguimiento de ruta materno-perinatal (cumplimiento de la secuencia en el proceso estipulado), Variable de exámenes de control (exámenes de laboratorio: VIH, hepatitis, urocultivo, antibiograma, hemograma, glicemia, sífilis, IgG, IgM, toma de ecografías primer trimestre, toma de ecografías segundo trimestre, toma de ecografías tercer trimestre), variable de atenciones especializadas (atención por nutrición, atención por trabajo social, atención por psicología, atención por odontología), variable de preparación pre y posconcepcional (sesiones asistidas en curso de maternidad y paternidad), variable de consulta de planificación, variable de atención de parto (acompañamiento familiar, acceso a analgesia para alivio de dolor, examen de líquido amniótico, estado de las membranas, contacto piel a piel de bebé con madre, administración de medicamento uterotónico), variable atención al puerperio (signos vitales maternos, sangrado genital, tamizaje depresión posparto, esquema de inmunización, acceso a anticonceptivos antes de alta hospitalaria) y por último variable de redireccionamiento de neonato a otras RIAS. Posteriormente, estas variables fueron llevadas a la base de datos en documento Excel, donde fueron organizadas en diferentes columnas como variables independientes. Se utilizaron

diferentes codificaciones numéricas como 1 y 0, siendo 1 si y 0 no o 1 positivo y 0 negativo o 1 anormal y 0 normal para variables con dos opciones de respuesta. Variables con múltiples opciones de respuesta, fueron codificadas con números de 1- 4, siendo cada número una opción de respuesta diferente. De igual manera se utilizó el código CIE-10 para clasificación de variables relacionadas con enfermedad sistémica de la madre y antecedentes familiares. La respuesta abierta se dejó para variables de medición como peso, talla y resultados numéricos de exámenes clínicos y radiológicos tomados. Los números 9999 se utilizaron para denominar datos perdidos y 8888 para datos que no aplican.

Para entender la codificación establecida para esta base de datos, se dejó estipulado en el mismo Excel, un diccionario de términos en donde se explica el nombre de cada variable, su definición con su opción de respuesta correspondiente. Para la codificación CIE-10 se dejó de igual forma un diccionario donde se especifica cada enfermedad con su código correspondiente y pueda ser más fácil su diligenciamiento en la base de datos.

Se realizó una primera *validación por expertos*, en donde se analizó la pertinencia del uso de las variables anteriormente mencionadas y viabilidad del uso de esta base de Excel. Durante esta evaluación fueron dadas recomendaciones en la adición de nuevas variables pertinentes para cumplir con el objetivo de este estudio. Después de esta validación, se realizaron ajustes respecto a la adición de nuevas variables como nombre, edad, dirección de residencia, estrato social y cambio de codificación para variables con relación al proceso de gestacional de la madre como antecedentes personales, los cuales se codificaron con el CIE-10. De igual forma, variables que se consideraron que no ayudaban al cumplimiento del objetivo del proyecto fueron eliminadas de la base de datos (*ver Anexo 1*).

En una segunda ronda de validación, la base de datos fue presentada a la líder de la ruta materno perinatal de la Subred Norte ESE y quien fue clave para el análisis de la pertinencia del uso de esta base de datos. Durante esta revisión, se realizó un proceso de socialización y complementación con respecto al flujograma de la ruta materno perinatal creado por el grupo de investigación y la base de datos manejada por el HSB Subred Norte ESE para el seguimiento riguroso de cada una de las maternas que ingresan a su servicio. Esta base de datos contenía información completa y detallada del proceso que se llevaba a cabo con cada una de las gestantes, por lo cual se correlacionó con la base de datos creada por el grupo de

investigación, dado que ambas ayudaban al cumplimiento del objetivo principal del proyecto. Se obtuvo como resultado, la aceptación para el uso de esta base de datos, dado que contiene información que no incluye la perteneciente al HSB y que consideran importantes para mejorar su base. Igualmente, el grupo de investigación tomó y añadió a la base de datos variables con las que no se contaba y que se consideraron necesarias para el proyecto (*ver Anexo 2*).

9.3. Prueba piloto del instrumento

Una vez concluida y validada la base de datos, se pasó a realizar la prueba piloto del instrumento. La prueba piloto se llevó a cabo con una muestra de 10 historias clínicas de gestantes atendidas en el HSB Subred Norte ESE durante el periodo 2018-2023. El proceso fue adelantado por las tres investigadoras, en las instalaciones del Hospital Simón Bolívar de la Subred Norte ESE. obteniendo los siguientes resultados:

9.3.1. Proceso administrativo para revisión de historias

Para llevar a cabo la prueba piloto, fueron necesarios permisos administrativos para el manejo de información personal y confidencial presente en las historias clínicas a evaluar en el HSB Subred Norte ESE. Por lo cual, debió ser enviada una carta a este hospital solicitando permiso para el acceso a estos datos. La autorización para acceder a las historias clínicas se recibió ocho días después de enviada. La historia clínica de la institución se encuentra digitalizada y con acceso restringido, por lo tanto, las condiciones para revisar las historias de la muestra implicaban que dicho proceso se debía adelantar en las instalaciones del HSB, en un computador institucional, sin toma de fotografías ni revelación de datos sensibles y privados de los pacientes.

9.3.2. Digitación de historias clínicas en base de datos

La revisión de historias y el respectivo diligenciamiento de la base de datos tomó 11 horas en total, divididas en dos días de trabajo, es decir una hora aproximadamente por cada una de las diez historias que hicieron parte del piloto. La hora adicional se utilizó para verificar que hubiera quedado correctamente realizada. Durante su diligenciamiento, no se presentaron contra tiempos, se identificó una historia de fácil acceso e identificación de sus

principales componentes; sumado a una base de datos de fácil digitación, ya que el tener los diccionarios permitía un buen entendimiento y una rápida comprensión de cómo completarla.

Frente a las variables identificadas en cada historia, en relación con las propuestas en la base de datos, a continuación, se presenta una descripción de los hallazgos por cada grupo de variables.

- *Variables de datos personales.*

EDAD	EPS	ESTRATO SOCIAL	BARRIO RESIDENCIA	NUMERO DE CONTACTO
19	CAPITAL SALUD	2 ▾	SAN CRISTOBAL NORTE	
19	FAMISANAR	2 ▾	EL CODITO	
26	CAPITAL SALUD	2 ▾	SAN VICENTE	
20	UNICAJAS CONFACL	2 ▾	COTA- CHORRILLOS	
19	CAPITAL SALUD	3 ▾	SANTA TERESA	
28	MEDIMAS	2 ▾	SAN ANTONIO - USAQUEN	
23	CAPITAL SALUD	3 ▾	VERBENAL	
18	NUEVA EPS- S	2 ▾	SANTA TERESA	
40	FAMISANAR	2 ▾	SANTA TERESA	
24	NUEVA EPS- S	2 ▾	VRDA HARTO PARPA	

Tabla 2. Todas las maternas valoradas contaron con información personal completa. Estos datos fueron tomados de cada una de las historias clínicas evaluadas.

- *Variables de atención.* Se encontraron registrados datos de la mayoría de gestantes respecto a la forma de ingreso al HSB. Únicamente se registro una materna sin información al respecto en su historia clínica (ver tabla 3)

Asistencia paciente	Primer ingreso	Puerta de ingreso	Mujeres en edad fértil con deseo de gestar	Mujeres en territorio	Mujer que ya se encuentra en estado de embarazo	Mujer enviada por su EPS	Mujer que ingresa por urgencias sin saber que esta en embarazo
1	Medicina general	3	0	0	1	0	0
0	Territorio	4	0	0	0	1	0
0	Territorio	3	0	0	1	0	0
0	Territorio	4	0	0	0	1	0
1	Medicina general	1	1	0	0	0	0
0	Territorio	9999	0	0	0	0	0
1	Medicina general	3	0	0	1	0	0
1	Medicina general	4	0	0	0	1	0
0	Territorio	4	0	0	0	1	0
0	Territorio	3	0	0	1	0	0

Tabla 3. Registro de variables de atención

- *Variables maternas.* Se registran dos maternas con antecedentes personales de importancia asociado a enfermedades infecciosas y parasitarias y a enfermedades endocrinas. En las demás se evidencia datos perdidos o no aplicables dado que no padecían de alguna enfermedad sistémica o no se encontraban los antecedentes estipulados en la historia clínica de la paciente (ver tabla 4)

Tipo de riesgo	Preclampsia / Eclampsia previa	Abortos previos	Numero de abortos	Enfermedad sistémica	Enfermedades infecciosas y parasitarias	Tumores	Enfermedades del sistema inmune	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	Trastornos mentales y de comportamiento	Enfermedades del sistema nervioso	Enfermedades del sistema circulatorio
2	8888	8888	0	0	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888
1	8888	8888	0	0	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888
2	0	0	0	0	A53	8888	8888	8888	8888	8888	8888
1	8888	8888	0	0	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888
2	0	0	1	0	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888
9999	8888	8888	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999
1	9999	9999	0	0	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888
1	0	0	0	0	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888
1	0	0	0	1	8888	8888	8888	E03	8888	8888	8888
1	8888	8888	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999

Tabla 4. Registro de variables de maternas (1)

Tal como se aprecia en la tabla 5, la mayoría de maternas tuvieron medicación durante la gestación, algunas para erradicar infecciones que presentaron durante el embarazo y otras con la toma de sus micronutrientes importantes en el proceso de gestación. De igual manera,

en algunas madres se encontró esta información diligenciada en su historia clínica, así como en otras no se encontró reporte alguno.

Enfermedades del sistema respiratorio	Enfermedades del sistema digestivo	Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo	Enfermedades del sistema genitourinario	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalias cromosómicas	Medicación durante la gestación	Infecciones de materna	Suplementación de Hierro	Suplementación de Acido Fólico	Suplementación de calcio
8888	8888	8888	8888	8888	1	1	0	0	0
8888	8888	8888	8888	8888	1	0	8888	0	8888
8888	8888	8888	8888	8888	1	0	1	1	1
8888	8888	8888	8888	8888	1	1	9999	9999	9999
8888	8888	8888	8888	8888	1	1	1	1	1
9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999
8888	8888	8888	8888	8888	1	1	1	1	1
8888	8888	8888	8888	8888	1	0	1	1	1
8888	8888	8888	8888	8888	1	1	1	1	1
9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999

Tabla 5. Registro de variables de maternas (2)

- *Variables Antecedentes Familiares.* En cuanto a antecedentes familiares los datos encontrados dan cuenta de una mayor cantidad de antecedentes relacionados con el sistema circulatorio, tal como se observa en la tabla 6.

Antecedentes familiares	Enfermedades infecciosas y parasitarias	Tumores	Enfermedades del sistema inmune	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	Trastornos mentales y de comportamiento	Enfermedades del sistema nervioso	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades del sistema respiratorio	Enfermedades del sistema digestivo	Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo	Enfermedades del sistema genitourinario	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalias cromosómicas
0	8888	8888	8888	8888	8888	8888	100	8888	8888	8888	8888	8888
0	8888	8888	8888	8888	8888	8888	115	8888	8888	8888	8888	8888
1	8888	8888	8888	E14	8888	8888	149	8888	8888	8888	8888	8888
0	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888
1	8888	8888	8888	8888	8888	8888	198	8888	8888	8888	8888	8888
9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999
0	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888
0	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888
0	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888
9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999

Tabla 6. Registro de variables de antecedentes familiares

- *Variables de control gestacional : Los datos relacionados con resultados de ecografía tomada para descartar riesgos en el neonato, no cuenta con el registro completo de datos en la mayoría de historias clínicas de las madres evaluadas (ver tabla 7).*

HTA gestacional	Pollidramnios	Oligohidroamnios	Ecografía fetal	Edad gestacional	Longitud craneo-caudal (LCN)/mm	Embriocardia /lpm	Saco Vitelino /mm	Sonolusencia Nucal /mm	Ductus Venoso	Circunferencia cefálica(CC) o diámetro biparietal (DBP)/mm	Cirunferencia abdominal (CA)/mm
0	0	0	1	13 SEMANAS	73	156	9999	9999	9999	82	9999
0	0	0	1	34 SEMANAS	309	147	9999	9999	9999	85.0	280
0	0	0	1	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999
0	0	0	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999
0	1	0	1	22 SEMANAS	55.5	150 LPM	9999	9999	9999	196	168
0	0	0	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999
0	0	0	1	9 SEMANAS	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999
0	0	0	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999
0	0	0	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999
9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999

Tabla 7. Registro de variables de control gestacional (1)

La mayoría de maternas cuentan en historia clínica con el registro de su RH y la clasificación del riesgo gestacional en el que se encuentran.

Longitud de femur/mm	Peso fetal/kg	Resultado de ecografía fetal	Amniocentesis	Resultado de amniocentesis	Gestacion múltiple	Riesgo Gestacional	RH
9999	247	1	1	1	0	1	O+
68	2182	1	0	1	0	1	O+
9999	9999	9999	8888	8888	1	1	A+
9999	9999	9999	9999	9999	0	1	O+
36.5	452	1	1	9999	0	1	O+
9999	9999	9999	8888	8888	9999	9999	O-
9999	9999	9999	0	8888	1	0	O+
9999	9999	9999	9999	9999	9999	0	9999
9999	9999	9999	9999	9999	0	1	9999
9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999

Tabla 8. Registro de variables de control gestacional (2)

- *Variables de seguimiento ruta materno-perinatal : En la mayoría de maternas no fue posible establecer un seguimiento adecuado, dado la falta de información en la historia clínica de cada una de ellas (ver tabla 9).*

Cumplimiento de la secuencia en el proceso estipulado
1
0
0
0
1
9999
0
0
0
9999

Tabla 9. Registro de variables de seguimiento ruta materno-perinatal

- *Variables de exámenes de control: La mayoría de gestantes cuentan con exámenes de control y sus respectivos resultados. Quienes no cuentan con ellos es debido a que no hay registro alguno en sus historias clínicas (ver tabla 10).*

Exámenes de laboratorio	VIH	Resultado examen de VIH	Hepatitis	Resultado examen de hepatitis	Urocultivo	Resultado examen de urocultivo	Antibiograma	Resultado examen de antibiograma	Hemograma	Resultado examen de hemograma	Glicemia	Resultado examen de glicemia	Sifilis	Resultado examen de sífilis	IgG	Resultado examen de IgG
1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0
0	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888
1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	9999	9999
1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	8888	1	1
1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0
9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999
1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0
1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0
1	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	1	1	9999	9999	9999	9999	9999
9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999

Tabla 10. Registro de variables de exámenes de control (1)

No se cuenta con los registros de análisis de ecografías en su totalidad. Algunas cuentan con pocos resultados de datos evaluados en estos exámenes, siendo insuficientes (ver tabla 11)

IgM	Resultado examen de IgM	Toma de ecografías primer trimestre	# De ecografías tomadas	Edad gestacional	Longitud craneo-caudal (LCN)/mm	Embriocardia /lpm	Saco Vitelino /mm	Sonolusencia Nucal /mm	Ductus Venoso	Circunferencia cefálica(CC) o diámetro biparietal (DBP)/mm	Cirunferencia abdominal (CA)/mm	Longitud de femur/mm	Peso fetal/kg	Resultado de ecografía 1	Resultado de ecografía 2	Toma de ecografías segundo trimestre
1	0	1	1	13 SEMANA	73	156	9999	9999	9999	82	9999	9999	247	1	8888	1
8888	8888	0	1	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	0	0	0
9999	9999	0	0	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	1
1	0	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	1
1	0	0	0	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	1
9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999
1	0	1	1	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	1
1	0	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999
9999	9999	9999	9999	12 SEMANA	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	0	9999	1
9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999

# De ecografías tomadas	Edad gestacional	Longitud craneo-caudal (LCN)/mm	Embriocardia /lpm	Saco Vitelino /mm	Sonolusencia Nucal /mm	Ductus Venoso	Circunferencia cefálica(CC) o diámetro biparietal (DBP)/mm	Cirunferencia abdominal (CA)/mm	Longitud de femur/mm	Peso fetal/gr	Resultado de ecografía 1	Resultado de ecografía 2	Toma de ecografías tercer trimestre	# De ecografías tomadas	Edad gestacional	Longitud craneo-caudal (LCN)/mm
2	18 Y 21 SEM	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	247/	1	1	9999	9999	9999	9999
1	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	1	1	34 SEMANA	309
1	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	244	9999	8888	1	1	27 SEMANA	9999
2	18 Y 22 SEM	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999
1	23 SEMANA	6.3	151 LPM	9999	9999	9999	60.5	186	40.4	586	1	8888	1	9999	28,33,36 SEI	9999/ 307 /
9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999
1	21 SEMANA	9999	139	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	0	8888	1	3	26,31,35 SEMANAS	9999
9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	8888	8888	9999	9999	9999	9999
3	12,21,30 SE	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	1	1	1	3	33 Y 36 SEM	9999
9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999

Embriocardia /lpm	Saco Vitelino /mm	Sonolusencia Nucal /mm	Ductus Venoso	Circunferencia cefálica(CC) o diámetro biparietal (DBP)/mm	Cirunferencia abdominal (CA)/mm	Longitud de femur/mm	Peso fetal/kg	Resultado de ecografía 1	Resultado de ecografía 2	Resultado de ecografía 3
9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	247	9999	9999	8888
147	9999	9999	9999	85.0	280	68	2182	1	8888	8888
9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	1147	9999	8888	8888
9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999
9999/ 159 l	9999	9999	1.8 MM	9999/ 83,4 /	9999/285/3	9999/62.5/	1244/2042/	1	1	1
9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999
138/321	9999	9999	9999	85.5 /89.2	276.5/306	57.8/ 67	1836/ 2525	1	1	8888
9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	8888
9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	0	0	0
9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999

Tabla 11. Registro de variables exámenes de control (2)

- **Variables atenciones especializadas:** Las atenciones con más asistencias son psicología y nutrición. Se cuentan con datos respecto al número de atenciones recibidas en la mayoría de especializaciones, pero no hay información de los diagnósticos definitivos que genera cada una en sus consultas. Los diagnósticos generales dados al neonato si se encuentran registrados en la historia clínica de la gestante (ver tabla 12)

Atencion por Nutricion	# de atenciones recibidas por nutricion	Diagnostico con o sin anomalia	Tipo de Anomalia	Atencion por trabajo social	# de atenciones recibidas por trabajo social	Diagnostico	Atencion por psicologia	# de atenciones recibidas por psicologia	Diagnostico Psicosocial	Atencion por odontologia	# de Atenciones recibidas por odontologia	Diagnostico	Diagnostico general de feto
1	1	1	8888	0	8888	8888	1	4	1	1	4	1	HOLOPROSECEFALIA
0	8888	1	8888	0	8888	8888	1	1	0	0	8888	0	SINDACTILIA
1	1	1	8888	0	8888	8888	1	1	1	0	8888	0	TALIPES EQUINOVARIA
0	8888	8888	8888	0	8888	8888	0	8888	8888	0	8888	8888	GASTROSQUISIS
1	1	0	8888	0	8888	8888	1	2	0	1	1	1	LABIO FISURADO - LII
9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	1	1	1	9999	9999	9999	FISURA DE PALADAR
9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	1	1	1	1	1	9999	PIERRE ROBIN/ FISU
9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	MICROCEFALIA
9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	LABIO PALADAR FISU
9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	SIN ANOMALIAS

Tabla 12. Registro de variables atenciones especializadas

- Variable de preparación pre y posconcepcional : En la mayoría de gestantes no se obtiene de datos en su historia clínica de su asistencia o no asistencia a estos cursos (ver tabla 13)

de sesiones asistidas en curso de maternidad y paternidad
3
8888
8888
9999
9999
9999
9999
9999
9999
9999

Tabla 13. Registro de Variables de preparación pre y posconcepcional

- Variable de consulta de planificación: Solo una gestante no contó con datos en su historia clínica que refiriera que recibió consulta de planificación previa al parto (ver tabla 14)

Consulta de planificación
1
1
1
0
1
1
1
1
1
1
1

Tabla 14. Registro de variable de consulta de planificación

- Variables de atención del parto y atención al puerperio: Se encontraron mayor diligenciamiento de datos respecto a la atención pre y pos partos de las gestantes en sus historias clínicas. La mayoría tuvo acceso a libre elección de método de planificación por parto (ver tabla 15).

Atencion de parto	Acompañamiento de familiar	Acceso a analgesia para alivio de dolor	Examen de liquido amniotico	Estado de las membranas	Contacto piel a piel de bebé con madre	Administración de medicamento uterotónico	Atencion al Puerperio	Signos vitales maternos	Sangrado Genital	Tamizaje depresion pos parto	Esquema de inmunización	Acceso a anticonceptivos antes de alta hospitalaria
1	1	0	1	0	1	1	1	100/60	0	1	1	1
1	1	0	1	0	1	0	0	112/67	1	0	1	1
1	1	1	1	0	1	0	1	90/60	0	1	1	1
1	1	1	1	0	0	1	1	93/50	0	9999	1	9999
1	1	1	9999	0	1	1	1	99999	0	0	1	1
9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	110/80	9999	9999	9999	9999
1	1	1	1	0	9999	1	1	9999	0	9999	1	1
1	0	1	1	0	1	1	1	9999	0	9999	9999	1
1	1	1	1	1	1	1	1	9999	0	9999	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	120/65	0	1	1	1

Tabla 15. Registro de variables de atención del parto y atención al puerperio

- *Variable de redireccionamiento de neonato a otras RIAS : . Se evidenció registro en historias clínicas de las maternas respecto al redireccionamiento que obtienen los neonatos a otras RIAS, dependiendo de las necesidades de atención que requiera cada uno(ver tabla 16).*

REDIRECCIONAMIENTO DE NEONATO A OTRAS RIAS
1
1
1
1
1
1
9999
1
1
1
1

Tabla 16. Registro de variable de redireccionamiento de neonato a otras RIAS.

10.DISCUSION

La elaboración del instrumento final, tipo base de datos, que se presenta como uno de los resultados finales de esta tesis, tuvo como sustento la revisión documental de la propuesta del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia de la Ruta Materno Perinatal que hace parte del nuevo modelo de salud del país. Al mismo tiempo, se acudió a la revisión de la adopción que, una institución prestadora de servicios de salud de Bogotá, hizo de dicha ruta, Con estos insumos, sumado a la validación de expertos, tanto académicos como de los servicios, se construyó una base de datos que recopilara buena parte de las variables incluidas en el proceso de atención de las gestantes en la Subred Norte ESE del Distrito Capital. Esta primera parte, da cuenta de un proceso de adopción, en el que en el nivel local, se vinculan los lineamientos de la ruta nacional, ajustándolos a la realidad poblacional, de infraestructura y oferta de servicios, llegando incluso a complementar y ampliar la oferta propuesta desde el orden nacional.

En un segundo componente del trabajo, se pasa a hacer una prueba piloto de la base diseñada, mediante la revisión de historias clínicas de mujeres gestantes atendidas en el HSB, buscando identificar hasta qué punto, a través de la historia clínica, era posible rastrear variables del proceso de atención de diferente orden, que dieran cuenta de una trayectoria y una secuencia coherente con la ruta predefinida. En este punto, se identificaron vacíos de diferente orden, tales como: omisiones de información en los formatos estandarizados y digitalizados de las historias clínicas revisadas, que podrían corresponder a falencias en su diligenciamiento por parte de los profesionales responsables en el proceso de atención, los cuales podrían dar relevancia a ciertos datos en detrimento de otros, situación que no corresponde a los objetivos de dicho estudio, pero que es importante resaltar ya que evidencia una heterogeneidad en los datos consignados.

En segundo lugar, se identificó que la historia clínica del HSB da cuenta del proceso de atención realizado exclusivamente en el hospital y en la Subred Norte ESE, lo cual , también

se relaciona con ciertos vacíos de información del proceso de atención, ya que aquellas historias de las gestantes que no tienen sus centros primarios de atención dentro de la Subred, no cuentan con la información preliminar en otros centros de atención, encontrando historias que solo refieren el momento del parto o la atención de urgencias. Una evidencia del nivel de fragmentación del sistema de salud nacional, que se refleja en débiles sistemas de información y en fracturas en una ruta diseñada para garantizar la continuidad en el proceso de atención de las mujeres gestantes. Específicamente, esto implica, para la continuidad de la investigación, que se deben buscar otras fuentes de información en los centros primarios de atención, e incluso en otros municipios y regiones del país, ya que esta subred, y particularmente el HSB, reciben población de diferentes territorios del nivel nacional.

En el caso de aquellas mujeres que han tenido todo su proceso de atención en la Subred Norte ESE, así sea en diferentes centros de atención de diferente nivel de complejidad, es posible seguir la trayectoria de su proceso a través de la historia clínica institucional, con excepción de los datos omitidos por los profesionales de la salud, relatados más arriba. En términos generales, las evidencias de los procesos de atención registrados en las historias clínicas, y que corresponde a la Subred Norte y al Hospital, en diferentes momentos del proceso de gestación, dan cuenta de una continuidad en la atención y del cumplimiento de los diferentes momentos y procedimientos establecidos en la Ruta Maternoperinatal Nacional, Distrital y local. En el caso de que se requiera indagar por posibles barreras de acceso a los diferentes momentos de la ruta, sería necesario buscar otras fuentes de información, diferentes a la historia clínica.

11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El instrumento tipo base de datos creado, es pertinente para la investigación. Las validaciones realizadas con pares expertos, demostraron su funcionalidad y aporte a futuras investigaciones relacionadas con la caracterización de pacientes y la atención de la ruta a materno perinatal. Se evidenció mayor eficacia en el diligenciamiento de datos, en madres que inician su proceso de atención desde su deseo gestar, lo cual permite obtener más datos personales y sobre el neonato, pudiendo diagnosticar a tiempo la presencia de malformaciones congénitas que afecten el correcto desarrollo del feto.

Se sugiere para continuar con esta línea de investigación estipular un formato específico para gestantes, dado que hay mucha información perdida o no registrada ya que el diligenciamiento y evolución de cada procedimiento es a criterio del médico tratante y por lo cual no en todas las maternas se encuentra reportada la información suficiente y necesaria para hacer un buen seguimiento a la atención que reciben en la ruta materno perinatal. De igual forma, es importante la unificación o adición de los reportes de atenciones recibidas por las maternas en su EPS, dado que muchas veces el HSB solo registra datos del momento del parto, dejando de lado información importante acerca de la materna y neonato.

Se evidencia una brecha entre los momentos y procedimientos estipulados en la ruta materno perinatal y los registros de la historia clínica, que hacen necesario acudir a otras fuentes de información para tener mayor información y evidencias de toda la trayectoria del proceso de atención de las gestantes. Así mismo se hace necesario ampliar la exploración de la implementación de otras rutas del modelo de atención del país, tal como la Ruta Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud, la cual puede brindar información, tanto de la gestante, antes de iniciar su proceso de gestación, como del neonato, luego de sus primeros

días de vida, teniendo en cuenta que las rutas, precisamente tienen una intención de garantizar la atención durante el continuum del curso de vida.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Juan Pablo Sorolla, P. (2010). Anomalías craneofaciales. *Revista médica Clínica Las Condes*, 21(1), 5-15. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(10\)70500-9](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(10)70500-9)
2. Cifuentes-Cifuentes, Y., Arteaga-Díaz, C., Infante-Contreras, C., Clavijo-López, E. G., & Quintero-Guzmán, C. (2008). Prevalencia y caracterización de los recién nacidos con anomalías craneofaciales en el Instituto Materno Infantil de Bogotá. *Revista de Salud Pública*, 10(3), 423-432. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012400642008000300007
3. Fernández, N., & Zarante, I. (2007). Prevalencia y escala pronóstico para malformaciones congénitas en Colombia: la responsabilidad de pediatras y neonatólogos. Registro de 54.397 nacimientos. *Revista de la Sociedad Colombiana de Neonatología UCIN*, 7, 28-32, http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572009000100001.
4. Téllez C, Escobar LM, González MC, Moreno PS, Mora II, Bautista GR, Rojas AP. Detección clínica de anomalías craneofaciales mayores y menores en población escolar colombiana. *Univ Odontol*. 2014 Ene-Jun; 33(70): 65-7, <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.UO33-70.dcac>
5. Wyszynski, D. F., Sárközi, A., & Czeizel, A. E. (2006). Oral clefts with associated anomalies: methodological issues. *The Cleft palate-craniofacial journal : official publication of the American Cleft Palate-Craniofacial Association*, 43(1), 1-6, <https://doi.org/10.1597/04-085r2.1>

6. Francine R. Pascale S. Aline H. (2014). Congenital Anomalies: Prevalence and Risk Factors. *Universal Journal of Public Health* 2(2): 58-63,https://www.hrpub.org/journals/article_info.php?aid=1276.
7. Farro, D. C., Olivares, A. C., & Mogollón, J. L. F. (2017). Historia clínica como herramienta para mejora del proceso de atención. *Revista de calidad asistencial*, 32(2), 115-116,<https://medes.com/publication/118896>
8. Guzmán, F., & Arias, C. A. (2012). La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. *Revista colombiana de cirugía*, 27(1), 15-24, <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/195>
9. Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. Gestión del riesgo en salud “Ruta materno perinatal pyd, subred integrada de servicios de salud norte E.S.E”, Bogotá, 2021, https://www.subrednorte.gov.co/sites/default/files/documentos/mi-rs-pr-04-02-ruta_materno_perinatal_p_y_d.pdf?width=800&height=800&iframe=true
10. Rojas, Mariana, & Walker, Laura. (2012). Malformaciones Congénitas: Aspectos Generales y Genéticos. *International Journal of Morphology*, 30(4), 1256-1265, http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022012000400003
11. World Health Organization. Anomalías congénitas. Nota descriptiva. 7 de septiembre de 2016. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/congenital-anomalies>
12. Sorolla, P. J. P. (2010). Anomalías craneofaciales. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 21(1), 5-15, <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S0716864010705009&r=202>
13. Ospina Ramirez, J. J., Castro David, M. I., Hoyos Ortiz, L. K., Montoya Martinez, J. J., & Porras Hurtado, G. L. (2018). Factores asociados a malformaciones congénitas: En un centro de

- tercer nivel región centro occidental - Colombia (ECLAMC). *Revista Médica De Risaralda*, 24(1), 15–19. <https://doi.org/10.22517/25395203.9317>
14. Beleño Barroso, V. S., Borda Jaramillo, L. L., & Castillo Peña, M. A. (2021). Malformaciones congénitas craneofaciales en Colombia. Revisión narrativa, https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/5940/Bele%C3%B1o_Barroso_Vanessa_Sofia_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y
15. Townsend, R., Chmielewska, B., Barratt, I., Kalafat, E., van der Meulen, J., Gurol-Urganci, I., ... & Khalil, A. (2021). Global changes in maternity care provision during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 37 100947, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34195576/>
16. Sánchez, L. G. M. Secretaría Distrital de Salud Proyecto ‘Nuevo modelo de remuneración: Presupuesto global prospectivo, por actividad final con incentivo de desempeño’ (Versión preliminar 10), http://www.saludcapital.gov.co/Reorg%20Documentos%20Tcnicos/2019/Nuevo_modelo_de_pago_07_2019.pdf
17. Servinte Clinical Suite Enterprise – Carvajal Tecnología y Servicios. (s/f). Guía TIC. Recuperado el 11 de mayo de 2023, de <https://guiatic.com/co/251-administracion-y-gestion-de-instituciones-prestadoras-de-salud-ips-clinicas-hospitales/915-servinte-clinical-suite-enterprise-carvajal-tecnologia-y-servicios-software-para-gestion-y-administracion-de-entidades-de-salu>
18. De, F. (s/f). RUTA INTEGRAL DE. Gov.co. Recuperado el 11 de mayo de 2023, de <https://subredsuoccidente.gov.co/transparencia/Grupos%20especificos/06-01-PG-0019%20Ruta%20integral%20de%20atencio%CC%81n%20materno%20perinatal%20V1.pdf>

19. Panchano E, Conducta Obstétrica en paciente de 34 años con 21 semanas de embarazo y malformaciones fetales. Universidad Tecnica de Babahoyo, (2023), <https://rraae.cedia.edu.ec/Search/Results?lookfor=%22MALFORMACIONES+CONG%C3%89NITAS%22&type=Subject>
20. Guzmán F, Arias CA (2022). La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. Rev Colomb Cir. 2012;27:15-24, <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v27n1/v27n1a2.pdf>
21. Beleño VS. Borda LL. Castillo MA. (2021) MALFORMACIONES CONGÉNITAS CRANEOFACIALES EN COLOMBIA, https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/5940/Bele%C3%B1o_Barroso_Vanessa_Sofia_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y
22. Guzmán F. La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. Heraldo Médico. 1999;226:33-52. <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/195>
23. Ministerio de Salud. (2017) Lineamiento técnico y operativo de la ruta integral de atención en salud materno perinatal, http://idsn.gov.co/site/web2/images/documentos/sreproductiva/2018/Lineamiento_Ruta_Materno_Perinatal.pdf
24. Sekhobo J, Druschel C. An evaluation of congenital malformations surveillance in New York State: An application for Centers for Disease Control and Prevention (CDC) guidelines for evaluating surveillance systems. Public Health Rep. 2001;116:296-305.
25. Colombia, M. de S. y. P. S. (s/f). Ruta para mejorar la salud materna. Gov.co. Recuperado el 18 de julio de 2023, de <https://minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Ruta-para-mejorar-la-salud-materna.aspx>

13.ANEXOS

Anexo 1. Base de datos inicial

EDAD	EPS	ESTRATO SOCIAL	BARRIO RESIDENCIA	NUMERO DE CONTACTO	Asistencia paciente	Primer ingreso	Puerta de ingreso	Mujeres en edad fértil con deseo de gestar	Mujeres en territorio
------	-----	----------------	-------------------	--------------------	---------------------	----------------	-------------------	--	-----------------------

Mujer que ya se encuentra en estado de embarazo	Mujer enviada por su EPS	Mujer que ingresa por urgencias sin saber que esta en embarazo	Tipo de riesgo	Preclampsia / Eclampsia previa	Abortos previos	Numero de abortos	Enfermedad sistémica	Enfermedades infecciosas y parasitarias	Tumores
---	--------------------------	--	----------------	--------------------------------	-----------------	-------------------	----------------------	---	---------

Enfermedades del sistema inmune	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	Trastornos mentales y de comportamiento	Enfermedades del sistema nervioso	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades del sistema respiratorio	Enfermedades del sistema digestivo	Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo	Enfermedades del sistema genitourinario	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalias cromosómicas	Medicación durante la gestación	Infecciones de materna	Suplementación de Hierro	Suplementación de Acido Fólico
---------------------------------	--	---	-----------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	--	---	--	---------------------------------	------------------------	--------------------------	--------------------------------

Suplementación de calcio	Antecedentes familiares	Enfermedades infecciosas y parasitarias	Tumores	Enfermedades del sistema inmune	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	Trastornos mentales y de comportamiento	Enfermedades del sistema nervioso	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades del sistema respiratorio	Enfermedades del sistema digestivo	Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo	Enfermedades del sistema genitourinario
--------------------------	-------------------------	---	---------	---------------------------------	--	---	-----------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	--	---

Malformaciones congénitas, deformidades y anomalias cromosómicas	HTA gestacional	Polihidramnios	Oligohidramnios	Ecografía fetal	Edad gestacional	Longitud craneo-caudal (LCN)/mm	Embriocardia /lpm	Saco Vitelino /mm	Sonolusencia Nucal /mm	Ductus Venoso
--	-----------------	----------------	-----------------	-----------------	------------------	---------------------------------	-------------------	-------------------	------------------------	---------------

Circunferencia cefálica(CC) o diámetro biparietal (DBP)/mm	Circunferencia abdominal (CA)/mm	Longitud de femur/mm	Peso fetal/kg	Resultado de ecografía fetal	Amniocentesis	Resultado de amniocentesis	Gestación múltiple	Riesgo Gestacional	RH	Cumplimiento de la secuencia en el proceso estipulado	Exámenes de laboratorio	VIH	Resultado examen de VIH	Hepatitis	Resultado examen de hepatitis	Urocultivo
--	----------------------------------	----------------------	---------------	------------------------------	---------------	----------------------------	--------------------	--------------------	----	---	-------------------------	-----	-------------------------	-----------	-------------------------------	------------

Resultado examen de urocultivo	Antibiograma	Resultado examen de antibiograma	Hemograma	Resultado examen de hemograma	Glicemia	Resultado examen de glicemia	Sífilis	Resultado examen de sífilis	IgG	Resultado examen de IgG	IgM	Resultado examen de IgM	Toma de ecografías primer trimestre	# De ecografías tomadas	Edad gestacional	Longitud craneo-caudal (LCN)/mm
--------------------------------	--------------	----------------------------------	-----------	-------------------------------	----------	------------------------------	---------	-----------------------------	-----	-------------------------	-----	-------------------------	-------------------------------------	-------------------------	------------------	---------------------------------

EDAD	EPS	ESTRATO SOCIAL	BARRIO RESIDENCIA	DIRECCION	BARRIO	AFILIACION DESPUES DEL INGRESO	ESTRATO SOCIOECONOMICO	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	PROFESION U OFICIO (LISTA)
19	CAPITAL SALUD		2 SAN CRISTOBAL NORTE							
19	FAMISANAR		2 EL CODITO							
26	CAPITAL SALUD		2 SAN VICENTE							
20	UNICAJAS CONFACI		2 COTA- CHORRILLOS							
19	CAPITAL SALUD		3 SANTA TERESA							
28	MEDIMAS		2 SAN ANTONIO - USAQUEN							
23	CAPITAL SALUD		3 VERBENAL							
18	NUEVA EPS- S		2 SANTA TERESA							
40	FAMISANAR		2 SANTA TERESA							
24	NUEVA EPS- S		2 VRDA HARTO PARPA							

POBLACION DIFERENCIAL	CORREO ELECTRONICO	TELEFONO FIJO	NUMERO DE CONTACTO	Asistencia paciente	Primer ingreso	Puerta de ingreso	Mujeres en edad fertil con deseo de gestar	Mujeres en territorio
				1	Medicina general	3	0	0
				0	Territorio	4	0	0
				0	Territorio	3	0	0
				0	Territorio	4	0	0
				1	Medicina general	1	1	0
				0	Territorio	9999	0	0
				1	Medicina general	3	0	0
				1	Medicina general	4	0	0
				0	Territorio	4	0	0
				0	Territorio	3	0	0

Mujer que ya se encuentra en estado de embarazo	Mujer enviada por su EPS	Mujer que ingresa por urgencias sin saber que esta en embarazo	FUR	FPP	Sem Captación	CAUSA INICIO TARDIO CPN 1	CAUSA INICIO TARDIO CPN 2
1	0	0					
0	1	0					
1	0	0					
0	1	0					
0	0	0					
0	0	0					
1	0	0					
0	1	0					
0	1	0					
1	0	0					

CAUSA INICIO TARDIO CPN 2	OBSERVACION CAUSA DE INICIO DE CONTROL TARDIO	POR QUE ES ALTO RIESGO	Tipo de riesgo	COOMORBILIDAD	N° EMBARAZOS	N° DE PARTOS	N° DE CESAREAS
			2				
			1				
			2				
			1				
			2				
			9999				
			1				
			1				
			1				
			1				

Preclampsia / Eclampsia previa	Abortos previos	Numero de abortos	N° HIJOS VIVOS	N° HIJOS MUERTOS	FECHA INSCRIPCION OTRA IPS	NOMBRE DE IPS	Fecha Inscripción CPN SUBRED NORTE	Enfermedad sistémica	Enfermedades infecciosas y parasitarias	Tumores	Enfermedades del sistema inmune
8888	8888	0						0	8888	8888	8888
8888	8888	0						0	8888	8888	8888
0	0	0						0	A53	8888	8888
8888	8888	0						0	8888	8888	8888
0	0	1						0	8888	8888	8888
8888	8888	9999						9999	9999	9999	9999
9999	9999	0						0	8888	8888	8888
0	0	0						0	8888	8888	8888
0	0	0						1	8888	8888	8888
8888	8888	9999						9999	9999	9999	9999

Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	Trastornos mentales y de comportamiento	Enfermedades del sistema nervioso	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades del sistema respiratorio	Enfermedades del sistema digestivo	Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo	Enfermedades del sistema genitourinario	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Medicación durante la gestación	Infecciones de madre	Suplementación de Hierro	Suplementación de Acido Fólico	Suplementación de calcio
8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	1	1	0	0	0
8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	1	0	8888	0	8888
8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	1	0	1	1	1
8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	1	1	9999	9999	9999
8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	1	1	1	1	1
9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999
8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	1	1	1	1	1
8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	1	0	1	1	1
E03	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	1	1	1	1	1
9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999

Antecedentes familiares	Enfermedades infecciosas y parasitarias	Tumores	Enfermedades del sistema inmune	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	Trastornos mentales y de comportamiento	Enfermedades del sistema nervioso	Enfermedades del sistema circulatorio	Enfermedades del sistema respiratorio	Enfermedades del sistema digestivo	Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo	Enfermedades del sistema genitourinario	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
0	8888	8888	8888	8888	8888	8888	100	8888	8888	8888	8888	8888
0	8888	8888	8888	8888	8888	8888	115	8888	8888	8888	8888	8888
1	8888	8888	8888	E14	8888	8888	149	8888	8888	8888	8888	8888
0	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888
1	8888	8888	8888	8888	8888	8888	198	8888	8888	8888	8888	8888
9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999
0	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888
0	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888
0	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888
9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999

HTA gestacional	Polihidramnios	Oligohidramnios	Ecografía fetal	Edad gestacional	Longitud craneo-caudal (LCN)/mm	Embriocardia /lpm	Saco Vitelino /mm	Sonolusencia Nucal /mm	Ductus Venoso	Circunferencia cefálica(CC) o diámetro biparietal (DBP)/mm	Circunferencia abdominal (CA)/mm	
0	0	0	1	13 SEMANAS		73	156	9999	9999	9999	82	9999
0	0	0	1	34 SEMANAS			309	147	9999	9999	85.0	280
0	0	0	1		9999	9999		9999	9999	9999		9999
0	0	0	9999		9999	9999		9999	9999	9999		9999
0	1	0	1	22 SEMANAS	55.5		150 LPM		9999	9999	196	168
0	0	0	9999		9999	9999		9999	9999	9999		9999
0	0	0	1	9 SEMANAS			9999	9999	9999	9999		9999
0	0	0	9999		9999	9999		9999	9999	9999		9999
0	0	0	9999		9999	9999		9999	9999	9999		9999
9999	9999	9999	9999		9999	9999		9999	9999	9999		9999

Longitud de femur/mm	Peso fetal/kg	Resultado de ecografía fetal	Amniocentesis	Resultado de amniocentesis	Gestación múltiple	Riesgo Gestacional	RH	Cumplimiento de la secuencia en el proceso estipulado	Exámenes de laboratorio	VIH	Resultado examen de VIH	Hepatitis	Resultado examen de hepatitis	Urocultivo	Resultado examen de urocultivo	Antibiograma
9999	247	1	1	1	0	1	O+	1	1	1	0	1	0	1	0	1
68	2182	1	0	1	0	1	O+	0	0	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888
9999	9999	9999	8888	8888	1	1	A+	0	1	1	0	1	0	1	0	1
9999	9999	9999	9999	9999	0	1	O+	0	1	1	0	1	0	1	0	1
36.5	452	1	1	9999	0	1	O+	1	1	1	0	1	0	1	0	1
9999	9999	9999	8888	8888	9999	9999	O-	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999
9999	9999	9999	0	8888	1	0	O+	0	1	1	0	1	0	1	0	1
9999	9999	9999	9999	9999	9999	0	9999	0	1	1	0	1	0	1	0	1
9999	9999	9999	9999	9999	0	1	9999	0	1	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999
9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999

Resultado examen de antibiograma	Hemograma	Resultado examen de hemograma	Glicemia	Resultado examen de glicemia	Sifilis	Resultado examen de sifilis	IgG	Resultado examen de IgG	IgM	Resultado examen de IgM	FECHA asesoría lactancia Materna	Toma de ecografías primer trimestre	# De ecografías tomadas	Edad gestacional	Longitud craneo-caudal (LCN)/mm	Embriocardia /lpm
1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0		1	1	13 SEMANA	73	156
8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888		0	1	8888	8888	8888
0	1	0	1	1	1	1	9999	9999	9999	9999		0	0	9999	9999	9999
0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0		9999	9999	9999	9999	9999
9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999		9999	9999	9999	9999	9999
1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0		1	1	9999	9999	9999
0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0		9999	9999	9999	9999	9999
9999	9999	1	1	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999		9999	9999	12 SEMANA	9999	9999
9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999		9999	9999	9999	9999	9999

Saco Vitelino /mm	Sonolusencia Nucal /mm	Ductus Venoso	Circunferencia cefálica(CC) o diámetro biparietal (DBP)/mm	Cirunferencia abdominal (CA)/mm	Longitud de femur/mm	Peso fetal/kg	Resultado de ecografía 1	Resultado de ecografía 2	Toma de ecografías segundo trimestre	# De ecografías tomadas	Edad gestacional	Longitud craneo-caudal (LCN)/mm	Embriocardia /lpm	Saco Vitelino /mm	Sonolusencia Nucal /mm	Ductus Venoso
9999	9999	9999	82	9999	9999	247	1	8888	1	2	18 y 21 SEM.	9999	9999	9999	9999	9999
8888	8888	8888	8888	8888	8888	8888	0	0	0	1	8888	8888	8888	8888	8888	8888
9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	1	1	9999	9999	9999	9999	9999	9999
9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	1	2	18 Y 22 SEM.	9999	9999	9999	9999	9999
9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	1	1	23 SEMANA	6.3	151 LPM	9999	9999	9999
9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999
9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	8888	1	1	21 SEMANA	9999	139	9999	9999	9999
9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999
9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	0	9999	1	3	12,21,30 SEI	9999	9999	9999	9999	9999
9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999

Circunferencia cefálica(CC) o diámetro biparietal (DBP)/mm	Cirunferencia abdominal (CA)/mm	Longitud de femur/mm	Peso fetal/gr	Resultado de ecografía 1	Resultado de ecografía 2	Toma de ecografías tercer trimestre	# De ecografías tomadas	Edad gestacional	Longitud craneo-caudal (LCN)/mm	Embriocardia /lpm	Saco Vitelino /mm	Sonolusencia Nucal /mm	Ductus Venoso	Circunferencia cefálica(CC) o diámetro biparietal (DBP)/mm	Cirunferencia abdominal (CA)/mm	Longitud de femur/mm
9999	9999	9999	247/	1	1	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999
8888	8888	8888	8888	8888	8888	1	1	34 SEMANA	309	147	9999	9999	9999	85.0	280	68
9999	9999	9999	244	9999	8888	1	1	27 SEMANA	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999
9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999
60.5	186	40.4	586	1	8888	1	9999	28,33,36 SEN	9999/307	159 LI	9999	9999	1.8 MM	9999/83,4	9999/285/3	9999/62,5/7
9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999
9999	9999	9999	9999	0	8888	1	3	26,31,35 SEMANAS	138/321		9999	9999	9999	85.5 /89.2	276.5/306	57.8/ 67
9999	9999	9999	9999	8888	8888	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999
9999	9999	9999	9999	1	1	1	3	33 Y 36 SEM.	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999
9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999

Peso fetal/kg	Resultado de ecografía 1	Resultado de ecografía 2	Resultado de ecografía 3	Atencion por Nutricion	# de atenciones recibidas por nutricion	Diagnostico con o sin anomalia	Tipo de Anomalia	Atencion por trabajo social	# de atenciones recibidas por trabajo social	Diagnostico	Atencion por psicología	# de atenciones recibidas por psicología	Diagnostico Psicosocial	Atencion por odontología
247	9999	9999	8888	1	1	1	8888	0	8888	8888	1	4	1	1
2182	1	8888	8888	0	8888	1	8888	0	8888	8888	1	1	0	0
1147	9999	8888	8888	1	1	1	8888	0	8888	8888	1	1	1	0
9999	9999	9999	9999	0	8888	8888	8888	0	8888	8888	0	8888	8888	0
1244/2042/	1	1	1	1	1	0	8888	0	8888	8888	1	2	0	1
9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	1	1	1	9999
1836/ 2525	1	1	8888	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	1	1	1	1
9999	9999	9999	8888	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999
9999	0	0	0	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999
9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999	9999

# de Atenciones recibidas por odontología	TD1	TD 2	DPT ACELULAR	influenza	FECHA VACUNA ANTI D	COVID	COOMS INDIRECTO	DOPPLER FETAL	OTROS	Diagnostico	Diagnostico general de feto	# de sesiones asistidas en curso de maternidad y paternidad	Consulta de planificación	Atencion de parto	FECHA DE PARTO VAGINAL O CESAREA, ABORTO O LEGRADO	PARTO VAGINAL O CESAREA, ABORTO O LEGRADO
4										1 HOLOPROSECEFALIA	3	1	1			
8888										0 SINDACTILIA	8888	1	1			
8888										0 TALIPES EQUINOVAR	8888	1	1			
8888										8888 GASTROQUISIS	9999	0	1			
1										1 LABIO FISURADO - LI	9999	1	1			
9999										9999 FISURA DE PALADAR	9999	1	9999			
1										9999 PIERRE ROBIN/ FISU	9999	1	1			
9999										9999 MICROCEFALIA	9999	1	1			
9999										9999 LABIO PALADAR FISU	9999	1	1			
9999										9999 SIN ANOMALIAS	9999	1	1			

Acompañamiento de familiar	Acceso a analgesia para alivio de dolor	Examen de liquido amniotico	Estado de las membranas	Contacto piel a piel de bebé con madre	Administración de medicamento uterotónico	SEMANAS DE GESTACION A LA HORA DEL NACIMIENTO	MADRE VIVA SI NO	Atencion al Puerperio	Signos vitales maternos	Sangrado Genital	Tamizaje depresion pos parto	Esquema de inmunización	Acceso a anticonceptivos antes de alta hospitalaria	REDIRECCIONAMIENTO DE NEONATO A OTRAS RIAS
1	0	1	0	1	1			1	100/60	0	1	1	1	1
1	0	1	0	1	0			0	112/67	1	0	1	1	1
1	1	1	0	1	0			1	90/60	0	1	1	1	1
1	1	1	0	0	1			1	93/50	0	9999	1	9999	1
1	1	9999	0	1	1			1	9999	0	0	1	1	1
9999	9999	9999	9999	9999	9999			9999	110/80	9999	9999	9999	9999	9999
1	1	1	0	9999	1			1	9999	0	9999	1	1	1
0	1	1	0	1	1			1	9999	0	9999	9999	1	1
1	1	1	1	1	1			1	9999	0	9999	1	1	1
1	1	1	1	1	1			1	120/65	0	1	1	1	1