

ANEXOS.

Anexo 1. Operacionalizacion De Variables.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES						
NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICION	DIMENSION	INDICADOR
ESTRUCTURA INTERNA	Son los recursos existentes en función de la población a servir se toma en cuenta todos los tipos de recursos necesarios para poder prestar un Servicio	Disponibilidad:	Cualitativa	Nominal	ESTRUCTURA INTERNA Conjunto de Recursos (humanos, físicos, financieros y tecnológicos) necesarios para producir una actividad.	
	Son todos los requerimientos necesarios en la instalación de servicio para crear un buen ambiente físico (iluminación, limpieza, orden, etc.	Infraestructura	Cualitativa	Nominal		a-Suficiente b-Insuficiente
	Instrumentos necesarios para brindar la consulta médica y ayudar a establecer un diagnostico Se Refiere al material mínimo para un control prenatal Específicamente.	Equipamiento	Cualitativa	Nominal		a-Suficiente b-Insuficiente
	Personal que brinda la atención de control prenatal Insumos médicos y no médicos necesarios para brindar la Atención,	Recursos Suministros.	Cualitativa	Nominal		a-Suficiente b-Insuficiente

Medicamento Apropriados.						
NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICION	DIMENSION	INDICADOR
ESTRUCTURA EXTERNA	Implica la eliminación de las barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de Atención.				ESTRUCTURA EXTERNA	
ACCESIBILIDAD	Posibilidad que tiene la población de ser atendida en un servicio de salud.					
Geográfica	Posibilidad de uso de un servicio de acuerdo a su ubicación física, cercana al demandante.	Tiempo utilizado para llegar al centro de salud	CUALICUANTITATIVA	NOMINAL Y DE INTERVALO		a-Menos de 15m. b- 15-30 min c- 31-60 min d- mayor de 60 min.
		Medio de transporte utilizado para llegar al Punto de atención.	CUALITATIVA	NOMINAL		a-a pie (caminando) b- transporte Publico. c- Moto. d- otro
Económica	Posibilidad de uso de un servicio, derivada de la capacidad adquisitiva de la población frente a tarifas y precios de servicios y medicamentos.	Costo para llegar a la unidad	CUALICUANTITATIVA			
		Pago por los servicios	CUALITATIVA	NOMINAL		a-Si b-No

Organizacional	Posibilidades de uso de un servicio, derivadas de disposiciones de índole operativo como ser el horario de atención, localización de especialistas, operatividad de equipos, etc.	Ubicación dentro del centro de salud	CUALITATIVA	NOMINAL		a-Accesible b-No accesible
		Señalización de los consultorios y servicios a los que deben acudir las gestantes.	CUALITATIVA	NOMINAL		a-Si b-No
		Opinión sobre los horarios que se brinda la atención	CUALITATIVA	NOMINAL		a-satisfecha b-poco satisfecha c-insatisfecha

Anexo 2 .Formulario Para Evaluación De Estructura

PROGRAMA DE CONTROL PRENATAL

PLANTA FISICA.

ITEM	SI	NO	NA
<p>1 Los consultorios para control prenatal están en el primer piso</p> <p>2 Todos los consultorios son para atención individual</p> <p>3 Los consultorios son generales y separados por cubículos</p> <p>4 Cada consultorio tiene como mínimo una superficie de 9 mts 2</p> <p>5 La sala de espera cuenta con asientos y espacio para la consulta promedio esperada</p> <p>6 Existe un ambiente disponible con ropa para vestuario de la consultante</p> <p>7 Existe local o salas para las reuniones de educación en salud y otras actividades grupales</p> <p>8 Existe vestuario y sala de descanso para el personal de salud</p>			

<p>9 Se cuenta con servicios sanitarios por cada 20 miembros del personal</p> <p>10 La circulación del personal es independiente de la del público</p> <p>11 La iluminación es suficiente para las actividades diurnas corrientes y existe disponibilidad de luz eléctrica</p> <p>12 Los pisos y paredes de los consultorios son lavables</p> <p>13 Existe baño en cada consultorio (lavamanos y sanitario)</p> <p>14 Existe un baño público contiguo a la sala de espera</p> <p>15 Existe un sistema adecuado de aireación ambiental</p> <p>16 Tiene camas o camillas asignadas para observación de pacientes de alto riesgo mientras son trasladadas</p> <p>17 Existe espacio específico para curso de preparación para la maternidad</p>			
Rango de cumplimiento			% %

%

II. RECURSOS MATERIALES.

ITEM	SI	NO	NA
18 Camilla ginecológica con escalerilla, lámpara y mesa de curaciones 19 Un escritorio con dos sillas 20 Balanza de pie 21 Tensiómetro y fonendoscopio 22 Estetoscopio de Pinnard y cinta métrica u obstétrica, gestograma 23 Equipo de órganos de los sentidos. Pilas 24 Espéculos de diferentes tamaños y pinzas de curación 25 Recipientes con gasa, algodón, apósito, aceite 26 Guantes esterilizados para uso individual 27 Soluciones antisépticas y yodadas 28 Recipiente para desechos con tapa			

29 Material didáctico para los usos específicos de la consulta			
30 Material esterilizado para uso en la consulta			
31 Doppler-Ecotonne			
Rango de cumplimiento			% %
%			

III. RECURSOS HUMANOS.

ITEM	SI	NO	NA
32 Existe un coordinador general del programa de control prenatal en la unidad			
33 Dedicar 8 horas diarias a la coordinación			
34 Dedicar menos de 8 horas diarias a la coordinación			
35 Los médicos y enfermeras que atienden la consulta prenatal tienen capacitación específica en el área			
36 Existe 1 enfermera jefe para la consulta de control prenatal			
37 La auxiliar de enfermería realiza las consultas a gestantes y puérperas de bajo			

riesgo			
38 Existe una auxiliar de enfermería por cada 8 horas de funcionamiento por consultorio para control prenatal			
39 Existe una auxiliar de enfermería por cada 8 horas de funcionamiento por cada 2 consultorios			
40 Existe un trabajador social			
41 Existe un promotor de saneamiento por cada 10.000 habitantes			
42 Se cuenta con el apoyo de otras instituciones para la educación en salud			
43 Hay un promotor de salud en la unidad y apoya el programa de control prenatal			
44 Existe un programa de odontología para atención preventiva y curativa			
Rango de cumplimiento			% %

%

IV. SUMINISTROS Y SERVICIOS DE APOYO.

ITEM	SI	NO	NA
<p>45. Dispone de medicamentos esenciales para la atención de la salud de la mujer gestante de acuerdo con el perfil epidemiológico de la localidad</p> <p>46 Dispone de toxoide tetánico conservado de acuerdo con las normas</p> <p>47 Dispone de diferentes tipos de anticonceptivos para sugerir en la consulta de puerperio</p> <p>48 Dispone de material de curación: jeringa, gasa, Algodón, esparadrapo, guantes, solución desinfectante.</p> <p>49 Tiene regularmente ropa limpia o material desechable: Sábanas, batas de pacientes.</p> <p>50 Dispone constantemente de material de limpieza e higiene</p>			

<p>51 Cuenta con adecuado material logístico y de papelería (cosedora, etc)</p> <p>52 Dispone regularmente la papelería necesaria para el funcionamiento del programa (registros, carné materno, formatos historias, etc)</p> <p>53 Dispone de material educativo audiovisual o impreso, colchonetas, grabadora</p>			
---	--	--	--

Rango de cumplimiento

% % %

VI. PROCESO DE EDUCACIÓN PRENATAL.

ITEM	SI	NO	NA
54 Educación programada con temas específicos en la sala de espera			
55 Actividades de educación en salud en cada consulta prenatal por todo el personal, incluido el médico			
56 Educación para el uso de diversos anticonceptivos y riesgo reproductivo			
57 Educación para la prevención de enfermedades de transmisión sexual			
58 Educación sobre importancia de detección de cáncer de cérvix.			
59 Educación sobre la importancia de la lactancia materna			
60 Educación sobre cuidados con las mamas y preparación de pezones			
61 Educación sobre importancia del control prenatal			
62 Educación sobre importancia del control pos-			

<p>parto, signos y síntomas pos-parto</p> <p>63 Educación sobre el método anticonceptivo quirúrgico, ligadura Pomeroy en Caso de cesárea urgente</p> <p>64 Educación sobre importancia del control de crecimiento y desarrollo del niño</p> <p>65 Educación sobre signos y síntomas de alarma y otros signos y síntomas</p> <p>66 Educación sobre el cuidado del recién nacido</p> <p>67 Educación sobre importancia del registro civil del recién nacido</p> <p>68 Educación sobre importancia de la aplicación del toxoide tetánico</p> <p>69 Educación sobre la importancia de la aplicación de vacunas del PAI al niño</p> <p>70 Educación sobre la importancia del carnet de control prenatal y de la carpeta con fotocopias de los exámenes de control prenatal en cada consulta</p>			
--	--	--	--

Rango de cumplimiento

% % %

NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Se dispone de normas escritas de atención materna y éstas incluyen:

ITEM	SI	NO	NA
<p>71 Inscripción y apertura de historia clínica y carné materno</p> <p>72 Examen clínico general</p> <p>73 Examen obstétrico</p> <p>74 Exámenes básicos de laboratorio</p> <p>75 Valoración del riesgo materno - fetal</p> <p>76 Toma de frotis vaginal</p> <p>77 Educación en salud</p> <p>78 Examen de mamas</p> <p>79 Aplicación del toxoide tetánico</p> <p>80 Citas de acuerdo con factores de riesgo materno - fetal</p> <p>81 Normas para el diagnóstico y tratamiento de las patologías gineco-obstétricos</p> <p>Las normas estipulan que en cada consulta a la gestante se determine y se registre en la historia clínica y en el carné materno:</p>			

82 Peso			
83 Altura uterina			
84 Tensión Arterial			
85 Posición fetal			
86 Frecuencia cardiaca fetal			
87 Educación en salud			
88 Identificación precoz de complicaciones			
89 Edad gestacional			
90 Se realiza seguimiento domiciliario a las gestantes con factores de riesgo por la auxiliar de enfermería, promotor de salud o partera tradicional			
Rango de cumplimiento			% % %

Se dispone de normas escritas para el control de las gestantes y éstas incluyen:

ITEM	SI	NO	NA
<p>91 Examen clínico general</p> <p>92 Valoración de riesgo reproductivo</p> <p>93 Prescripción de métodos de planificación familiar de acuerdo con el riesgo reproductivo, cuando sean solicitados</p> <p>94 Citas para control y venta de anticonceptivos</p> <p>95 Normas para identificación de complicaciones</p> <p>Los servicios que intervienen en el programa de control prenatal cuentan con:</p> <p>96 Normas para exámenes y tratamientos odontológicos a la gestante</p> <p>97 Horario diario para vacunación de gestantes, o al menos cuando hay programada consulta prenatal</p> <p>98 Registro de cumplimiento e inasistencia a las citas programadas para gestantes y puérperas</p> <p>99 Coordinación entre , promotores de salud y voluntarios de salud para realizar seguimiento</p>			

<p>domiciliario tendiente a optimizar el cumplimiento de las citas programadas</p> <p>100 Normas escritas para que el primero y el último control de la gestante de bajo riesgo se realicen por médico</p> <p>101 Normas y procedimientos que permitan que toda puérpera, especialmente de parto domiciliario, asista a control en consulta ambulatoria</p> <p>102 Normas para actividades de educación individual y en grupos en la consulta externa</p> <p>103 Normas para actividades de atención ginecológica integradas al programa materno infantil</p> <p>104 Normas para actividades de detección precoz del Cáncer de cérvix integradas al programa materno infantil</p>			
Rango de cumplimiento			% % %

GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN.

ITEM	SI	NO	NA
<p>105 El rendimiento de las horas médicas coincide con la norma (3 consultas/hora)</p> <p>106 Está sistematizado el seguimiento de la consulta ambulatoria de las egresadas de maternidad, en especial las de alto riesgo</p> <p>107 Las directivas de la unidad cuentan con una programación de actividades para gestantes y puérperas por escrito, con metas cuantificables</p> <p>108 La programación se ha basado en anteriores estudios epidemiológicos</p> <p>109 Las directivas de la unidad disponen de datos sobre población de gestantes y/o posibles usuarias del programa de control prenatal del área de influencia</p> <p>110 Las directivas de la unidad disponen de los índices de mortalidad materna, perinatal, bajo peso, abortos y partos domiciliarios en su área de influencia</p> <p>111 El personal de la unidad ha participado en la programación de las actividades del programa</p> <p>112 Se realizan evaluaciones periódicas del</p>			

<p>programa</p> <p>113 Los informes estadísticos mensuales sobre el programa son analizados por el director y el personal de las unidades</p> <p>114 El personal del programa participa en el estudio de casos y/o comité de mortalidad materna</p> <p>115 El personal del programa en la unidad recibe informe escrito de las visitas técnicas realizadas por el nivel local o distrital</p> <p>116 Se realizan reuniones de coordinación con el nivel directivo del programa en el hospital, al menos mensualmente</p> <p>117 En el último año se ha observado un aumento de la demanda por gestantes y puérperas en la unidad</p> <p>118 La atención se ofrece mediante citas programadas</p> <p>119 Las directivas de la unidad planean las vacaciones del personal del programa</p> <p>120 Se suplen las ausencias del personal por vacaciones o enfermedad</p>			
--	--	--	--

Rango de cumplimiento

% % %

ITEM	SI	NO	NA
<p>121 Las directivas de la unidad o del hospital tienen establecidos estímulos para el personal del programa, por ejemplo, capacitación</p> <p>122 Hay interés de las directivas de la unidad y el hospital en el registro cuidadoso</p> <p>123 Se está llevando un sistema de referencia a otros niveles de complejidad</p> <p>124 Se está llevando un sistema de contrarreferencia</p> <p>125 Las directivas del personal del hospital conocen las políticas y objetivos del programa de control prenatal y materno-infantil</p> <p>126 Existen mecanismos de liquidación por cada servicio o actividad prestada</p> <p>127 La unidad cuenta con un portafolio de servicios del programa</p> <p>128 Prestan servicios de PIC</p> <p>129 Prestan servicios de POS</p>			

130 Prestan servicios de POS-S			
131 Prestan servicios de planes complementarios			
132 Cuentan con un sistema electrónico para manejo de la información del programa			
133 Está organizado y funciona el comité de mortalidad materna e infantil			
134 Se realiza periódicamente auditoria médica			

Rango de cumplimiento

% % %

Total rango de cumplimiento

% % %

**Anexo 3. Cuestionario Para El Personal De La Salud Del Programa De
Control Prenatal Nivel I**

Encuesta No: _____

El propósito de este cuestionario es identificar algunos factores que determinan el impacto del programa de control prenatal, relacionados con los conocimientos y percepciones que usted posee sobre el proceso mismo de la atención brindada a las usuarias. Como usted es uno de los profesionales a cargo de éste programa en nuestro hospital, su opinión es esencial.

Por favor, diligencie el cuestionario que aparece a continuación completamente y con veracidad. El Cuestionario es anónimo y la información se utilizará para ayudar al mejoramiento de este programa.

Muchas gracias por su tiempo y colaboración.

PUNTO

DE

ATENCIÓN:

**Marque con una "X" la letra correspondiente a la respuesta que usted.
Elija para cada pregunta.**

1. Indique el número de años que lleva vinculado al hospital:

a) Menos de 2 años. c) Más de 5 hasta 10 años.

b) Más de 2 hasta 5 años. d) Más de 10 años.

2. En su sitio de trabajo, en promedio ¿cuántos minutos dura una consulta de atención prenatal?

a) Menos de 15 minutos b) Entre 15 y 20 minutos

c) Mas de 20 minutos d) Mas de 30 minutos

3. Su profesión es:

a) Médico. b) Enfermera

4. ¿Ha realizado estudios de postgrado en áreas relacionadas con el control prenatal?

(Puede marcar más de una)

a) Ninguno c) Cursos, talleres, seminarios, congresos.

b) Diplomado. d) Especialización, maestría o doctorado.

5. ¿Los equipos mínimos necesarios para brindar la atención de control prenatal se encuentran siempre disponibles y calibrados en su sitio de trabajo?

a) Sí. b) No.

6. ¿Considera que el área donde usted habitualmente desarrolla las actividades de control prenatal es adecuada en cuanto a privacidad, características físicas, orden y aseo?

a) Sí. b) No.

7. ¿La papelería mínima necesaria para brindar la atención de control prenatal se encuentra siempre disponible en cantidad adecuada?

a) Sí. b) No.

8. ¿En su sitio de trabajo se realizan actividades educativas específicamente dirigidas a gestantes?

a) Sí. b) No.

9. ¿En la consulta de control prenatal usted le explica a la paciente sobre los signos y síntomas de alarma?

a) Si b) No

10. ¿Registra usted en la historia clínica la charla sobre signos y síntomas de alarma que ofrece usted a las maternas?

a) Si b) No

11. ¿Considera usted que la planeación y organización del programa de control prenatal en su sitio de trabajo dificulta la prestación de un adecuado servicio a las usuarias?

a) Sí. b) No.

12. ¿En la consulta de control prenatal Usted le ofrece a la gestante charlas sobre lactancia materna y sus cuidados?

a) Si b) No

13. ¿Registra usted en la historia clínica la charla sobre lactancia materna que usted ofrece a las maternas?

a) Si b) No

14. ¿Conoce usted sobre algún punto de atención en nuestro hospital donde una deficiente planeación y organización del programa de control prenatal dificulte la prestación de un adecuado servicio a las usuarias?

a) Sí. b) No.

15. Los procedimientos de evaluación, diagnóstico e intervención que Usted utiliza con las usuarias del programa de control prenatal corresponden a: (marque solo una)

a) Protocolos y guías integrales de atención.

b) Consensos formales publicados por otras entidades, basados en la Literatura científica.

c) Decisiones individuales de cada profesional.

16. ¿En la consulta de control prenatal usted le explica a la gestante sobre la posibilidad de planificación familiar por medio de ligadura Pomeroy en caso de terminar el embarazo en cesárea urgente y sobre la carta de autorización para esta?

a) Si b) No

17. ¿Registra usted en la historia clínica la charla sobre planificación familiar por medio de ligadura Pomeroy en caso de terminar el embarazo en cesárea urgente y la carta de autorización para esta?

a) Si b) No

18. ¿Considera que el estándar de consultas/hora vigente en su sitio de trabajo es suficiente para la prestación de una atención prenatal con calidad?

a) Sí. b) No.

19. ¿En su sitio de trabajo se encuentra estructurado un Curso Psicoprofilactico para las Usuarías de control prenatal?

a) Sí. b) No.

20. ¿Realiza usted una exploración e intervención sistemática y completa de factores de riesgo psicosociales a las usuarias del programa de control prenatal donde Usted se desempeña?

a) Sí. b) No.

21. ¿En la consulta de control prenatal usted le explica a la materna la importancia de traer siempre consigo la carpeta con fotocopias de los exámenes de laboratorio, ecografías y el carné de control prenatal?

a) Si b) No

22. ¿En la consulta de control prenatal realiza usted charlas sobre prevención del cáncer de cérvix?

a) Sí. b) No.

23. ¿Registra usted en la historia clínica la última citología realizada por la materna?

a) Sí. b) No.

Anexo 4. Cuestionario Para Las Gestantes Del Programa De Control

Prenatal. Centro De Salud Suroccidente Ese Popayán

Fecha:

Numero de encuesta _____

El propósito de este cuestionario es identificar algunos factores que determinan el impacto del programa de control prenatal. Como Usted es usuaria de éste programa en nuestro hospital, su opinión es esencial.

El cuestionario es anónimo y la información se utilizará para ayudar al mejoramiento del programa.

Muchas gracias por su tiempo y colaboración.

Marque con una "X" la opción de respuesta que Usted elija para cada pregunta.

1. ¿Usted decidió que quería quedar embarazada?

a) Si b) No

2. ¿Cuánto tiempo de embarazo tenía cuando empezó a asistir a control prenatal en este hospital?

a) Menos de 1.

b) de 3 meses a 6 meses.

c) Más de 6 meses.

3. ¿Quién le sugirió iniciar control prenatal en este punto de atención?

- a) Usted misma.
- b) Su madre o padre.
- c) Su esposo o compañero.
- d) Un hermano/a o familiar.
- e) Un amigo/a.
- f) Un trabajador de la salud.
- g) Otra persona.

4. ¿Cuánto tiempo esperó para que la atendieran en su primera cita de control prenatal, una vez se acercó a pedirla?

- a) Menos de 1 día.
- b) Más de 1 día y menos de 1 semana.
- c) Más de 1 semana y menos de 2 semanas.
- d) Más de 2 semanas.

5. ¿Con qué frecuencia ha faltado a las consultas y actividades programadas para su control prenatal?

- a) Nunca he faltado.

b) Menos de 3 veces.

c) Entre 3 y 5 veces.

d) Más de 5 veces.

6. ¿Por qué ha faltado a las consultas y actividades programadas para su control prenatal? (Puede marcar más de 1 opción).

a) Falta de tiempo.

b) Falta de dinero.

c) Se siente incapacitada para desplazarse hasta el hospital.

d) Necesita compañía y no tiene quien la acompañe.

e) No le parecen importantes todas las actividades y selecciona a cuales ir.

7. ¿Cuando empezó su control prenatal ¿una enfermera o médico le explicó en qué iba a consistir éste y por qué era importante para Ud. y su hijo?

a) Sí. b) No.

8. En cada consulta, ¿el médico o enfermera le explican la importancia y Significado de los exámenes de laboratorio y de las ecografías y que deberá hacer en los próximos controles prenatales?

a) Sí. b) No.

9. ¿Le han entregado información por escrito sobre temas relacionados con el embarazo y sus cuidados?

a) Sí. b) No

10. ¿Le han explicado que siempre a la consulta debe de traer el carnet de control prenatal y la carpeta con fotocopia de todos los exámenes de laboratorio y ecografías?

a) Si b) No

11. ¿Le han informado mediante charlas o talleres sobre temas relacionados con el embarazo y sus cuidados?

a) Sí. b) No.

12. ¿En general, la han atendido puntualmente?

a) Sí. b) No.

13. ¿Le han informado mediante charlas o talleres sobre temas relacionados con el embarazo y la lactancia materna?

a) Si b) No

14. ¿Considera que la frecuencia con que le programan sus citas con el médico o enfermeras es suficiente?

a) Sí. b) No

15. ¿Le han informado mediante charlas o talleres sobre temas relacionados con el cuidado durante el parto y el post parto?

a) Si b) No

16. ¿Cree Usted que el programa de control prenatal que le han ofrecido en el hospital mejoró la calidad de su embarazo actual?

a) Sí. b) No

17. ¿Le han informado mediante charlas o talleres sobre temas relacionados con la planificación familiar post parto o sobre la posibilidad de ligadura de trompas Pomeroy en caso de cesárea urgente?

a) Si b) No

18. ¿En un embarazo posterior, acudiría Ud. a control prenatal nuevamente en ésta Institución?

a) Sí. b) No.

19. ¿Si en un futuro una persona cercana a Ud. necesitara los servicios de un programa de control prenatal, le recomendaría venir a este centro de salud?

a) Sí. b) No

20. ¿La relación con los médicos y enfermeras que lo atendieron fue:

a) Buena. b) Regular. c) Mala.

21. En general ¿Está satisfecha con la atención recibida en control prenatal?

a) Sí. b) No

22. ¿Cuánto tiempo lleva asistiendo al programa de control prenatal en esta Institución?

a) Entre 1 mes a 3 meses.

b) Entre 3 y 6 meses.

c) Entre 6 y 9 meses.

Anexo 5. Formulario Para Evaluación Del Proceso De Control Prenatal A

Partir De Historias Clínicas Centro De Salud Suroccidente Ese Popayán

No. de historia clínica: _____ Fecha:

Marque con una X

ITEM	SI	NO	NO APLICA
1. ¿Es la historia clínica legible en su totalidad?			
2. ¿Se encuentra registrada la edad de la paciente?			
3. ¿Se encuentra registrada la Fecha de última Menstruación?			
4. ¿Está consignada la edad gestacional en cada control?			
5. ¿Están anotadas las ecografías gestacionales realizadas?			
6. ¿Se encuentran registrados los antecedentes personales, familiares, Ginecobstetricos, quirúrgicos, alérgicos, patológicos y psicosociales?			
7. ¿Están consignados los signos vitales en cada			

control?			
8. ¿Está registrado el peso de la paciente en cada control?			
9. ¿Está el registro de altura uterina en cada control?			
10. ¿Se registró la posición fetal en la paciente del tercer trimestre?			
11. ¿Se registró fetocardia en cada control del tercer trimestre?			

ITEM	SI	NO	NO APLICA
12. ¿Se registraron en la historia clínica las actividades educativas realizadas?			
13. ¿Se registro la última citología Cérvico vaginal realizada por la gestante?			
14. ¿Se puede obtener la información sobre los exámenes prenatales recomendados?			

15. ¿Se registro las ecografías realizadas según edad gestacional?			
16. ¿Está registrado el diagnóstico obstétrico?			
17. ¿Está definido por escrito el plan con la Paciente?			
18. ¿Esta registrado las instrucciones del cuidado del carnet de control prenatal y la carpeta con fotocopias de los exámenes de laboratorio y ecografías?			
19. ¿Esta registrada la educación de signos y síntomas de alarma?			
20. ¿Esta registrada la educación de planificación familiar?			
21. ¿Esta registrada las instrucciones de realizar una carta firmada por la paciente para autorizar la ligadura de trompas en caso de cesárea urgente?			
22. ¿Esta registrada la educación de cuidados durante el embarazo y postparto?			
23. ¿Está registrada la educación de la lactancia			

materna?			
----------	--	--	--

ITEM	SI	NO	NO APLICA
24. ¿Esta registrada la educación del cuidado del recién nacido?			
25. ¿Se inicio el control prenatal en el primer trimestre?			
26. ¿Se efectuaron mínimo 8 controles prenatales?			

LICENCIA DE USO – AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES

Actuando en nombre propio identificado (s) de la siguiente forma:

Nombre Completo ASTRID MILENA NOGUERA RAMIREZ

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: 34.315.632

Nombre Completo MONICA CECILIA DUEÑAS MARTINEZ

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: 25.280.135

Nombre Completo _____

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: _____

Nombre Completo _____

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: _____

El (Los) suscrito(s) en calidad de autor (es) del trabajo de tesis, monografía o trabajo de grado, documento de investigación, denominado:

EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION DEL PROGRAMA DE CONTROL
PRENATAL A PARTIR DE LA ATENCION BRINDADA A LAS USUARIAS EN
EL CENTRO DE SALUD SUROCCIDENTE DE LA ESE POPAYAN ENERO DE 2011 -
JUNIO DE 2011.

Dejo (dejamos) constancia que la obra contiene información confidencial, secreta o similar: SI NO
(Si marqué (marcamos) SI, en un documento adjunto explicaremos tal condición, para que la Universidad EAN mantenga restricción de acceso sobre la obra).

Por medio del presente escrito autorizo (autorizamos) a la Universidad EAN, a los usuarios de la Biblioteca de la Universidad EAN y a los usuarios de bases de datos y sitios webs con los cuales la Institución tenga convenio, a ejercer las siguientes atribuciones sobre la obra anteriormente mencionada:

- A. Conservación de los ejemplares en la Biblioteca de la Universidad EAN.
- B. Comunicación pública de la obra por cualquier medio, incluyendo Internet
- C. Reproducción bajo cualquier formato que se conozca actualmente o que se conozca en el futuro
- D. Que los ejemplares sean consultados en medio electrónico
- E. Inclusión en bases de datos o redes o sitios web con los cuales la Universidad EAN tenga convenio con las mismas facultades y limitaciones que se expresan en este documento
- F. Distribución y consulta de la obra a las entidades con las cuales la Universidad EAN tenga convenio

Con el debido respeto de los derechos patrimoniales y morales de la obra, la presente licencia se otorga a título gratuito, de conformidad con la normatividad vigente en la materia y teniendo en cuenta que la Universidad EAN busca difundir y promover la formación académica, la enseñanza y el espíritu investigativo y emprendedor.

Manifiesto (manifestamos) que la obra objeto de la presente autorización es original, el (los) suscritos es (son) el (los) autor (es) exclusivo (s), fue producto de mi (nuestro) ingenio y esfuerzo personal y la realizo (zamos) sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es de exclusiva autoría y tengo (tenemos) la titularidad sobre la misma. En vista de lo expuesto, asumo (asumimos) la total responsabilidad sobre la elaboración, presentación y contenidos de la obra, eximiendo de cualquier responsabilidad a la Universidad EAN por estos aspectos.

En constancia suscribimos el presente documento en la ciudad de Bogotá D.C.,

NOMBRE COMPLETO: <u>MONICA DUEÑAS</u>	NOMBRE COMPLETO: _____
FIRMA: <u>[Firma]</u>	FIRMA: _____
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <u>25.220.135</u>	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____
FACULTAD: _____	FACULTAD: _____
PROGRAMA ACADÉMICO: <u>AUDIOLIA DE SALUD</u>	PROGRAMA ACADÉMICO: _____

NOMBRE COMPLETO: <u>ASTRID MILENA NOGUERA</u>	NOMBRE COMPLETO: _____
FIRMA: <u>[Firma]</u>	FIRMA: _____
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <u>34.315.632</u>	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____
FACULTAD: _____	FACULTAD: _____
PROGRAMA ACADÉMICO: <u>AUDIOLIA DE SALUD</u>	PROGRAMA ACADÉMICO: _____

Fecha de firma: 22 de Mayo de 2012