

UNIVERSIDAD AUTONOMA JUAN MISAEL SARACHO
SECRETARIA DE EDUCACION CONTINUA
DIRECCION DE POSGRADO
POSGRADO EN SALUDMAESTRIA EN SALUD PUBLICA MENCION
“GERENCIA Y ECONOMIA DE LA SALUD”



TRABAJO DE TESIS
CALIDAD DEL REGISTRO DE LA HISTORIA CLINICA PERINATAL EN EL
CENTRO DE SALUD APOSTOL SANTIAGO DEL MUNICIPIO DE TUPIZA
EN LA GESTION 2018

Trabajo de investigación presentado a consideración a la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho, como requisito para la obtención del Título de Master en Salud Pública mención Gerencia y Economía de la Salud

MAESTRANTE: DRA. VARINIA INGRID CHUNGARA CHOQUE

TUTOR: MSC. DRA. M. VIRGINIA IBARRA M.

TUPIZA – BOLIVIA

2019

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado primeramente a Dios porque solo él es grande y poderoso.

A mi amada madre y padre, por todo su apoyo cariño y comprensión a lo largo de mi carrera.

A todos mis maestros por todas sus enseñanzas

A todas las pacientes embarazadas, este estudio es para mejorar la calidad de atención de cada una de ustedes.

AGRADECIMIENTO

A Dios sobre todas las cosas porque es el único que nos sostiene ante las adversidades y siempre está a mi lado para levantarme después de la caída.

A mis Padres y familia que los amo con todo mi corazón, porque ellos me han dado todo de si para ser cada día mejor, son mi inspiración.

A mi tutora la Doctora Virginia Ibarra, que siempre me atendió con paciencia y dedicación, gracias por su aliento, consejos y críticas.

A mis colegas y amigos que conocí a lo largo de este camino, porque compartieron junto conmigo sus conocimientos, alegrías y tristezas, logrando salir de las adversidades como una familia.

INDICE
PÁGINA

INTRODUCCIÓN.....	1
1.- PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.1.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.2.-FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.3.- OBJETIVOS.....	3
1.3.1.- OBJETIVO GENERAL.....	3
1.3.2.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	3
1.4.- JUSTIFICACIÓN.....	4
1.4.1.- VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
2.-MARCO TEÓRICO.....	6
2.1. ANTECEDENTES.....	6
2.2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	7
2.2.1.-CONCEPTOS BÁSICOS.....	7
2.2.2.-IDENTIFICACIONDE LA EMBARAZADA.....	12
2.2.3.- ANTECEDENTES FAMILIARES PERSONALES.....	15
2.2.4.- GESTACION ACTUAL.....	18
2.2.5.-CONSULTAS PRE NATALES	17
2.3. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.....	33

2.4. ALCANCE DEL ESTUDIO.....	34
2.5.- HIPOTESIS.....	34
3.- DISEÑO METODOLÓGICO.....	35
3.1.- TIPO DE ESTUDIO.....	35
3.2.-UNIDAD DE ANÁLISIS Y UNIVERSO DE ESTUDIO.....	35
3.3.- CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	35
3.4.-CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	36
3.5.-OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	37
3.6.-RECOLECCIÓN DE DATOS.....	73
3.7.-PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	73
3.7.1.-DISEÑO DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN.....	74
3.7.2.-VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN....	74
4.- RESULTADOS.....	75
4.1. RESULTADOS ANALISIS Y DISCUSION.....	75
4. 2. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	89
4. 2.1. CONCLUSIONES.....	89
4. 2. 2. RECOMENDACIONES.....	90
...	
5.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA	91
6.- ANEXOS.	

RESÚMEN.

El presente estudio tiene como objetivo evaluar la Calidad del Registro de la Historia Clínica Perinatal en el Centro de salud Apóstol Santiago en la gestión 2017_2019. Constituye un estudio de tipo cualicunatitativo descriptivo, retrospectivo

El universo fue constituido por 69 embarazadas activas en el sistema de salud durante el periodo de estudio, la muestra correspondió a 69 historias clínicas perinatales de embarazadas activas, se realizó un muestreo probabilístico, aleatorio sistemático. La fuente de información fue secundaria. La información obtenida fue registrada en una base de datos en Excel v. obteniéndose frecuencias y porcentajes.

Los resultados más llamativos están el bajo cumplimiento de las 13 actividades registradas en la HCP con apenas un 23%. Entre otros registros de bajo porcentaje están la Curva de Incremento de peso materno 49%, la curva de altura uterina 45%, la Consejería de Lactancia Materna 54%, la preparación del parto 35%.

En el análisis del llenado de la Historia Clínica Perinatal se encontró que en el segmento de identificación, las limitaciones se en el registro del teléfono, lugar de parto/ aborto y el numero de identidad. En cuanto al segmento de antecedentes se encontraban registrados en su totalidad. El déficit en los exámenes de laboratorio antes y después de las 20 semanas de gestación en su mayoría en Chagas, Bacteriuria, Glicemia en Ayunas y prueba de Estreptococo, VIH, .

Durante el registro de la gestación actual la mayor debilidad esta en el registro de la curva de incremento de peso materno, la curva de altura de fondo uterino, la preparación del parto y la consejería para la lactancia materna. Se recomienda principalmente implementar un plan de

capacitación, evaluación y promoción continuo del correcto llenado de la HCP, en todas las unidades de salud donde se brinda Atención Prenatal.

INTRODUCCION

Bolivia adoptó la Historia Clínica Perinatal Básica (HCPB) desde hace más de 20 años, realizando su primera actualización en el año 2004 y la última en el año 2018 denominándole a partir de este año Historia Clínica Perinatal Básica (H.C.P.B), la cual está vigente; y en ella se incluyeron las variables necesarias para garantizar un abordaje integral con las mejores intervenciones basadas en evidencia para la reducción de la morbilidad materna y neonatal. La HCPB, forma parte de los componentes del Sistema Informático Perinatal (SIP), el cual junto con el Carné Perinatal son instrumentos diseñados para fortalecer la calidad de la atención materno-infantil, mediante la organización de los servicios.

La HCPB es una herramienta útil, dinámica y ágil, dirigida al personal de salud que presta servicios a la población y enfocada para el proceso de atención a las mujeres durante el embarazo, parto, puerperio y recién nacido. Con esta herramienta se pretende que el personal de salud tomador de decisión, cuente con información actualizada y de calidad que le permitan realizar análisis y tomar decisiones de manera oportuna y acertada.

La razón de la mortalidad materna es un indicador de las condiciones de vida y asistencia sanitaria de una población y la casi totalidad de ellas ocurre en países en vías de desarrollo (99%). En el periodo del 2000 – 2011 se registran 187 y 160 respectivamente por cada por cada 100.000 nacidos vivos. (Estudio nacional de muerte materna 2011. Min salud. INE)

El conocimiento de la calidad del control prenatal en relación a sus requisitos básicos y según el llenado de la HCPB es de suma importancia porque una buena calidad de la misma refleja en gran medida la calidad de la atención de la mujer embarazada.

1.- PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1. 1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La historia clínica perinatal es un instrumento útil para el seguimiento de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y al recién nacido, a través de ella tenemos la oportunidad de identificar factores de riesgo de forma temprana, que permite toma de decisiones oportunas, las cuales han contribuido en la disminución de la mortalidad perinatal en los países donde se ha utilizado; pero aun con este instrumento existe cerca de 15% de mujeres embarazadas que al momento del parto pueden presentar una o más complicaciones que pongan en riesgo su vida por lo cual es esencial que los establecimientos de salud se encuentren preparadas para brindar cuidados obstétricos e inclusive para mayores complicaciones. Es esencial que los datos registrados en la HCPB sean completos, válidos, confiables y estandarizados, para obtener resultados efectivos en los indicadores de salud, porque si este instrumento no es correctamente registrado podremos estar ante un riesgo obstétrico y por ende ante una morbilidad materno neonatal.

I

En América Latina y el Caribe aproximadamente el 75 por ciento de los partos, tiene lugar en centros asistenciales. Pese a ello, en 17 países la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal son mayores de lo previsto para la población en riesgo, de lo que se infiere una deficiente calidad de la atención de salud. Aun cuando en países como Bolivia, existen normativas específicas para la atención de la mujer embarazada incluyendo el llenado adecuado de la HCPB, los indicadores de mortalidad materna y perinatal siguen siendo elevados.

1. 2.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Es importante conocer si el llenado de la Historia Clínica Perinatal se está haciendo de forma adecuada y si se están identificando los factores de riesgo principales. Por lo tanto consideramos importante plantearnos la siguiente interrogante:

¿Cuál es la calidad del registro de la Historia Clínica Perinatal en el Centro de Salud Apóstol Santiago del Municipio de Tupiza en la gestión 2018 ?

1. 3.- OBJETIVOS

1. 3. 1- OBJETIVO GENERAL

Determinar la Calidad del registro de la Historia clínica perinatal en el Centro de Salud Apóstol Santiago del Municipio de Tupiza en la gestión 2018

1.3. 2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar el registro de la sección de los datos de Identificación de la mujer embarazada en la H.C.P.B. en el Centro de Salud Apóstol Santiago en el Municipio de Tupiza en la gestión 2018
- Analizar la calidad del registro de la sección de los antecedentes patológicos y obstétricos de la mujer embarazada en la H.C.P.B en el Centro de Salud Apóstol Santiago en el Municipio de Tupiza en la gestión 2018

- Evaluar el registro de datos de la sección de la gestación actual .en la H:C:P:B en el centro de Salud Apóstol Santiago en el Municipio de Tupiza en la gestión 2018
- Identificar la calidad de registro de la sección de controles antenatales en sus 14 parámetros en la H.C.P.B en el Centro de Salud Apóstol Santiago en el Municipio de Tupiza en la gestión 2018

1.4.- JUSTIFICACIÓN

Bolivia es uno de los países con niveles de mortalidad materna, neonatal e infantil, más alta en la región de las Américas, la mortalidad materna es de 160 por 100.000 N.V. y la mortalidad neonatales de 27 por 1000 N.V. estos promedios nacionales enmascaran realidades más dramáticas cuando se discrimina por departamentos o determinantes de la salud.

Entre la causas más frecuentes de la muerte materna se encuentran las hemorragias, infecciones, abortos, hipertensión y otros. El 42% de muertes maternas ocurren en domicilio, 37% en los establecimientos de salud y el 17% en el traslado, en base a esta situación de salud se han desarrollado varias estrategias tendientes a la reducción de la mortalidad materna, perinatal y neonatal, tales como el parto limpio y gratuito, intervenciones de salud sexual y reproductiva, implementación de seguros públicos y erradicación de la desnutrición pero estos indicadores siguen siendo elevados en nuestro país y departamento, ante datos alarmantes y como personal de salud no podemos quedar indiferentes por lo cual nos lleva hacer este estudio y trabajar en los estándares de proceso de la calidad de atención a la población, a través del cumplimiento de guías y normas, sin embargo el solo conocimiento y cumplimiento mecánico y rutinario de estas guías y normas no garantiza la calidad, sino también se acompaña de calidez

que se hace extensivo otorgándoles una atención con respeto a su dignidad , su identidad particular y sus derechos

Es por eso que se debe trabajar en la calidad del registro de la Historia Clínica Perinatal Básica que fue creada pensando en los países que poseen un sistema de salud carente de organización y recursos; gracias al Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) beneficiosa por su bajo costo y sobre todo su sencillez es una herramienta extremadamente útil para la atención de los embarazos, partos y recién nacidos. (Fescina, R. H. y col, 2010). La HCPB proporciona un sistema de advertencia sobre algunos factores preponderantes que pueden elevar el riesgo perinatal.

Esta historia clínica simplificada cumple con objetivos muy específicos como son normalizar y unificar la recolección de datos, facilitar al personal de salud la aplicación de normas de atención para la embarazada y el recién nacido, construir un registro de datos perinatales básicos para la investigación de servicios de salud y entre otros muchos otros datos útiles para la calidad de atención.

Conveniencia: Ya sea por sobresaturación del trabajo del personal de salud, inadecuada capacitación o errónea interpretación de la H.C.P.B. es de sumo interés darle la importancia que merece para el correcto registro de dicho documento legal.

Relevancia social: El registro adecuado de la H.C.P. nos facilita la toma de decisiones oportunas ya que entre más factores de riesgo se identifiquen y se registren, más rápido se realiza la intervención o conducta necesaria. Tenemos que recordar que la H.C.P. tiene que ser vista como un todo, esta protege al binomio materno – neonatal. Disminuyendo con esto los casos de mortalidad materna en el país, que es un objetivo del milenio, mejorando los

indicadores de condiciones de vida y asistencia sanitaria de nuestra población

Implicaciones Prácticas: Es a través de este documento que se puede realizar una correcta y fácil identificación de los pacientes de alto y de bajo riesgo en el momento del control pre natal y disminuir con esto los casos de mortalidad materna

Valor Teórico: La calidad del correcto registro de la H.C.P. se convierte en necesaria la investigación sobre este tema y conocer el tipo y la calidad de trabajo que el personal de salud está realizando en el establecimiento de salud.

Utilidad Metodológica: El trabajo de investigación nos ayudara a mejorar la calidad del registro de la H.C.P. con métodos estratégicos de capacitación continua y seguimiento al personal de salud

1.4.1.- VIABILIDAD DE LA INVESTIGACION

Para esta investigación se emplearan materiales de bajo costo los cuales se encuentran disponibles en el establecimiento de salud, como son las Historias Clínicas Perinatales de una gestión, a los cuales se tendrá acceso a través de solicitudes escritas a autoridades correspondientes.

2.- MARCO TEORICO

2.1.- ANTECEDENTES

A nivel mundial las tasas de mortalidad materna si bien han disminuido, aún continúan altas, es por ello que se ha venido realizando esfuerzos para brindar una mejor atención que detecte los riesgos para dar una oportuna valoración.

Para 1997 en nuestro país se ha venido impulsando la aplicación de procesos de monitorización de indicadores y medir lo que conocemos de los

estándares de calidad que se cumplen en toda usuaria embarazada que demande los servicios de atención prenatal

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas han planteado un gran desafío referente al monitoreo de los indicadores de las metas relacionadas con la salud sexual y reproductiva. Los sistemas de información deben estar orientados a facilitar el cumplimiento de estos compromisos además de garantizar la calidad de las prestaciones que se brindan. Esta calidad de la atención se sustenta en la organización de los servicios y en un sistema de información adecuado que debe contar con una Historia Clínica apropiada y un flujo de la información que garantice a quien atienda el caso en el lugar y momento en que lo haga, que todos los datos necesarios para el correcto manejo estén en su poder.

En 1983, el CLAP/SMR publicó el Sistema Informático Perinatal (SIP). El SIP es un producto de consenso técnico entre cientos de profesionales de la Región convocados periódicamente por el CLAP/SMR para su revisión

y forma parte de las herramientas (tool kit) de la OPS para mejoría de la calidad de la atención de madres y recién nacidos. En más de 25 años de su desarrollo recoge las lecciones aprendidas en su implementación en todos los niveles de atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. Su validación es el resultado de un largo proceso de adopción y uso mantenido en cientos de instituciones de asistencia pública, de Seguridad Social y Hospitales Universitarios de la Región. Su sustentabilidad se basa en capacitación de personal, que CLAP/SMR ha iniciado en la mayoría de los servicios públicos de atención perinatal y que forma parte de la currícula de enseñanza en numerosas escuelas de medicina, enfermería y partería de la Región. Los datos de cada mujer embarazada y de su hijo, se recogen desde la primera

visita antenatal, acumulando la información de los eventos sucesivos hasta el alta de ambos luego del parto.

2.2.- MARCO TEORICO CONCEPTUAL

2.2.1.- CONCEPTOS BASICOS

Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal. Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbilidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna. Schwartz define al control prenatal como serie de contactos, entrevistas y visitas programadas de la embarazada con el integrante del equipo de salud, donde el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza. El control prenatal es eficiente, cuando cumple con cuatro requisitos básicos que son:

- 1. PRECOZ:** Es cuando la primera atención se efectúa durante los 3 primeros meses de embarazo.
- 2. PERIODICA:** Es la frecuencia con que se realizan las atenciones prenatales de las embarazadas que acuden a las unidades de Salud.
- 3. CONTINUA:** Es la secuencia de las atenciones que se brindan de forma sistemática e ininterrumpida.
- 4. COMPLETA:** Es cuando el contenido de las atenciones garantizan el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la embarazada.

5. AMPLIA COBERTURA: Es el porcentaje de población embarazada que es controlada. La cobertura meta por territorio es del 100%.

6. CALIDAD: Las atenciones deben brindarse previo consentimiento informado, con base en estándares clínicos, gerenciales y de satisfacción a las embarazadas, que se fundamentan en la aplicación del presente protocolo.

7. EQUIDAD: La población tiene oportunidad de acceder y utilizar los servicios sin distinción de edad, condición económica, raza, religión, credo político y son accesibles desde el punto de vista cultural adaptando sus intervenciones según las necesidades de las poblaciones indígenas y comunidades étnicas. (Normas y Protocolos para la Atención Prenatal, Parto, Recién Nacido. Ministerio de salud)

El Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR) es un centro y unidad técnica de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS) que brinda asesoría técnica a los países de América Latina y el Caribe en el área de la salud sexual y reproductiva. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas han planteado un gran desafío referente al monitoreo de los indicadores de las metas relacionadas con la salud sexual y reproductiva. Los sistemas de información deben estar orientados a facilitar el cumplimiento de estos compromisos además de garantizar la calidad de las prestaciones que se brindan. Esta calidad de la atención se sustenta en la organización de los servicios y en un sistema de información adecuado que debe contar con una Historia Clínica apropiada y un flujo de la información que garantice a quien atienda el caso en el lugar y momento en que lo haga, que todos los datos necesarios para el correcto manejo estén en su poder.

En 1983, el CLAP/SMR publicó el Sistema Informático Perinatal (SIP). (Fescina, R. H. y col, 2010). El SIP es un producto de consenso técnico entre

cientos de profesionales de la Región convocados periódicamente por el CLAP/SMR para su revisión y forma parte de las herramientas (tool kit) de la OPS para mejoría de la calidad de la atención de madres y recién nacidos. En más de 25 años de su desarrollo recoge las lecciones aprendidas en su implementación en todos los niveles de atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. Su validación es el resultado de un largo proceso de adopción y uso mantenido en cientos de instituciones de asistencia pública, de Seguridad Social y Hospitales Universitarios de la Región.

Su sustentabilidad se basa en capacitación de personal, que CLAP/SMR ha iniciado en la mayoría de los servicios públicos de atención perinatal y que forma parte del área curricular de enseñanza en numerosas escuelas de medicina, enfermería y partería de la Región. Los datos de cada mujer embarazada y de su hijo, se recogen desde la primera visita antenatal, acumulando la información de los eventos sucesivos hasta el alta de ambos luego del parto.

El SIP está constituido por un grupo de instrumentos originalmente diseñados para uso en los servicios de gineco/obstetricia y neonatología. Estos instrumentos son la Historia Clínica Perinatal (HCP), el carné perinatal, el formulario de aborto, el partograma, hospitalización neonatal, enfermería neonatal y los programas de captura y procesamiento local de datos.

Los objetivos del SIP son:

- Servir de base para planificar la atención
- Verificar y seguir la implantación de prácticas basada en evidencias
- Unificar la recolección de datos adoptando normas
- Facilitar la comunicación entre los diferentes niveles
- Obtener localmente estadísticas confiables
- Favorecer el cumplimiento de normas

- Facilitar la capacitación del personal de salud
- Registrar datos de interés legal
- Facilitar la auditoria
- Caracterizar a la población asistida
- Evaluar la calidad de la atención
- Categorizar problemas
- Realizar investigaciones epidemiológicas operacionales

El SIP permite que en la misma maternidad, los datos de la HC puedan ser ingresados a una base de datos creada con el programa del SIP y así producir informes locales. A nivel de país o regional, las bases de datos pueden ser consolidadas y analizadas para describir la situación de diversos indicadores en el tiempo, por áreas geográficas, redes de servicios u otras características poblacionales específicas. En el nivel central se convierte en un instrumento útil para la vigilancia de eventos materno-neonatales y para la evaluación de programas nacionales y regionales.

Desde 1983 la HCP ha sido modificada en varias ocasiones (Fescina, R. H. y col, 2010). Estas modificaciones obedecen a la necesidad de mantener actualizado su contenido con la mejor evidencia científica disponible, así como incluir las prioridades –nacionales e internacionales- definidas por los Ministerios de Salud . Su formato y diseño, sin embargo, han sufrido pocas modificaciones. Los datos clínicos desde la gestación hasta el puerperio se presentan en una sola página, la mayor parte de datos clínicos sólo requieren registrar una marca en espacios previamente predefinidos y aquellos datos que requieren mayor información, estudio o seguimiento (alerta) son presentados en color amarillo.

La HCP es un instrumento diseñado para ayudar en las decisiones relacionadas con el manejo clínico individual de la mujer embarazada durante el control prenatal, el parto y el puerperio y del neonato y/o en el

ingreso por aborto, incluyendo el período pos-aborto hasta el alta. Cuando su contenido forma parte de una base de datos, la HCP se convierte en un instrumento útil para la vigilancia clínica y epidemiológica de éstos eventos desde una visión de Salud Pública. Es esencial que los datos registrados en la HCP sean completos, válidos, confiables y estandarizados.

El llenado de cada segmento no es responsabilidad de una persona sino de un equipo multidisciplinario y la calidad del llenado es vital, ya que la HCP forma parte del Expediente Clínico y está sujeta a las Auditorías Médicas.

Esta información es presentada siguiendo las secciones de la HCP. Los términos de la HCP serán presentados tanto en su denominación completa como en su versión abreviada o iniciales.

La Historia Clínica Perinatal constituye la fuente de datos más valiosa con la que cuenta el personal de salud, ya sea para conocer las características de la población usuaria, evaluar los resultados de la atención brindada, identificar los problemas prioritarios y realizar un sinnúmero de investigaciones operativas.

El Carné Perinatal tiene en su reverso las gráficas de la altura Uterina y la Edad Gestacional en Semanas y el Incremento de Peso Materno con la Edad Gestacional en Semanas. Así como algunas orientaciones para proteger su embarazo, algunas Señales de Peligro y los Datos generales de la paciente y el establecimiento de salud.

Es importante resaltar que los datos registrados en la HCP sean completos, válidos, confiables y estandarizados; ya que constituye la fuente de datos más valiosa con la que cuenta el personal de salud, ya sea para conocer las características de la población usuaria, evaluar los resultados de la atención brindada, identificar los problemas prioritarios y realizar un sinnúmero de

investigaciones operativas. Es por esto que instrumento fue diseñado para ser de fácil y simplificado manejo para el personal de salud.

Para llenar correctamente cada variable de la Historia Clínica Perinatal por segmento (Ministerio de Salud, Bolivia 2004) se procederá de la siguiente manera:

Segmentos de la Historia Clínica Perinatal

SECCIÓN 1.- IDENTIFICACION DE LA EMBARAZADA.

NOMBRE. Los nombres completos y apellidos paterno y materno de la embarazada. Copiarlos del documento de identidad cuando lo presente.

DOMICILIO. Se refiere a la residencia habitual de la embarazada. Registrar la calle y el número cuando es posible o copiarlo del carnet de identidad si es el actual, también se puede anotar referencia del domicilio como al lado de la iglesia, frente a la gasolinera, etc.

ZONA. Donde radica la mujer embarazada de acuerdo a la zonificación municipal.

LOCALIDAD/COMUNIDAD. Se refiere al nombre de la ciudad, pueblo o lugar donde radica. Si no se pudiera identificar el domicilio con estos datos, anotar cualquier otra referencia que facilite su ubicación. (Ej. Km. 5 de la carretera al norte).

MUNICIPIO. Si no refiere la mujer embarazada, anotar de acuerdo a las anteriores referencias de conocimiento general.

RED. A la que corresponde el establecimiento de salud como puerta de entrada al sistema de salud, si la mujer embarazada vive en el área de influencia de la red, caso contrario a la que corresponde donde radica la mujer embarazada..

TELEFONO. Anotar el número telefónico del domicilio o del celular de la embarazada si corresponde, si no tuviera se puede anotar un teléfono fijo o de referencia donde personal de salud pueda comunicarse con la embarazada o con la familia.

IDIOMA HABLADO. El que refiera la mujer o en el que nos estamos comunicando. (Asignada como L 9 – Variable libre No. 9 utilizada para procesamiento en el SIP nacional).

LENGUA MATERNA. El que refiera la mujer o indagar el que habla o hablaban sus padres o en el lugar que nació. (Asignada como L 10 – Variable libre No. 10 utilizada para procesamiento en el SIP nacional).

FECHA DE NACIMIENTO. Completaremos el día, mes y año del nacimiento de la embarazada, cuando refiere, caso contrario se puede ayudar o interrogar en base a días o fechas históricas que coincidan con su cumpleaños o el día que nació.

EDAD. La de la embarazada en años cumplidos a la primera consulta. Si es menor de 15 años o mayor de 35, marcar el círculo amarillo correspondiente.

AUTOIDENTIFICACION. La que se identifique la mujer embarazada, en caso de auto identificarse como indígena, busque en el reverso de la HCPB si es una de las 36 nacionalidades que reconoce nuestra Constitución Política del Estado o marcar otra en caso de no estar en la lista; (esta variable ha sido asignada como L 11 – Variable libre No. 11 utilizada para procesamiento en el SIP nacional).

ALFABETA. Si lee y escribe marcar “sí”, en caso contrario marcar “no”.

ESTUDIOS. Los cursados en el sistema formal de educación. Marcar solamente el mayor nivel alcanzado, completado o no.

AÑOS EN EL MAYOR NIVEL. Señalar los años cursados en el mayor nivel de educación alcanzado por la embarazada.

ESTADO CIVIL. El del momento de la primera consulta. Se entiende por “unión estable” la convivencia permanente con un compañero, el concubinato, sin formalización legal. En “otro” se incluye separada, divorciada, viuda. También se registra si vive sola o no.

LUGAR DEL CONTROL PRENATAL. Anotar el código asignado por el SNIS al lugar donde se realizó o realiza el control prenatal. Si el control se lo realizó en el mismo establecimiento donde se terminó el embarazo se repite el código de la variable.

PARTO EN. El código asignado por el SNIS al establecimiento en el que finalizó el embarazo. También admite hasta ocho dígitos.

CEDULA DE IDENTIDAD. Corresponde al número de documento de identificación, es recomendable que este ítem sea llenado con un número de uso nacional, tal como la Cédula de Identidad o codificación asignada por autoridades nacionales, admite hasta 9 dígitos.

FECHA DE NACIMIENTO O NUMERO DE REGISTRO. Corresponde al número de Historia Clínica asignada en el establecimiento; es recomendable que este ítem sea llenado con un número de uso nacional en base a la fecha de nacimiento y las iniciales de los nombres y apellidos como el caso del registro de la Caja Nacional de Salud, ya que acepta nomenclatura alfanumérica; también puede ser en base a la Cédula de Identidad o codificación asignada por autoridades nacionales de acuerdo al Departamento, Red Municipal, etc. Admite hasta 9 dígitos.

Estos datos se obtienen al momento de la primera consulta. Si la mujer es hospitalizada (por trabajo de parto, por aborto o enfermedad) en un establecimiento diferente al lugar del control prenatal, los datos de esta sección podrán obtenerse del CARNET DE SALUD DE LA MADRE o por interrogatorio directo al momento del ingreso.

SECCIÓN 2: ANTECEDENTES: FAMILIARES PERSONALES Y OBSTETRICOS

Se refiere a los antecedentes familiares, personales y obstétricos obtenidos por interrogatorio a la embarazada en la primera consulta prenatal. Si la embarazada ingresa en trabajo de parto, para estudio o tratamiento y no se ha controlado en el establecimiento, estos datos podrán obtenerse del carnet de salud de la madre o por interrogatorio en el momento de su ingreso. Marcar el casillero correspondiente y se puede ampliar en otras hojas de la Historia Clínica toda vez que la respuesta corresponda a un casillero amarillo.

ANTECEDENTES FAMILIARES. Se refieren a los parientes cercanos de la embarazada (padres, hermanos, abuelos, hijos) y su cónyuge o pareja

ANTECEDENTES PERSONALES. Se refiere a los antecedentes propios de la mujer embarazada. Notar que la lista incluye las patologías mencionadas en los antecedentes familiares más otros seis antecedentes (cirugía génito urinario, infertilidad, cardiopatía, nefropatía, violencia y VIH, este último en la HCP no así en el carnet por confidencialidad del dato. Marcar el casillero correspondiente "sí" o "no". En el caso de "OTROS" especificar. El termino cirugía genito urinaria no incluye a las cesáreas.

En cuanto al tema de violencia, se recomienda indagar simultáneamente tanto el antecedente como la presencia o no de violencia como antecedente. Como también se indagará con detalla en gestación actual.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS. Llenar los casilleros correspondientes interrogando a la embarazada en la secuencia indicada. El número de gestas, por corresponder a ANTECEDENTES, no incluye el embarazo actual y si es primigesta colocar 00, pero debemos indagar a más profundidad si antes de este embarazo tuvo abortos lo que invalida los 00 y debe colocarse el número correspondiente a los embarazos que fueron interrumpidos antes de este embarazo.

Marcar también en el recuadro de ultimo previo si NO existe previo o existe y fue normal o los casilleros amarillos en caso de que el último previo recién nacido hubiera pesado menos de 2500 g, o que hubiese pesado más de 4000 g. y más abajo en el otro recuadro si existe antecedente de la embarazada de gemelares anteriores.

ABORTOS. Se define como "aborto", a la expulsión del producto de la gestación antes de las 22 semanas o con un peso menor a 500 gramos. Se registraran de la misma manera los antecedentes de abortos espontáneos o inducidos.

En relación al número de abortos, si la mujer reporta haber tenido 3 abortos espontáneos consecutivos, entonces marcar el casillero amarillo correspondiente.

NACIDOS VIVOS. Según la CIE 10 se clasificará un recién nacido - RN como vivo si muestra cualquier signo de vida después de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo. Se consideraran signos de vida el RN respira, late su corazón, su cordón pulsa o tiene movimientos apreciables de los músculos voluntarios.

La clasificación de un nacimiento como vivo es independiente de que se haya cortado o no el cordón umbilical o que la placenta permanezca unida o no.

EMBARAZO ECTOPICO. Se anotara el número correspondiente como antecedente de embarazo o gesta previa, aunque en este caso es producido fuera del útero.

NACIDOS MUERTOS. Según la CIE 10 se clasificara RN como muerto si no evidencia signos de vida luego de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre independientemente de la duración del embarazo.

VIVEN. Se refiere al número de hijos que están vivos al momento de la consulta.

MUERTOS PRIMERA SEMANA /muertos 1ª sem.. Se refiere a los RN que nacieron vivos pero que murieron dentro el periodo correspondiente entre el nacimiento y hasta el séptimo día (6 días, 23 horas, 59 minutos) y se registrara en el rectángulo correspondiente.

MUERTOS DESPUES DE PRIMERA SEMANA/después 1ª sem.. Se refiere a los RN que nacieron vivos pero que murieron después de la primera semana de vida (7 días o mas) No hay límite superior y en teoría incluye las muertes ocurridas hasta el mismo día de la consulta, lo que se registrara en el rectángulo correspondiente. Cada parto múltiple previo se registra como una gesta con dos o más partos y con dos o más hijos. La suma de “abortos” y “partos” debe ser igual al número de gestas, excepto en caso de antecedentes de embarazo múltiple.

FIN DE EMBARAZO ANTERIOR. Anotar el día, mes y el año de finalización del embarazo inmediatamente anterior al actual, ya sea que se trate de un parto o un aborto. Colocar 00 si se trata de una primigesta. Marcar el círculo amarillo si la finalización del embarazo anterior ocurrió antes de un año del

inicio del embarazo actual (intervalo intergenésico entre parto previo y gestación actual es menor a un año o el intervalo entre aborto previo y gestación actual es menor a un año).

EMBARAZO PLANEADO. Se refiere al embarazo planificado o deseado, que sucede en un momento oportuno, cuando se cumplan ambas condiciones se marcara SI, cuando no se cumple una de las dos condiciones se marcara NO (en amarillo).

FRACASO METODO ANTICONCEPTIVO (antes del embarazo actual). Se entiende por fracaso si la mujer estaba usando algún método anticonceptivo en el momento de la concepción. No usaba ningún método (no usaba).

- Barrera: condón masculino o femenino, diafragma, capuchos cervical.
- Dispositivo intrauterino (DIU).
- Hormonal: oral (píldoras), transdérmico (parche, vaginal) implante subdermico o inyectable.
- Anticoncepción de emergencia (emergencia): Levonorgestrel solo o de estrógenos y progestina combinados.
- Métodos naturales (natural): método de día fijo, MELA, abstinencia periódica , ritmo, Billings, entre otros.

SECCIÓN 3. GESTACION ACTUAL

Se registran los datos recabados durante el primer control prenatal del embarazo actual y se va completando en los controles sucesivos.

PESO ANTERIOR. El peso en kilogramos de la mujer, PREVIO al embarazo actual, en caso de ser difícil su obtención o no recordar la embarazada se puede utilizar la tabla de Jelliffe, existente en la Norma Nacional que calcula en base a la talla de la mujer embarazada el peso habitual. Esta variable es muy importante para la construcción de la gráfica de ganancia de peso

durante el embarazo, del reverso del carnet de salud de la madre, así como el Índice de masa corporal previo.

TALLA (cm). Este dato requiere ser medido directamente al momento de la primera visita de control. La técnica de medida consiste en que la gestante se ubique de pie, sin calzado, con los talones juntos, bien erguida, con los hombros hacia atrás, la vista al frente y su espalda en contacto con el tallímetro. El dato obtenido se registrara en centímetros.

INDICE DE MASA CORPORAL (IMC inicial). Este dato es muy útil para evaluar el estado nutricional de la mujer antes del embarazo, se calcula dividiendo el peso anterior al actual embarazo en kilogramos (Kg) sobre el cuadrado de la talla expresada en metros cuadrados (Asignada como L 0, primera variable nacional libre utilizada en el SIP nacional), cuyo resultado debe ser observada en la tabla de valores del IMC según Atalah de mujer no embarazada que se encuentra en la Norma Nacional y en el Manual del Continuo de la Atención y de acuerdo al índice se clasifica en:

E = enflaquecida.

N = normal.

S = sobrepeso.

O = obesidad

(Asignada como L 1, variable libre 1 utilizada para procesamiento en el SIP nacional).

F.U.M. Fecha de última menstruación: El primer día, el mes y el año de la última menstruación.

F.P.P. Fecha probable de parto. El día, mes y año en que se cumplirán las 40 semanas de gestación. Para su cálculo usar un gestograma o cualquier otro calendario obstétrico. Como en el ítem anterior se recomienda completar siempre este dato aunque existan dudas sobre la FUM. Nota: Los diferentes métodos para calcular la FPP no coinciden exactamente.

CONFIABILIDAD DE LA EDAD GESTACIONAL: EG CONFIABLE por FUM / ECO<20 s. Aquí se solicita al proveedor una evaluación subjetiva acerca de la confiabilidad del cálculo de la edad gestacional, ya sea por FUM o por ECOGRAFIA.

Ecografía, cuando la fecha de la última menstruación no está disponible, una posibilidad de estimar la FPP a partir de una ecografía fetal temprana.

Registrar si la EG es considerado dato confiable a partir del dato de FUM o por ecografía realizada antes de las 20 semanas, marcando "si" o "no" según lo que corresponda. En caso de no efectuarse ecografía dejar en blanco.

ESTILOS DE VIDA El estado de fumadora activa, fumadora pasiva, el consumo de drogas, alcohol y las situaciones de violencia pueden cambiar a lo largo del embarazo, por esa razón la HCP sugiere indagar estos datos al menos una vez cada trimestre.

FUMADORA ACTIVA (Fuma Act.). Se refiere a si la mujer está fumando durante la actual gestación. La situación de fumadora puede cambiar a lo largo del embarazo. Por lo que se sugiere indagar sobre este dato en cada trimestre y anotar la respuesta según corresponda (NO/SI). En caso de aborto no se interrogará en el 2° y 3er trimestre.

FUMADORA PASAIVA (Fuma Pas.). Se refiere a la exposición actual al humo del tabaco debido a que otra persona fuma en el domicilio o en el lugar de trabajo y se anotará la respuesta según corresponda (NO/SI). También se sugiere indagar sobre este dato en cada trimestre y anotar la respuesta según corresponda (NO/SI). En caso de aborto no se interrogará en el 2° y 3er trimestre.

DROGAS. Se refiere al uso actual de drogas que causan dependencia como: marihuana, cocaína, anfetamínicos, alucinógenos, heroína, entre otras. Se

anotará la respuesta según corresponda (NO/SI). En caso de aborto no se interrogará en el 2° y 3er trimestre.

ALCOHOL. Se refiere a la ingesta actual de cualquier tipo de bebida con alcohol en su contenido, por ejemplo: vino, cerveza singani, pisco, whisky, etc. Anotar en la HCP si la mujer ha ingerido alcohol en este embarazo (NO/SI). En caso de aborto no se interrogará en el 2° y 3er trimestre.

VIOLENCIA. Este término involucra la violencia física, mental, psicológica y sexual que ocurre durante la actual gestación. El agresor puede ser la pareja actual, parejas previas, padres, u otras personas. Obtener esta información puede ser difícil y no existe aún una forma estándar de preguntar acerca de este tema. Se recomienda revisar las normas nacionales en este tema para elegir la metodología y forma de indagar, las acciones a seguir si un caso es detectado. Si no se cuenta con una forma reglada de interrogar sobre violencia emocional, física, sexual y psicológica, se recomienda usar un modelo de interrogatorio amigable de mucha consideración y respeto sobre el tema.

ANTIRUBEOLA. La eliminación de la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita (SRC) es uno de los retos pendientes de nuestro país. Una forma de contribuir a este esfuerzo nacional es indagar en forma rutinaria sobre el estado de vacunación anti-rubéola durante el control prenatal, sin olvidar a las mujeres que asisten para la atención de un aborto.

Marcar el casillero “previa” si recibió la vacunación en cualquier momento antes del presente embarazo. Marcar el círculo “embarazo” si la vacuna fue inadvertidamente colocada durante esta gestación; “no sabe” cuando no recuerda si recibió la vacuna; “NO” si nunca fue inmunizada. Si la mujer no

ha sido vacunada, la inmunización debe diferirse hasta el puerperio inmediato (antes del alta), o en el post aborto inmediato.

ANTITETÁNICA. Con la finalidad de identificar a las mujeres que requieren inmunización antitetánica la HCP recuerda al proveedor indagar el estado de vacunación al momento de la primera visita de control prenatal o durante la atención de emergencia en una mujer que acude para la atención de un parto o de un aborto sin control prenatal.

Es importante solicitar a las gestantes la tarjeta de vacunación, o algún otro registro o documento en donde se pueda verificar el número y el intervalo entre dosis. Si la mujer presenta documentación revisar el número e intervalo entre dosis, así como el tiempo desde la última vacunación y decidir si debe recibir una dosis adicional.

Las mujeres que no poseen documentación o refieren que no fueron vacunadas contra el tétanos deben ser vacunadas con una primera dosis en la primera consulta prenatal o durante la atención en una situación de aborto. La segunda dosis debe ser administrada no antes de cuatro semanas de la primera dosis y por lo menos 3 semanas antes de la fecha probable de parto y se registra en la casilla “1ª” el mes de gestación en que se le administró la primera dosis y en “2ª” el de la segunda dosis.

La administración de las siguientes dosis debe seguir lo indicado en la norma nacional.

Registrar Vigente = NO en los siguientes casos:

- Ninguna dosis recibida. Acción: Colocar dos dosis durante el embarazo actual

Primera dosis en la primera consulta prenatal y la segunda no antes de 4 semanas de haberse colocado la primera dosis o por lo menos 3 semanas antes de la fecha de parto.

- Información poco confiable acerca de número y fechas de administración de dosis previas. Acción: Colocar dos dosis durante el embarazo actual.
- Recibió dos dosis y el embarazo actual se inicia después de los 3 años de protección. Acción: colocar únicamente una dosis (la tercera).
- Recibió tres dosis y el embarazo actual se inicia después de los 5 años de protección. Acción: Colocar únicamente una dosis (la cuarta).

Registrar Vigente = SI en los siguientes casos:

- Recibió dos dosis y el embarazo actual está dentro de los 3 años de protección.
- Recibió tres dosis y el embarazo actual está dentro de los 5 años de protección.
- Recibió 5 dosis.

EXAMEN ODONTOLÓGICO Y DE MAMAS (EX. NORMAL). El control prenatal ofrece la oportunidad de evaluar el estado de salud en general. Por esta razón la HCP incluye variables como el examen odontológico y de mamas que refuerzan este concepto.

Aun en aquellas mujeres que consulten para ser asistidas por un aborto se deberán incluir estos exámenes como forma de dar una atención integral a la mujer en cada contacto con el equipo de salud.

Examen Odontológico (ODONT.) La atención odontológica en el embarazo es una oportunidad para promover la salud oral de la mujer y su familia.

La infección periodontal incluye diagnósticos como gingivitis (inflamación de los tejidos blandos alrededor del diente) y periodontitis (destrucción de las estructuras de soporte del diente – hueso, ligamentos, cemento, etc.). La transmisión del estreptococo mutans de la madre hacia el niño tiene efecto en la incidencia de caries dental en niños pequeños.

Examinar la cavidad oral y registrar si se observan caries o alteraciones en los tejidos blandos alrededor de los dientes. Marcar según corresponda. Si el examen fuera anormal registrar NO y referir al odontólogo. En caso de ser normal registrar SI

EXAMEN DE MAMAS (MAMAS). El examen de las mamas es sugerido como parte del examen de toda gestante. Con este examen se busca identificar problemas que puedan afectar la posterior alimentación con leche materna (como pezones invertidos o planos y eventuales patologías tumorales evidentes). Otros sugieren que el momento del examen puede brindar la oportunidad para discutir el tema de lactancia materna.

El momento más adecuado para realizar el examen de mama no está determinado. En la Norma Nacional se recomienda el examen en la tercera visita prenatal, una vez que se ha establecido confianza entre la gestante y el servicio.

La HCP incluye el dato Examen Normal, marcar NO cuando el examen de mamas sea anormal, y SI en caso contrario.

La decisión de diferir o no el examen en una mujer en situación de aborto dependerán del balance entre lograr un momento más oportuno para el examen y la seguridad de que vuelva al control.

CERVIX. Se recomienda la realización del examen vaginal con espéculo como parte de la evaluación del control prenatal con la finalidad de detectar anormalidades o infecciones cervicales. La selección del momento más adecuado para este examen es una decisión que hará el proveedor tomando en cuenta la situación individual de cada mujer.

El examen con espéculo también integrará el examen de las mujeres en caso de aborto.

IVAA, Inspección visual con ácido acético. Si una anormalidad cervical es observada durante el examen con espéculo, se anotará anormal en inspección visual, si el cuello está sano se registrará normal y en caso de no haberse efectuado el examen, se registrará no se hizo.

PAP. Papanicolaou. Si se encuentra alguna anormalidad cervical o se duda que la mujer pueda regresar después del parto, considerar tomar un PAP durante el control prenatal. En la mujer que asiste solamente para la atención de un aborto y se constata una lesión, la toma de PAP se deberá diferir. La interpretación de los resultados puede ser difícil cuando el PAP es tomado durante la gestación. Registrar el resultado del PAP según corresponda: Normal/Anormal y si el PAP no se realizó, registrar no se hizo.

COLP. Colposcopia. Registrar como 'Normal' si la Colposcopia es negativa para lesiones malignas o precursoras de cáncer cervical. De lo contrario marcar "Anormal" o no se hizo, según corresponda. En mujeres que acudan para la atención del aborto se diferirá la realización de la colposcopia.

GRUPO Rh Anotar en el recuadro el grupo sanguíneo (Grupo) que corresponda (A, B, AB, O). Para "Rh" marcar (+) si la mujer es Rh positivo y (-) si es Rh Negativo.

Se entiende que la mujer está inmunizada cuando tiene anticuerpos anti D. Si la mujer está inmunizada (tendrá positivo el test para anticuerpos irregulares, también llamado test de Coombs indirecto) y en ese caso se marcará (SI), en caso contrario se marcará (NO).

GAMAGLOBULINA ANTI D. Esta variable está destinada para la aplicación de gammaglobulina anti D durante el embarazo que es la aplicación a mujeres embarazadas Rh negativas no inmunizadas en caso de sangrados o de procedimientos invasivos (amniocentesis). Se marcará SI, si siendo Rh negativo no inmunizada recibió gammaglobulina anti D en el embarazo y si

no la recibió se marcará NO. En caso de mujer Rh positivo o Rh negativo inmunizada se deberá registrar “no corresponde” N/C.

TOXOPLAMOSIS Esta prueba en el control prenatal, registra el valor de la prueba (IgG o IgM) según corresponda. Siempre es aconsejable impartir mensajes educativo-preventivos para disminuir el riesgo de toxoplasmosis congénita. En caso de aborto y aunque en su servicio se realice serología para toxoplasmosis, no se deberá registrar la variable ≥ 20 semanas

PRUEBA DE HEMOGLOBINA (Hb) La anemia es un problema de salud pública por su alta prevalencia en nuestro país y por las consecuencias que tiene sobre la salud humana, especialmente en el embarazo donde se asocia con aumento del riesgo de mortalidad materna y perinatal (en especial en casos de anemia severa); prematuridad y bajo peso al nacer.

Debe considerarse los valores propuestos en la Norma Nacional sobre Atención a la Mujer y al Recién Nacido, donde una gestante tiene anemia cuando el valor de hemoglobina es menor a 11,0 g/dl (Llanos) a 2700 msnm (Valles) menor a 12,6 g/dl, a 3800 msnm (Altiplano) es menor a 14 g/dl. A 4000 msnm menor a 14,4 g/dl y 15,4 g/dl a 4500 msnm.

La HCP ofrece dos instancias para registrar los resultados de la prueba de Hb, uno en la primera visita antenatal o por un aborto. Y otro en un control prenatal luego de las 20 semanas. Los valores obtenidos se registrarán en los rectángulos correspondientes y en caso que los niveles sean inferiores a los señalados según la altura, marcar el círculo amarillo.

Fe/FOLATOS Indicados Existe consenso en que los requerimientos de hierro y ácido fólico aumentan durante el embarazo y que es difícil que una mujer embarazada pueda satisfacer esta mayor demanda sólo con la dieta, excepto en caso de fortificación de los alimentos. Marcar el círculo (NO) si no se

indicó suplemento de hierro y marcar el círculo blanco (SI) cuando se lo haya indicado de acuerdo a la Norma Nacional.

El déficit de folatos es la segunda causa de anemia nutricional durante el embarazo y también es responsable de defectos en el cierre del tubo neural.

Marcar el círculo (NO) si no se indicó suplemento de ácido fólico y marcar el círculo blanco (SI) cuando se lo haya indicado.

En los casos de aborto en mujeres que desean embarazarse en corto plazo, la recomendación del uso de hierro y folatos puede ser considerada como la primera consulta pre concepcional de un futuro embarazo.

INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH) La iniciativa global por una generación de niños libres de VIH y sífilis congénita garantiza el acceso al tratamiento a todas las personas que viven con VIH/Sida.

Registrar Test VIH: Solicitado: NO o SI o No corresponde N/C en caso de una gestante ya diagnosticada. Anotar en el resultado de la prueba según corresponda: positivo, negativo o sin dato.

Si la prueba fue solicitada y aun no se conoce el resultado marque sin dato (S/D); no corresponde (N/C) se registrara en caso que la prueba no haya sido solicitada, de tratarse de una gestante ya diagnosticada o de una gestante que se niega a realizarse.

Registrar la información según la edad del embarazo en que fue realizada la o las pruebas (antes de las 20 semanas o a las 20 o más semanas de gestación) Adicionalmente se consignara si ha recibido o no tratamiento antirretroviral en caso que corresponda. Anotar no corresponde (N/C) en el caso de gestantes con pruebas de VIH negativas.

SÍFILIS (Diagnóstico y tratamiento) La sífilis congénita sigue siendo un problema relevante de salud pública y nuestro país es signatario de “El plan para la eliminación de la sífilis congénita en las Américas”.

La estrategia para la eliminación de la sífilis congénita incluye el tamizaje en la primera consulta prenatal, la promoción de un control prenatal temprano y la disminución del riesgo de re infección mediante tratamiento a las parejas sexuales y consejería sobre el uso del condón.

Las pruebas de detección utilizadas pueden ser No Treponémicas o Treponémicas. Se sugiere que las pruebas de detección se realicen en dos oportunidades, una al momento de la captación en la primera visita prenatal (antes de las 20 semanas de gestación) y otra en el tercer trimestre. En caso de prueba No Treponémica se marcará (-) cuando la prueba fue no reactiva, (+) si fue reactiva y (S/D) sin dato.

En las pruebas Treponémicas se agrega la opción (N/C) cuando no corresponda (ej.: recuerdo inmunológico de infección previa)

A las mujeres con pruebas reactivas se les deberá tratar, brindar consejería e información sobre la enfermedad, sus riesgos y la necesidad de tratar a sus parejas sexuales y eventualmente al niño después del nacimiento. A las mujeres con prueba negativa proveerles información acerca de cómo prevenir las infecciones de transmisión sexual.

Registrar (ya sea antes o después de las 20 semanas de embarazo) la semana de gestación en que fue realizada la o las pruebas. Para cada una marcar según corresponda. La HCP incluye las opciones para registrar la semana de gestación en que se realizó el tratamiento, si no fue realizado (NO), si se desconoce (S/D) o no corresponde (N/C). De la misma forma se registrará el tratamiento de la pareja.

CHAGAS Las actividades consideradas esenciales para el control de esta enfermedad son el control vectorial y el despistaje de pruebas serológicas para *Treponema Cruzi* en los bancos de sangre; la transmisión vectorial y vertical de la madre al feto son las formas de mantenimiento de la enfermedad.

La enfermedad de Chagas durante la gestación se ha transformado en una enfermedad centinela.

Registrar el resultado de la Prueba de Chagas (Negativa/Positiva/No se hizo) según corresponda.

PALUDISMO / MALARIA La HCP incluye el término Paludismo/malaria, y debe registrarse el resultado de la prueba diagnóstica realizada NEGATIVA si no se detectó paludismo, POSITIVA (círculo amarillo) si se confirma la enfermedad y NO SE HIZO, en caso de no realizar la prueba.

BACTERIURIA Bacteriuria asintomática es la colonización bacteriana del tracto urinario en ausencia de síntomas. En lugares donde no se dispone de urocultivo la tirilla reactiva en orina podrá ser una alternativa durante el control prenatal. Se marcará Bacteriuria: NORMAL, cuando el urocultivo es negativo (menos de 100,000 unidades formadoras de colonia/ml), o la tirilla reactiva es negativa; ANORMAL, si el urocultivo o la tirilla reactiva tienen resultados positivos. En caso de no realizar urocultivo o la tirilla reactiva a lo largo del control del embarazo, se registrará el círculo que indica que la prestación NO SE HIZO. En caso de aborto no se consignará el dato ≥ 20 semanas.

GLICEMIA EN AYUNAS En esta variable del control prenatal se debe registrar el valor de la glicemia obtenida (en miligramos por decilitro) en el rectángulo correspondiente. Si la glicemia basal es igual o mayor a 105

mg/dL marcar además el círculo amarillo. En caso de aborto no se consignará el dato ≥ 30 semanas.

DETECCION DE PROTEINAS EN ORINA Esta prueba en la consulta prenatal se la realiza para detectar la presencia de proteínas en la orina de las embarazadas especialmente con hipertensión arterial, mediante ácido acético o tirillas reactivas (cintas comerciales), para mejorar la detección y diagnóstico de la pre eclampsia, debe registrarse la realización o no de la prueba. (Asignada como L 2 – Variable libre No. 2 de procesamiento nacional en el SIP).

ESTREPTOCOCO B / 35 - 37 semanas La infección por Estreptococo grupo B es considerada una causa importante de morbilidad y mortalidad neonatal.

La estrategia principal para disminuir esta infección en los RN es la detección durante el embarazo del estreptococo del grupo B (entre las 35 y 37 semanas) a través de la toma mediante hisopado vaginal y rectal.

La realización de esta prueba es parte de las variables de la HCP para registrar el resultado de la prueba (NEGATIVO/POSITIVO/NO SE HIZO), según corresponda.

En caso de atención por aborto no aplica llenar esta variable.

PLANEANDO MI PARTO El término preparación para el parto tiene varios significados e incluye conceptos muy variados, el principal es garantizar el acceso para su atención (plan de parto), desde la Resolución Ministerial - R.M. No. 496/2001 en nuestro país se utiliza un formulario que forma parte de los instrumentos de registro de salud materna, así como se encuentran en circulación otros producidos por entidades que trabajan en área comunitaria. Es una oportunidad para informar a la mujer y su familia acerca de los cambios que ocurren en la gestación y aquellos esperados durante el parto y el puerperio; preparar a los padres para enfrentar mejor su nuevo rol;

entrenar en psico profilaxis (técnicas de relajación y respiración); aumentar la percepción de autocontrol de la mujer, entre otros.

Si la gestante tiene llenado este instrumento, se debe ratificar los conceptos e información o ha recibido alguna de estas prestaciones, se debe marcar SI, en caso contrario registrar NO. En casos de atención por aborto no aplica llenar esta variable.

ORIENTACION/LACTANCIA MAT. (Lactancia materna) Se entiende por orientación/consejería la entrega reglada y oportuna de la siguiente información:

- beneficios de la leche materna y los riesgos de la alimentación con leche artificial.
- formas de amamantar.
- los cambios en la leche materna después del parto, y
- discutir las dudas y preguntas de la gestante.

También es apropiado informar en este momento sobre los derechos del niño.

Si la mujer ha recibido orientación/consejería en lactancia materna tal como se definió, se registrará en la HCP

según corresponda (SI/NO).

En casos de atención por aborto no aplica llenar esta variable

CONSULTAS PRE NATALES La HCP contiene espacio para 5 controles prenatales, si se requiere de más espacio para nuevos controles se puede anexar otra hoja con el mismo formato de los controles de la HCP o anexar otra HCP.

En caso de ingreso por aborto o parto sin controles prenatales previos no corresponde el llenado de esta sección.

Los datos a registrar son:

- Día, mes y año de la consulta.
- Edad gestacional al momento de la consulta, en semanas completas.
- Peso en kilogramos.
- IMC, Índice de Masa Corporal en cada control de acuerdo a la formula y tablas indicadas en IMC inicial. Variable nacional que complementa el IMC inicial.
- P.A. Presión arterial, en mm de Hg.
- Altura uterina, en centímetros.
- Presentación, en la que se encuentra el feto cefálica (cef), pelviana (pel), incluye la situación transversa (tra).
- FCF Frecuencia cardíaca fetal en latidos por minuto.
- Movimientos fetales, positivos o negativos, la falta de datos se interpretará como prestación no hecha
- Proteinuria Registrar positivo si se detecta albúmina o proteínas en la orina, si no contiene anotar Negativo, dejar la casilla en blanco se interpretará como no se hizo.
- N° Tab. S. Ferroso Variable nacional sobre el número de tabletas de Sulfato ferroso, entregadas de acuerdo a la Norma Nacional.
- Señales de peligro, exámenes y tratamientos, anotar solo signos o señales positivos y relevantes, en caso de requerir hacer mayor énfasis o detalles se puede utilizar otras hojas complementarias.
- Responsable Anotar las iniciales o código del personal que realizo el control, con fines administrativos y de seguimiento se puede procesar mediante el SIP como evaluación de

desempeño o ver formas de motivar al personal del establecimiento.

- Próxima cita Fecha de próxima cita, día y mes.

En aquellas situaciones que por la edad gestacional no aplique efectuar alguna de estas prestaciones (por ejemplo, presentación fetal antes de las 28 semanas), se anotará N/C (no corresponde)

2.3.- MARCO TEORICO REFERENCIAL

En 2014, Milton Rocha, realiza estudio del municipio de Cukra Hill Republica de Nicaragua, acerca del cumplimiento de las normas del control prenatal de embarazos con riesgos obstétricos, el cual se encontró lo siguientes: En los embarazo de bajo riesgo, los datos generales fueron llenado correctamente en el 88% de los casos los antecedentes familiares y personales no se registraron en el 100% de los casos, los datos del embarazo actual no se anotaron correctamente en un 95%, los datos de las consultas subsecuentes de control prenatal se llenaron correctamente en 94%, no se elaboró la curva de incremento de peso y altura uterina en 99% y 97% respectivamente. En los embarazos de alto riesgo los datos generales fueron llenado correctamente en un 79%, antecedentes familiares y personales en 100%. Los obstétricos en 69% y los datos del embarazo actual no fueron llenados correctamente en 96%, no se elaboró la curva del incremento de peso y altura 3 uterina en un 99%. El 100% de las embarazadas fueron controladas por auxiliar de enfermería se encontró el 37% de captaciones en el primer trimestre del embarazo.

En Enero de 2015 se presenta la Calidad del Llenado de la Historia Clínica Perinatal Base Simplificada en Pacientes Atendidas en Control Prenatal, Centro de Salud Pedro Altamirano de la Republica del Perú durante el primer semestre del año 2014 donde se encontraron entre los resultados más importantes que los datos socio demográficos y biológicos fueron mal

llenados en un 44.8% y regular en el 13.3%, los antecedentes de la paciente fueron registrados correctamente en el 47% y en el acápite del embarazo actual se completa incorrectamente en la mayor parte de los expedientes revisados con un 62.8%. La evaluación de la calidad del llenado fue mala.

En Junio de 2016 se expone el estudio de nombre Calidad del Llenado de la Historia Clínica Perinatal Básica de pacientes atendidas en el Hospital materno infantil de la ciudad de Santa Cruz entre los datos más relevantes del estudio se encuentra que 4 en la casilla datos socio demográfico el ítem con mayor déficit fue el teléfono que se encontró en 93% incompleto. El 70% de las historias procedían del área urbana y 30% del área rural. La casilla de antecedentes patológicos, familiares y obstétricos se presentan completos en su mayoría, en cambio la casilla de embarazo actual se encuentra completa en un 69% presentando mayor déficit en los ítems de: examen clínico y odontológico, grupo y Rh, hierro, Folatos.

2.4.- ALCANCE DEL ESTUDIO

La presente investigación responde a un estudio cuali cuantitativo, descriptivo retrospectivo, transversal, en busca de la Calidad del registro de la Historia Clínica Perinatal en el Centro de Salud Apóstol Santiago del Municipio de Tupiza en la gestión 2018

2.5.- HIPOTESIS

Sera que la calidad del registro de la Historia Clínica Perinatal determinara la conducta adecuada para disminuir la Mortalidad Materno-Neonatal en el Centro de Salud Apóstol Santiago del Municipio de Tupiza

3.- DISEÑO METODOLOGICO

3.1.- TIPO DE ESTUDIO

Por el nivel de enfoque

Cuali cuantitativa o mixta: cuantitativo porque refiere a un estudio en la que se recogen datos estadísticos y se las interpreta y cualitativo porque los datos obtenidos serán analizados para responder al problema.

Por el nivel de alcance

Descriptivo: porque el estudio permite describir el fenómeno a estudiar a través de las variables.

En función a la tiempo

Retrospectivo: Se describe como un estudio que se realiza a partir de datos ya existentes como son las historias clínicas perinatales ya registradas.

En función al número de medidas

Transversal: Estudiara a las diferentes variables simultáneamente en un determinado tiempo

3.2.- UNIDAD DE ANALISIS Y UNIVERSO DE ESTUDIO

3.2.1.- UNIDAD DE ANALISIS

Historias Clínicas Perinatales de las mujeres embarazadas que realizaron su control pre natal al Centro de Salud Apóstol Santiago del municipio de Tupiza en la gestión 2018.

3.2.2.- UNIVERSO

69 mujeres embarazadas que realizaron su control pre natal en el Centro de Salud Apóstol Santiago del municipio de Tupiza

3.3- CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

No se cuenta con una muestra ya que el universo es pequeño para dicho cálculo.

3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Y EXCLUSION

Criterios de inclusión

- Pacientes embarazadas que se realizan su CPN en el período de estudio.
- Pacientes con tres o más controles prenatales.

Criterios de exclusión:

- Pacientes embarazadas que no pertenecen al sector de atención del centro de salud Apóstol Santiago.

3.5.- OPERACIONALIZACION DE VARIABLESS

- ❖ **CARACTERIZAR EL REGISTRO DE LA SECCIÓN DE LOS DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA MUJER EMBARAZADA EN LA H.C.P.**

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA DE VALORES	INSTRUMENTO DE RECOLECCION
DATOS DE IDENTIFICACION	Palabra que sirve para designar un ser, una cosa o un conjunto de características	Nombre y Apellidos	Numero de historias clínicas registradas con nombre y apellido	CORRECTO Si registra el nombre completo de la paciente INCORRECTO Cuando no registra el nombre completo de la paciente	Planilla de registro de datos
		Domicilio	Numero de historias clínicas registradas con domicilio	CORRECTO Si registra el domicilio de la paciente.	Planilla de registro de datos

				INCORRECTO Cuando no registra el domicilio de la paciente	
		Zona	Numero de Historias clínicas registradas con la zona donde vive la paciente	CORRECTO Si registra la zona donde vive la paciente INCORRECTO Cuando no registra la zona donde vive la paciente	Planilla de registro de datos
		Localidad /Comunidad	Numero de historias clínicas registradas con la localidad o comunidad	CORRECTO Si registra la localidad de procedencia de la paciente	Planilla de registro de datos

				INCORRECTO Cuando no registra la localidad de procedencia de la paciente	
		Municipio	Numero de Historias clínicas registradas al municipio al cual corresponde la mujer embarazada	CORRECTO Si registra el municipio de procedencia de la paciente INCORRECTO Cuando no registra el municipio de procedencia de la paciente	Planilla de registro de datos
		Red	Numero de Historias clínicas registradas a la	CORRECTO A la que corresponde el establecimiento de	Planilla de registro de datos

			red a la que pertenece	salud como puerta de entrada al sistema de salud, si la mujer embarazada vive en el área de influencia de la red, caso Contrario a la que corresponde donde radica la mujer embarazada.	
		Teléfono	Numero de historias clínicas registradas con el teléfono	CORRECTO Si registra el número de teléfono de la paciente INCORRECTO Cuando no registra el teléfono de la paciente	Planilla de registro de datos

		Idioma Hablado	Numero de Historias clínicas registradas con el idioma que refiera la mujer embrazada o con la cual nos comunicamos	CORRECTO Cuando registra el que refiera la mujer o en el que nos estamos comunicando. INCORRECTO Cuando no se registra el que refiera la mujer o en el que nos estamos comunicando.	
		Lengua Materna		CORRECTO Cuando registra el que refiera la mujer o indagar el que habla o hablaban sus padres o en el lugar que nació	

				INCORRECTO Cuando no registra el que refiera la mujer o no indagar el que habla o hablaban sus padres o en el lugar que nació	
		Fecha de Nacimiento	Numero de historias clínicas registradas con la fecha de nacimiento	CORRECTO Si registra la fecha de nacimiento de la paciente INCORRECTO Cuando no registra la fecha de nacimiento de la paciente	Planilla de registro de datos

		Edad	Numero de historias clínicas registradas con la edad	CORRECTO Si registra la edad en años cumplidos de la paciente E identifica si es menor de 15 y mayor de 35 años INCORRECTO Cuando no registra la edad en años cumplidos de la paciente Y puede o no identificar si es menor de 15 y mayor de 35 años	Planilla de registro de datos
		Auto identificación	Numero de historias clínicas registradas la auto	CORRECTO Si registra la auto identificación y clasifica según las etnias de	Planilla de registro de datos

			identificación de la paciente	Bolivia INCORRECTO Cuando no registra la auto identificación y clasifica O NO según las etnias de Bolivia	
		Alfa beta	Numero de historias clínicas registradas con el nivel de escolaridad	CORRECTO Cuando registra si la mujer embarazada lee y escribe INCORRECTO Cuando no registra si la mujer embarazada lee y escribe	Planilla de registro de datos

	.	Estudios	Numero de historias clínicas registradas con los estudios realizados	CORRECTO si registra los estudios realizados y los años en el mayor nivel de estudio de la paciente INCORRECTO Cuando no registra los estudios realizados y puede o no registrar los años en el mayor nivel de estudio por la paciente	Planilla de registro de datos
		Estado Civil	Numero de historias clínicas registradas con el estado civil	CORRECTO Si registra el estado civil de la paciente y si vive sola	Planilla de registro de datos

				INCORRECTO Cuando no registra el estado civil de la paciente Y puede o no registrar si vive sola	
		Lugar de la Atención Prenatal	Numero de historias clínicas registradas con el lugar de atención de los controles pre natales	CORRECTO Si registra el lugar de atención del control pre natal según la codificación del SNIS del establecimiento de salud INCORRECTO Cuando no registra el lugar de atención del control pre natal según la codificación del SNIS	Planilla de registro de datos

				del establecimiento de salud	
		Lugar del Parto	Numero de historias clínicas registradas con el lugar de atención del parto	CORRECTO Si registra el lugar de atención del Parto de la paciente según la codificación del SNIS del establecimiento de salud INCORRECTO Cuando no registra el lugar de atención del parto de la paciente según la codificación del SNIS del establecimiento de salud	Planilla de registro de datos

		Cedula de Identidad	Numero de historias clínicas registradas con el número de cedula de identidad	CORRECTO Si registra el número de cedula de identidad de la paciente INCORRECTO Cuando no registra el número de cedula de identidad	Planilla de registro de datos
		Numero Historia Clínica	Numero de historias clínicas registradas con el número de historia clínica	CORRECTO Si registra el número de historia clínica INCORRECTO Cuando no registra el número de historia clínica	Planilla de registro de datos

❖ DETERMINAR EL REGISTRO DE LA SECCION DE LOS ANTECEDENTES DE LA EMBARAZADA EN LA H.C.P.

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA DE VALORES	INSTRUMENTO DE RECOLECCION
ANTECEDENTES	Historial de enfermedades o condiciones médicas padecidas en la paciente, familia y eventos obstétricos que se presentaron en anteriores	Antecedentes familiares	Numero de historias clínicas perinatal registrados con todos los antecedentes familiares.	CORRECTO Si registra todos os antecedentes familiares (Tuberculosis, diabetes, hipertensión, pre eclampsia, eclampsia y otras conducta medicas graves) INCORRECTO Cuando no registra una o más antecedentes	Planilla de registro de datos

	embarazos.			familiares	
		Antecedentes personales	Numero de historias clínicas perinatal registrados con todos los antecedentes Personales	CORRECTO Si registra todos los antecedentes personales. (Tuberculosis, diabetes, hipertensión, pre eclampsia, eclampsia y otras conductas. Medicas graves INCORRECTO Cuando no registra una o más antecedentes personales	Planilla de registro de datos

		Antecedentes obstétricos	Numero de historias clínicas perinatales registrados con: todos los antecedentes obstétricos	CORRECTO Si registra los antecedentes obstétricos INCORRECTO Cuando no registra una o más antecedentes obstétricos	Planilla de registro de datos
--	--	-------------------------------------	--	---	-------------------------------

❖ EVALUAR EL REGISTRO DE DATOS DE LA SECCION DE GESTACION ACTUAL EN LA H.C.P.

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA DE VALORES	INSTRUMENTO DE RECOLECCION
	Se registran	Peso anterior	Numero de	CORRECTO	Planilla de

GESTACION ACTUAL	los datos recabados durante el primer control prenatal del embarazo actual y los resultados de los exámenes de laboratorio solicitados		historias clínicas perinatal registrados con el peso anterior	Si registra en peso anterior al inicio de la gestación actual INCORRECTO Cuando no el peso anterior a la gestación actual	registro de datos
		Talla	Numero de historias clínicas perinatal registrados con la talla de la paciente	CORRECTO registra la talla de la paciente INCORRECTO Cuando no registra la talla de la paciente	Planilla de registro de datos
		I.M.C. inicial	Numero de historias clínicas perinatal registrados el	CORRECTO Si registra el IMC de la paciente E = enflaquecida.	Planilla de registro de datos

			IMC de la paciente	N = normal. S = sobrepeso. O = obesidad INCORRECTO Cuando no registra el IMC de la paciente E = enflaquecida. N = normal. S = sobrepeso. O = obesidad	
		F.U.M.	Numero de historias clínicas perinatal registrados la Fecha de Ultima Menstruación	CORRECTO Si registra la Fecha de ultima menstruación de la paciente INCORRECTO Cuando no registra la	Planilla de registro

			Fecha de última menstruación de la paciente	
	F.P.P.	Numero de historias clínicas perinatal registrados con la fecha probable de parto	CORRECTO Si registra la última fecha probable de parto de la paciente INCORRECTO Cuando no registra la fecha probable de parto	Planilla de registro
	Edad gestacional confiable por F.U.M. o por Ecografia	Numero de historias clínicas perinatal registrados la edad gestacional	CORRECTO Si registra los la edad gestacional confiable ya se por la última fecha de menstruación o por ecografía obstétrica	Planilla de registro

			confiable ya sea este por la última fecha de menstruación o por ecografía obstétrica	INCORRECTO Cuando no registra la edad gestacional confiable ya se por la última fecha de menstruación o por ecografía obstétrica	
		HABITOS FUMA GROGAS ALCOHOL VIOLENCIA	Numero de historias clínicas perinatales registrados con los hábitos de la paciente sea en forma activa o pasiva	CORRECTO Si registra los hábitos de la paciente en forma activa o pasiva (fuma, drogas, alcohol y violencia) INCORRECTO Cuando no registra los hábitos de la paciente en forma activa o pasiva	Planilla de registro

			(fuma, drogas, alcohol y violencia)	
	Anti rubeola	Numero de historias clínicas perinatales registrados con la vacuna antitetánica	CORRECTO Si registra cuando la paciente cuanta con la vacuna anti rubeola (previa, no sabe, embarazo, o no cuenta) INCORRECTO Cuando no registra si la paciente cuanta con la vacuna anti rubeola (previa, no sabe, embarazo, o no cuenta)	Planilla de registro
	Antitetánica	Numero de historias clínicas	CORRECTO Si registra cuando la	Planilla de registro

			perinatales registrados con la vacuna antitetánica	paciente cuenta con la vacuna antitetánica INCORRECTO Cuando no registra si la paciente cuenta con la vacuna antitetánica	
		Examen normal mama odontológico	Numero de historias clínicas perinatales registrados con la vacuna antitetánica	CORRECTO Si registra cuando la paciente cuenta con la vacuna antitetánica INCORRECTO Cuando no registra si la paciente cuenta con la vacuna antitetánica	Planilla de registro

		Cervix Toma de PAP Colposcopia	Numero de historias clínicas perinatales registrados con la toma de pap y/o colposcopia	CORRECTO Si registra cuando la paciente se realiza el examen de papa y/o colposcopia INCORRECTO Cuando no registra si la paciente cuenta con el examen de pap y/o colposcopia	Planilla de registro
		Grupo y factor sanguíneo	Numero de historias clínicas perinatales registrados con el grupo y factor sanguíneo	CORRECTO Si registra cuando la paciente cuenta con el grupo y factor sanguíneo INCORRECTO Cuando no registra si la	Planilla de registro

				paciente cuenta con grupo o factor sanguíneo	
		Glicemia en ayunas	Numero de historias clínicas perinatales registrados con el resultado del examen de glicemia	CORRECTO Si registra cuando la paciente cuenta con el resultado el examen de glicemia INCORRECTO Cuando no registra si la paciente cuenta con el resultado del examen de glicemia	Planilla de registro
		Hemoglobina y anemia menor a 20 semanas	Numero de historias clínicas perinatales registrados con	CORRECTO Si registra cuando la paciente cuenta con los resultados del examen de	Planilla de registro

			el resultado del examen de hemoglobina y anemia menor a las 20 semanas de gestación	hemoglobina y anemia menor a las 20 semanas de gestación INCORRECTO Cuando no registra si la paciente cuenta con los resultados del examen de hemoglobina y anemia menor a las 20 semanas de gestación	
		Suplementos Hierro folatos	Numero de historias clínicas perinatales registrados con la administración de hierro y	CORRECTO Si registra cuando la paciente recibió suplementos como hierro y folatos	Planilla de registro

		folatos	INCORRECTO Cuando no registra si la paciente recibió suplementos como hierro y folatos	
	Hemoglobina y anemia mayor a 20 semanas	Numero de historias clínicas perinatales registrados con el resultado del examen de hemoglobina y anemia mayor a las 20 semanas de gestación	CORRECTO Si registra cuando la paciente cuenta con los resultados del examen de hemoglobina y anemia mayor a las 20 semanas de gestación INCORRECTO Cuando no registra si la paciente cuenta con los resultados del examen de hemoglobina y anemia	Planilla de registro

			mayor a las 20 semanas de gestación	
	VIH Diagnostico Tratamiento	Numero de historias clínicas perinatales registradas con el diagnóstico y tratamiento de VIH	CORRECTO Si registra cuando la paciente se realizó el diagnóstico y tratamiento de VIH INCORRECTO Cuando no registra si la paciente se realizó el diagnóstico y tratamiento de VIH	Planilla de registro
	Sífilis Diagnostico Tratamiento	Numero de historias clínicas perinatales registradas con	CORRECTO Si registra cuando la paciente se realizó el diagnóstico y tratamiento	Planilla de registro

			el diagnóstico y tratamiento de sífilis	de sífilis INCORRECTO Cuando no registra si la paciente se realizó el diagnóstico y tratamiento de sífilis	
		Planeando mi parto	Numero de historias clínicas perinatales si la paciente recibió orientación sobre planeando mi parto	CORRECTO Si registra cuando la paciente recibió orientación sobre planeando mi parto INCORRECTO Cuando no registra si la paciente recibió orientación sobre planeando mi parto	Planilla de registro

		Orientación lactancia materna	Numero de historias clínicas perinatales si la paciente recibió orientación sobre lactancia materna	CORRECTO Si registra cuando la paciente recibió orientación sobre lactancia materna INCORRECTO Cuando no registra si la paciente recibió orientación sobre lactancia materna	Planilla de registro
		Detección de proteínas en orina	Numero de historias clínicas perinatales si la paciente se realizo el examen de orina donde se detecta la	CORRECTO Si registra cuando la paciente se realizo el examen de orina para la detección de proteínas INCORRECTO Cuando no registra si la	Planilla de registro

		presencia de proteínas	paciente se realizo el examen de orina para la detección de proteínas	
	Bacteriuria	Numero de historias clínicas perinatales registradas si la paciente se realizó el examen de bacteriuria	CORRECTO Si registra cuando la paciente se realizó el examen de bacteriuria INCORRECTO Cuando no registra si la paciente se realizó el examen de bacteriuria	Planilla de registro
	Chagas	Numero de historias clínicas perinatales registradas si la paciente se realizó el	CORRECTO Si registra cuando la paciente se realizó el examen de Chagas INCORRECTO	Planilla de registro

		examen de Chagas	Cuando no registra si la paciente se realizó el examen de Planilla de registro Chagas	
	Paludismo	Numero de historias clínicas perinatales registradas si la paciente se realizó el examen de paludismo	CORRECTO Si registra cuando la paciente se realizó el examen de paludismo INCORRECTO Cuando no registra si la paciente se realizó el examen de paludismo	Planilla de registro
	Estreptococo B	Numero de historias clínicas perinatales registradas si la	CORRECTO Si registra cuando la paciente se realizó el examen de estreptococo	Planilla de registro

		paciente se realizó el examen de Estreptococo B	B INCORRECTO Cuando no registra si la paciente se realizó el examen de Estreptococo B	
	Toxoplasmosis	Numero de historias clínicas perinatales registradas si la paciente se realizó el examen de Toxoplasmosis	CORRECTO Si registra cuando la paciente se realizó el examen de Toxoplasmosis INCORRECTO Cuando no registra si la paciente se realizó el examen de Toxoplasmosis	Planilla de registro

❖ IDENTIFICAR LA CALIDAD DE REGISTRO DE LA SECCIÓN DE CONTROLES MENSUALES EN LA H.C.P.

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA DE VALORES	INSTRUMENTO DE RECOLECCION
Controles mensuales	Es el cumplimiento del registro en la HCP de las embarazadas, de catorce actividades	Fecha de Atención Prenatal	Numero e historias clínicas registradas con la fecha de atención del control prenatal	CORRECTO Si registra la fecha de atención del control prenatal INCORRECTO Cuando no registra la fecha de control pre natal	Planilla de registro
		Peso	Numero e historias	CORRECTO Si registra el peso actual	Planilla de registro

	normadas por el Ministerio de salud y que reflejan la calidad del llenado de la HCP.		clínicas registradas con el peso	en el momento de la atención INCORRECTO Cuando no registra el peso actual en el momento de la atención	
		Índice de Masa Corporal	Numero De historias clínicas registradas con el índice de masa corporal	CORRECTO Si registra el I.M.C. en el momento de la atención <i>E = enflaquecida.</i> <i>N = normal.</i> <i>S = sobrepeso.</i> <i>O = obesidad</i> INCORRECTO Cuando no registra el IMC en el momento de la	Planilla de registro

				atención <i>E = enflaquecida.</i> <i>N = normal.</i> <i>S = sobrepeso.</i> <i>O = obesidad</i>	
		Presión Arterial	Numero e historias clínicas registradas con presión arterial actual	CORRECTO Si registra el valor de la presión arterial en el momento de la atención INCORRECTO Cuando no registra el valores de la presión arterial en el omento de la atención	Planilla de registro
		Edad gestacional	Numero e historias clínicas registradas	CORRECTO Si registra la edad gestación en el momento de la atención	Planilla de registro

		con la edad gestacional	INCORRECTO Cuando no registra la edad gestacional en el momento de la atención	
	Altura Uterina	Numero e historias clínicas registradas con la altura uterina	CORRECTO Si registra la altura uterina en el momento de la atención INCORRECTO Cuando no registra la altura uterina en el momento de la atención	Planilla de registro
	Presentación	Numero e historias clínicas registradas	CORRECTO Si registra la presentación fetal en el momento de la atención	Planilla de registro

			con la presentación del feto	INCORRECTO Cuando no registra la presentación en el momento de la atención	
		Frecuencia Cardíaca Fetal	Numero e historias clínicas registradas con la frecuencia cardíaca fetal	CORRECTO Si registra la frecuencia cardíaca fetal en el momento de la atención INCORRECTO Cuando no registra la frecuencia cardíaca fetal	Planilla de registro
		Movimientos Fetales	Numero e historias clínicas registradas con los movimiento	CORRECTO Si registra la presencia de los movimientos fetales en el momento de la atención	Planilla de registro

		fetales	INCORRECTO No registra los movimientos fetales en el momento de la atención	
	Proteinuria	Numero e historias clínicas registradas con la presencia de proteinuria	CORRECTO Si registra la presencia de proteinuria en el momento de la atención INCORRECTO Cuando no registra la presencia de proteinuria	Planilla de registro
	Numero de tabletas de sulfato ferroso	Numero e historias clínicas registradas con la administración	CORRECTO Si registra la administración de sulfato ferroso en el momento de la atención	Planilla de registro

			de sulfato ferroso	INCORRECTO Cuando no registra la administración de sulfato ferroso	
		Signos de Alarma	Numero e historias clínicas registradas con los signos de alarma	CORRECTO Si registra los signos de alarma que se pueda presentar INCORRECTO Cuando no registra los signos de alarma que se pueda presentar	Planilla de registro
		Responsable de la atención	Numero e historias clínicas registradas con el nombre	CORRECTO Si registra el nombre del responsable de la atención	Planilla de registro

			responsable de la atención	INCORRECTO Cuando no registra el nombre del responsable de la atención	
		Fecha de Próxima Cita	Numero e historias clínicas registradas con la próxima visita	CORRECTO Si registra la fecha de la siguiente consulta INCORRECTO Cuando no registra la fecha de la siguiente consulta	Planilla de registro

3.6.- RECOLECCION Y PROCESAMINETO DE DATOS

Se solicitó permiso al médico responsable del Centro de Salud Apóstol Santiago para tener el acceso a la información, el cual fue aprobado. Se consultó el cuaderno de control prenatal donde están registradas todas las embarazadas, de donde se obtuvo un listado del cual se sacó la muestra.

Se elaboró una ficha de recolección de la información, la cual incluía 4 acápite: datos de identificación, antecedentes de la embarazada, datos de la gestación actual y cumplimiento de las catorce actividades programadas en la sección de las consultas antenatales

Se procedió a la búsqueda de los expedientes incluidos en el estudio y se realizó la revisión de la HCP incluida en los mismos

3.7.- PLAN DE ANALISIS ESTADISTICO

La información obtenida se registró en una base de datos en Microsoft Office Excel 2010 y se presenta en tablas y gráficos.

Se realizó el análisis de la información de cada una de las variables a través de frecuencias simples y porcentajes.

Plan de tabulación

- Frecuencia del Registro de los datos de identificación del paciente.
- Frecuencia del Registro de los antecedentes en la HCP.
- Frecuencia del Registro de datos de la gestación actual.
- Frecuencia del cumplimiento del registro de los controles mensuales en la HCP.
- Calidad del llenado de la HCP.

3.8.- VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

La validación se realizó en una institución paralela al centro de Salud Apóstol Santiago de primer nivel, en este caso al centro de salud San Gerardo perteneciente al Ministerio de Salud, quienes hicieron una prueba piloto en la aplicación del instrumento de recolección en diez historias clínicas perinatales haciendo un par de observaciones en la planilla lo que nos permitió modificar para mejorar el instrumento de recolección de datos

Las técnicas que se utilizaron para obtener la información fueron inicialmente la revisión documento de las historias clínicas perinatales, exámenes

Complementarios de cada gestante, para su análisis del correcto llenado y la verificación en la aplicación de la instructiva a vigente emitido por el Ministerio de salud

4.- RESULTADOS

4.1.- PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

TABLA 1

REGISTRO DE LA SECCIÓN DE LOS DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA MUJER EMBARAZADA EN LA H.C.P. EN EL CENTRO DE SALUD APOSTOL SANTIAGO DEL MUNICIPIO DE TUPIZA EN LA GESTION 2018

DATOS DE IDENTIFICACION	REGISTRO CORRECTO		REGISTRO INCORRECTO		TOTAL	
	Numero	Porcentaje	Numero	porcentaje	Numero	Porcentaje
Nombre y apellido	69	100%	0	0%	69	100%
Domicilio	66	96%	3	4%	69	100%
Localidad	66	96%	3	4%	69	100%
Teléfono	12	17%	57	83%	69	100%
Fecha de nacimiento	69	100%	0	0%	69	100%
Edad	69	100%	0	0%	69	100%
Auto identificación	66	96%	3	4%	69	100%
Alfa beta	65	94%	4	6%	69	100%
Estudios	65	94%	4	6%	69	100%
Estado civil	60	87%	9	13%	69	100%

Lugar de atención	11	16%	58	84%	69	100%
Lugar de parto /aborto	10	14%	59	86%	69	100%
Cedula de identidad	3	4%	66	96%	69	100%

FUENTE: PLANILLA DE RECOLECCION DE DATOS

La mayoría de los acápite se encontraban registrados en más del 80%, siendo los más llenados de forma correcta el nombre y apellidos, domicilio, localidad, fecha de nacimiento, edad, auto identificación, Alfa beta, estudios y el estado civil.

Los acápite en donde se encuentra bastante debilidad y está registrado de forma incorrecta o simplemente no registrados son: el número de teléfono con un 17%(12), el lugar de atención prenatal en apenas 16%(11), el lugar de parto/aborto 14%(10) y el número de identidad en un 4%(3).

TABLA 2

REGISTRO DE LA SECCION DE LOS ANTECEDENTES DE LA
EMBARAZADA EN LA H.C.P.EN EL CENTRO DE SALUD APOSTOL
SANTIAGO DEL MUNICIPIO DE TUPIZA
EN LA GESTION 2018

ANTECEDENTES	REGISTRO CORRECTO		REGISTRO INCORRECTO		TOTAL	
	Numero	Porcentaje	Numero	Porcentaje	Numero	Porcentaje
Antecedentes familiares	69	100%	0	0%	69	100%
Antecedentes personales	69	100%	0	0%	69	100%
Antecedentes obstétricos	47	68%	22	32%	69	100%

FUENTE: PLANILLA DE RECOLECCION DE DATOS

Los antecedentes familiares y personales se encuentran registrados de forma correcta en un 100%(69). Los antecedentes Obstétricos se encuentran registrados de forma incorrecta en un 32% (22) es un porcentaje considerado ya que los antecedentes obstétricos son importantes en el momento de evaluar la Historia Clínica Perinatal

TABLA 3-A

**REGISTRO DE DATOS DE LA SECCION DE GESTACION ACTUAL EN LA
H.C.P (VACUNAS Y LABORATORIOS) EN EL CENTRO DE SALUD
APOSTOL SANTIAGO DEL MUNICIPIO DE TUPIZA EN LA GESTION 2018**

DATOS DE GESTACION ACTUAL	REGISTRO CORRECTO		REGISTRO INCORRECTO		TOTAL	
	Numero	Porcentaje	Numero	Porcentaje	Numero	Porcentaje
Anti rubeola	45	65%	24	35%	69	100%
Antitetánica	34	49%	35	51%	69	100%
Cérvix	47	68%	22	32%	69	100%
Grupo sanguíneo	52	75%	17	25%	69	100%
Toxoplas- mosis	52	75%	17	25%	69	100%
Prueba de hemoglobina	25	36%	44	64%	69	100%
VIH	57	83%	12	17%	69	100%
Sífilis	42	61%	27	39%	69	100%
Chagas	53	77%	16	23%	69	100%
Paludismo/ Malaria	0	0%	69	100%	69	100%
Bacteriuria	25	36%	44	64%	69	100%

Glicemia en ayunas	36	52%	33	48%	69	100%
Estreptococo B	0	0%	96	100%	69	100%

FUENTE: PLANILLA DE RECOLECCION DE DATOS

La aplicación de vacunas durante el embarazo es importante y vemos en el cuadro que la vacuna Antitetánica se registra en un 49%(34), y la Anti rubeola se registra en un 65%(45).

Al momento de evaluar los exámenes de laboratorio vemos que hay varios que no se encuentran correctamente registrados o simplemente no están registrados, se encontró que en un gran número de HCP están registrados correctamente el grupo sanguíneo con un 75%(52), la toxoplasmosis en un 75%(52) y la prueba de VIH en un 83%(57).

Encontramos que las demás pruebas de laboratorio no son registradas como la revisión del Cérvix y realización del PAP en un 68%(47), la prueba de hemoglobina 64%(44), prueba de Sífilis 61%(42), bacteriuria 46%(32), glicemia en ayunas 52%(36), estreptococo B no se registra debido a que no se realiza en examen al igual y la prueba de paludismo/malaria debido a que no son endémicas en la región.

TABLA 3-B

**REGISTRO DE DATOS DE LA SECCION DE GESTACION ACTUAL EN
LA H.C.P. EN EL CENTRO DE SALUD APOSTOL SANTIAGO DEL
MUNICIPIO DE TUPIZA EN LA GESTION 2018**

DATOS DE GESTACION ACTUAL	REGISTRO CORRECTO		REGISTRO INCORRECTO		TOTAL	
	Numero	porcentaje	Numero	Porcentaje	Numero	Porcentaje
Peso anterior	57	83%	12	17%	69	100
Talla	59	86%	10	14%	69	100%
Índice de Masa corporal	13	19%	56	81%	69	100%
Fecha de ultima menstruación	62	90%	7	10%	69	100%
Fecha probable de parto	69	100%	0	0%	69	100%
Confiabilidad de la edad gestacional	54	78%	15	22%	69	100%
Hábitos	18	26%	51	74%	69	100%
Exámenes físico normal Mama/Odon- tológico	24	35%	10	65%	69	100%
Planeando mi parto	59	86%	10	14%	69	100%

Orientación de lactancia materna	59	86%	10	14%	69	100%
----------------------------------	----	-----	----	-----	----	------

FUENTE: PLANILLA DE RECOLECCION DE DATOS

Con respecto al peso anterior se registró correctamente en un 83%(57), la talla se registra en un 86%(59), el índice de masa corporal es de 19%(13) no se registró correctamente, la fecha de la última menstruación se encuentra registrada en un 90%(62), la fecha probable de parto se registra en un 100%(69), la confiabilidad de la edad gestacional está registrada en un 78%(54).

Los estilos de vida se registran en un 74%(51), el examen físico normal se registra en un 86%(59), dentro de los acápites de registro en la preparación del parto 35%(24) y la consejería de lactancia materna 54%(37).son porcentajes bajos ya que no se le orienta a la mujer embarazada.

TABLA 4

**REGISTRO DE LA SECCIÓN DE CONTROLES ANTENATALES EN SUS
CATORCE PARAMETROS DE LA H.C.P. EN EL CENTRO DE SALUD
APOSTOL SANTIAGO DEL MUNICIPIO DE TUPIZA EN LA GESTION 2018**

GESTACION ACTUAL	REGISTRO CORRECTO		REGISTRO INCORRECTO		TOTAL	
	Numero	porcentaje	Numero	Porcentaje	Numero	Porcentaje
Fecha de atención prenatal	69	100%	0	0%	69	100%
Edad gestacional	67	97%	2	3%	69	100%
Peso	58	84%	11	16%	69	100%
Presión arterial	60	87%	9	13%	69	100%
Altura uterina	69	100%	0	0%	69	100%
Presentación	67	97%	2	3%	69	100%
Frecuencia Cardíaca Fetal	69	100%	0	0%	69	100%
Movimientos Fetales	69	100%	0	0%	69	100%
Nº de Tabl. de sulfato ferroso	69	100%	0	0%	69	100%
Signos de alarma	31	45%	38	55%	69	100%

Iniciales del personal de salud	69	100%	0	0%	69	100%
Fecha de próxima cita	69	100%	0	0%	69	100%
Curva de incremento de peso	18	26%	51	74%	69	100%
Curva de altura de fondo uterino	18	26%	51	74%	69	100%

FUENTE: PLANILLA DE RECOLECCION DE DATOS

El siguiente acápite es el registro de los controles antenatales como lo denomina la H.C.P. subsecuentes donde hay varios segmentos que se encuentran registrados en su totalidad tales como la fecha de atención prenatal, la altura uterina, la frecuencia cardiaca fetal, los movimientos fetales, los signos de alarma, las iniciales del personal de salud, la fecha de la próxima cita, todos estos con un registro de un 100%(69).

Sin embargo la edad gestacional 97%(67), el peso 84%(58), la presión arterial 87%(60), la presentación 97%(67), siendo datos importantes encada control prenatal los cuales no fueron registrados correctamente.

Y los menos registrados son la curva del incremento de peso materno 49%(34) y la curva de altura de fondo uterino 45%(31).

TABLA N° 5

**CALIDAD DEL REGISTRO DE LA H.C.P. EN EL CENTRO DE SALUD
APOSTOL SANTIAGO DEL MUNICIPIO DE TUPIZA EN LA GESTION 2018**

CALIDAD DEL REGISTRO DE LA H.C.P.B.	NUMERO	PORCENTAJE
Correcto	16	23%
Incorrecto	53	77%
TOTAL	69	100

FUENTE: PLANILLA DE RECOLECCION DE DATOS

En el monitoreo del cumplimiento de la calidad del registro en la HCPB se encuentra que solamente el 23%(16) cumplen con el registro correcto de todas y cada una de los requisitos ya establecidos por el Ministerio de Salud, el otro 77%(53) tiene déficit en al menos 1 acápite de los establecidos en la Norma para evaluar la Calidad de Procesos de Atención de Salud Materna.

Hay un cumplimiento muy bajo de normas por la HCP dentro de estos los menos registrados son la aplicación de la vacuna antitetánica 49%(34), el examen general de orina (EGO) 46%(32), el índice de masa corporal 19%(13) y la curva de incremento del peso 49%(34).

4.2.- RESULTADOS ANÁLISIS Y DISCUSION

En este estudio se evalúa la calidad del registro de la HCPB en el Centro de Salud Apóstol Santiago del Municipio de Tupiza, en el estudio se reconocen grandes debilidades en el llenado de la HCP, mostrando la realidad de la calidad de atención que se está brindando a las pacientes embarazadas de esta zona

En el registro de los datos de identificación del paciente se encuentran que 9 de 13 acápite cumplen con un registro superior al 80% los cuales son: Nombre y Apellidos, domicilio, zona, Localidad, municipio, red idioma, lengua materna, fecha de nacimiento, edad, auto identificación, alfa beta, estudios y estado civil. Estas son un gran aporte para la historia clínica del paciente, su correcta identificación nos permite identificar factores de riesgo como son la lejanía, el estado social, los niveles de estudio, el tipo de raza, todos estos importantes factores de riesgo asociados a complicaciones obstétricas.

Los acápite que casi no son registrados en la sección de identificación son el número de teléfono, el lugar de atención prenatal, lugar de parto/aborto y el número de identidad. Esto habla de un mal seguimiento de la paciente ya que no se lleva desde un inicio el registro de la unidad de salud donde se realizó el control prenatal, por lo tanto también hay un mal control del registro de embarazadas activas en la zona.

Al momento de evaluar los antecedentes plasmados en la HCP se encuentran que los antecedentes familiares se cumplen en su totalidad, al igual que los antecedentes personales y los antecedentes Obstétricos todos estos registrados en un 100%. Esto habla muy bien de la unidad de salud ya que se está haciendo un correcto interrogatorio en los antecedentes a los pacientes, se está indagando en factores de riesgo muy importantes tales como diabetes, hipertensión, Pre eclampsia y otras condiciones médicas graves.

Igual de importante es investigar los antecedentes obstétricos para identificar factores de riesgo tales como cesáreas anteriores, antecedentes de abortos, antecedentes de recién nacidos de bajo peso, macrosómicos o gemelar y también la identificación del periodo intergenésico ya sea corto, largo o adecuado.

La sección que más debilidades se tiene es la de la gestación actual, esta cuenta con un gran número de acápite, todos importantes, aquí se toma cuenta desde el estado nutricional, los exámenes de laboratorio, los controles subsecuentes que la paciente se realiza entre otros. Por ser la más extensa es también la que tiene más debilidades.

El análisis de la gestación actual encontramos que los acápite que más se cumplen y por encima del 80% son el peso anterior, la talla, la fecha de la última menstruación, la fecha probable de parto, el examen físico.

La valoración del estado nutricional de la mujer antes del embarazo es importante, para poder hacer la orientación adecuada de la alimentación durante la gestación, el cálculo de la fecha de parto se encontró que es el adecuado en relación a la fecha de la última menstruación, dato el cual es muy importante para ir evaluando la edad gestacional.

Recordemos que las complicaciones obstétricas se tienen que relacionar también con la edad gestacional de la paciente.

Además este registro nos indica que el control prenatal se está aprovechando correctamente para evaluar el estado de salud en general de la mujer.

Continuando con la sección de gestación actual hay acápite con menor registro que están por debajo del 80% estos son la confiabilidad de la edad gestacional, los hábitos de vida y la consejería de la lactancia materna.

Determinar la edad gestacional es tan importante como saber si esta es segura y confiable, la confiabilidad es algo que no se registra en su totalidad, esto habla de una investigación superficial por parte del recurso de salud, además de no hacer una investigación tan frecuente de los hábitos de vida del paciente, en el segundo y tercer trimestre del embarazo, recordemos que aquí se incluye lo que es hábito de fumado, alcohol, uso de drogas y violencia.

El que se encuentra extremadamente bajo en registros es la preparación del parto y el esquema de vacuna antitetánica, ya que está por debajo del 50%, no hay una correcta evaluación de la paciente, se está viendo únicamente desde el plano físico y no desde plano emocional.

El parto es considerado un momento de stress de la vida, la orientación sobre los riesgos, las complicaciones, los cambios sentimentales, todo esto es responsabilidad del personal de salud. El estado emocional es igual de importante que el estado físico.

No se lleva un buen control del esquema de vacunación, tener un mal registro de la vacuna antitetánica en mujeres adultas es no darle la importancia adecuada. La aplicación de la vacuna antitetánica a una mujer no protegida con toxoide tetánico además, de protegerla a ella constituye una medida preventiva preconcepcional para un futuro embarazo.

Los registros de los exámenes de laboratorio descubrimos que solamente hay un examen que está por encima del 80% de registro el cual es la prueba de VIH, aunque es de un valor alto no es del todo satisfactorio, toda paciente embarazada debe de tener su prueba de VIH en dos momentos diferentes, para hacer una identificación precoz y abordaje oportuno para el binomio materno infantil.

Considerando la importancia de esta prueba es más un mal registro que una realidad del establecimiento de salud. Las demás pruebas de laboratorio son de más bajo registro, dentro de estas encontramos la revisión del Cérvix (Papanicolaou),

La realización de los exámenes de laboratorio están a cargo de solamente una unidad de salud en todo el municipio y si a esto se le agrega la lejanía geográfica de la mayoría de pacientes; por lo tanto no todas las embarazadas pueden realizar sus pruebas aunque estas se encuentren indicadas en el expediente clínico.

El examen de orina (EGO) tienen un muy bajo registro, por debajo del 50%, lo cual sin duda es preocupante ya que no se están identificando procesos infecciosos tales como las Infecciones de Vías Urinarias(IVU), que son predisponentes para complicaciones del embarazo tales como amenaza de parto prematuro .

Con la atención prenatal subsecuente, aquí encontramos que hay 7 de 13 acápite que se encuentre llenados en su totalidad estos son: fecha de atención prenatal, la altura uterina, frecuencia cardíaca fetal, movimientos fetales, signos de alarma, iniciales de personal de salud y fecha de próxima cita. Esto habla de un buen seguimiento por parte del personal de salud con la mujer embarazada, tener un registro de cuando se realizan el control y de cuando tienen próxima cita. Además de hacer un registro adecuado de la frecuencia cardíaca fetal y los movimientos fetales de acuerdo a la norma y la edad gestacional adecuada. El registro de la revisión del Cérvix es una de las más bajas con un 68%, lo cual es bastante preocupante ya que este examen es la mejor forma de detectar anomalías o infecciones cervicales así como contribuye de forma importante a la detección temprana del Cáncer Cervico uterino.

La evaluación del paciente es meramente superficial, el personal de salud se limita a lo meramente clínico dejando aparte el estado emocional del paciente, la falta de consejería habla de la sobresaturación que tienen los recursos para hacer esta evaluación. La curva de incremento de peso materno es menos de la mitad con un 49%, esta curva es importante para ver el avance del embarazo en la paciente recordemos que la ganancia de peso en el embarazo es un signo de bienestar para el binomio y tanto la ganancia excesiva como la poca ganancia de peso son signos de alarma que nos permiten clasificar a una paciente como Alto Riesgo Obstétrico Real, es por esto que en cada visita se debe vigilar de forma estricta la ganancia de peso.

La falta de registro puede deberse a una mala interpretación del gráfico y falta de conocimiento para darle seguimiento a estas curvas.

Tenemos que recordar que el Ministerio de Salud es bastante específico ya que se tiene que registrar de forma correcta todos los acápite para que el expedienteo la historia clínica perinatal cumpla con el estándar de calidad, solamente 23%(16) de las HCP cumplen con todas las actividades normadas.

La falta de conocimiento de las mismas, la falta de recursos e insumos de laboratorio y la falta de interés del recurso humano son factores que influyen en el cumplimiento de los estándares de calidad.

4.3.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.3.1.-CONCLUSIONES

- 1) En los controles prenatales se comprobó que en la sección de Identificación la mayoría de los datos fueron registrados correctamente.
- 2) Los antecedentes familiares, personales y obstétricos son registrados adecuadamente, con un registro correcto en su totalidad.

3) La mitad de los datos del embarazo actual se encuentran registrados siendo los más comunes el peso anterior, talla, fecha de la última menstruación, fecha probable de parto, examen físico normal. Se encuentra falta de registro correcto en los exámenes de laboratorio, hábitos del segundo y tercer trimestre seguimiento al esquema de vacunas y la curva de incremento de peso materno.

4) En la mayoría de los casos la calidad de la HCP es mala ya que no se cumple con el registro de todos los acápite normadas por el Ministerio de Salud.

4.3.2.- RECOMENDACIONES

Al Responsable Municipal

- 1) Aplicar los Ciclos de Mejora Continua de la Calidad de atención Materno Infantil que consiste en la medición sistemática del cumplimiento de estándares de calidad en la atención con el objetivo de lograr niveles elevados de calidad y satisfacción de la población y para que esta calidad se cumpla no solo debe ser conocimiento y cumplimiento mecánico y rutinario de estas guías y normas no garantiza la calidad sino se acompaña de calidez
- 2) Brindar capacitación continua sobre la importancia del registro correcto de la HCPB al personal de salud en la atención primaria para la detección temprana de los factores de riesgos y mejorar la calidad de atención

Al Médico Responsable del Establecimiento de Salud

- 1) Sensibilizar al personal de salud en la mejora de la calidad de atención en todos sus componentes de la HCPB

2) Implementar y Garantizar la auditoria medica periódica de los expedientes de embarazadas para identificar las principales debilidades del registro correcto de HCP.

3) Gestionar mayor presupuesto, por parte de las autoridades correspondientes para garantizar los insumos, medicamentos y materiales del laboratorio para mejorar con el cumplimiento de los exámenes de laboratorio y cumplir con el registro correcto de la HCPB:

A la población

- 1) Reafirmar en la población, la importancia del control prenatal precoz oportuno y periódico.

5.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFIA

1. Abea, B. M., & Chávez, B. J. (Diciembre de 2012). ¿Cuál es la calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal Básica de las Pacientes Ingresadas en el Hospital
2. Bertha Calderón Roque, en el Periodo de 01 de Julio al 30 de Septiembre del Año 2011 ? Managua , Managua, Nicaragua.
3. Adamo, P. D. (2004). Los grupos sanguíneos y la Alimentación. Rosario: Nueva Era
- . 4. Cunningham. (2011). Williams Obstetricia. United States : Mc Graw-Hill.
5. Matus, D. P. (2011). Valoración de el Llenado de la Historia Clínica Perinatal Base de las Pacientes Embarazadas Ingresadas en el Hospital Nuevo Amanecer, Puerto Cabezas – RAAN. Puerto Cabezas.
6. MINSA. (2013). Manual para el llenado de la Historia Clínica Perinatal (HCP). Managua : Dirección Superior del Ministerio de Salud
- . 7. MINSA. (Octubre de 2009). Normas de Alimentación y Nutrición para Embarazadas, Puérperas y Niñez menor de cinco años-. Normativa 029 . Managua, Managua, Nicaragua.
8. MINSA. (2008). Normas y Protocolos para la Atención Prenatal, Parto, Recién Nacido y Puerperio de Bajo Riesgo. Managua: Dirección Superior del Ministerio de Salud.
9. MINSA. (Noviembre de 2009). Normas y Protocolos para la prevención, detección y atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual. Normativa 031 . Managua, Managua, Nicaragua. 65

10. MINSA. (Septiembre de 2011). Protocolo para el abordaje de las patologías más frecuentes del Alto Riesgo Obstétrico. Managua, Managua, Nicaragua.

11. Morelli, D. M. (2005). Análisis de Registro, Calidad de los datos y Propuesta de Mejoramiento de la Historia clínica Perinatal en la Maternidad del Hospital Ramón Carrillo. Santiago del Estero, Córdoba, Argentina.

12. Fescia RH y Col (2010). Instrucción de Llenado y Definición de Términos. Montevideo: OPS .

13. Zamora, B. V., & Villarreal, B. U. (2011). Calidad del Llenado de la Historia clínica Perinatal Básica en Pacientes Atendidas en el Hospital Nuevo Amanecer Bilwi, 01 de Julio al 31 de Diciembre del 2011. Bilwi, RAAN, Nicaragua.

14. Plan Plurianual de Salud 2011-2015. Ministerio de Salud. Managua. Nicaragua. Año 2011.

15. Ministerio de salud Bolivia. 2015 Instructivo para el llenado de la historia clínica perinatal.

16. Ministerio de Salud Bolivia 2015 Norma del Expediente Clínico.

ANEXOS

GRAFICO 1

REGISTRO DE LA SECCIÓN DE LOS DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA MUJER EMBARAZADA EN LA H.C.P. EN EL CENTRO DE SALUD APOSTOL SANTIAGO DEL MUNICIPIO DE TUPIZA EN LA GESTION 2018

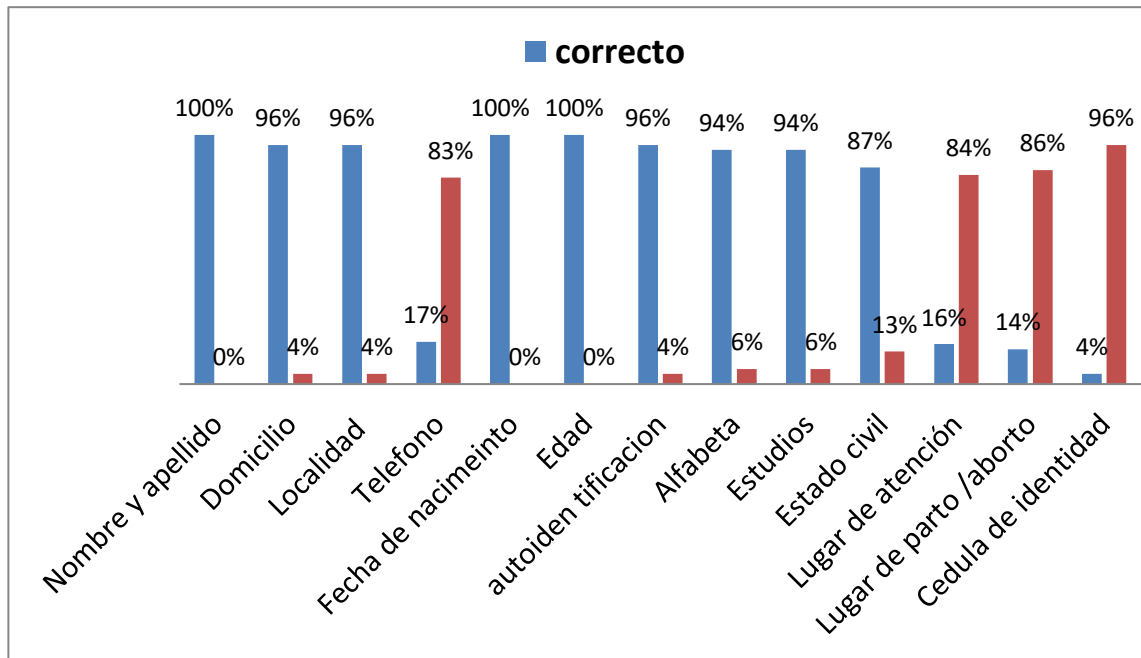


GRAFICO 2
REGISTRO DE LA SECCION DE LOS ANTECEDENTES DE LA MUJER
EMBARAZADA EN LA H.C.P.EN EL CENTRO DE SALUD APOSTOL
SANTIAGO DEL MUNICIPIO DE TUPIZA EN LA GESTION 2018

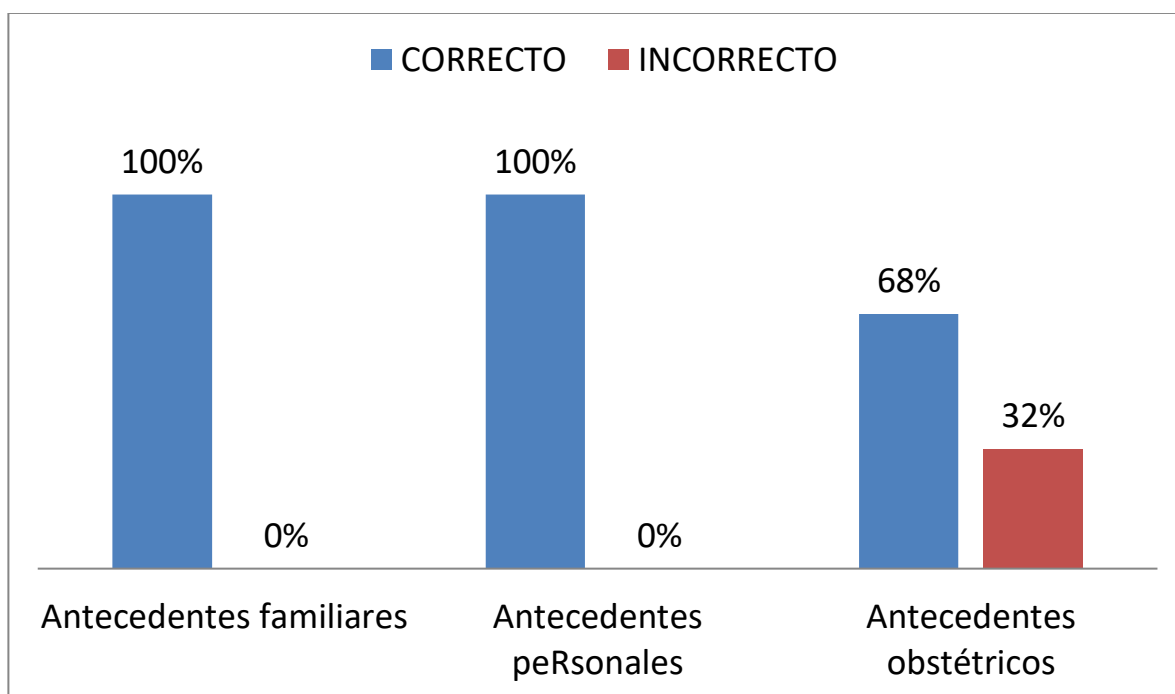


GRAFICO 3-A
EL REGISTRO DE DATOS DE LA SECCION DE GESTACION ACTUAL
(VACUNAS Y EXÁMENES DE LABORATORIO) EN LA H.C.P EN EL CENTRO DE
SALUD APOSTOL SANTIAGO DEL MUNICIPIO DE TUPIZA EN LA
GESTION 2018

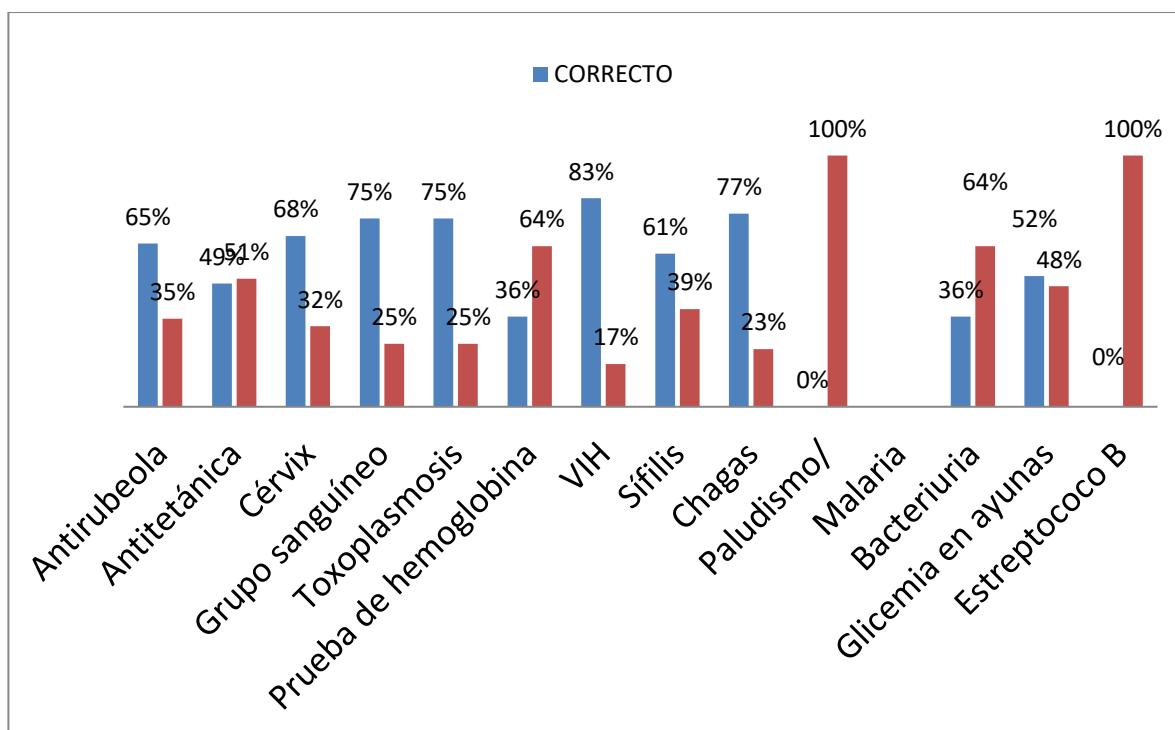


TABLA 3-B
EL REGISTRO DE DATOS DE LA SECCION DE GESTACION ACTUAL EN
LA H.C.P. EN EL CENTRO DE SALUD APOSTOL SANTIAGO DEL
MUNICIPIO DE TUPIZA EN LA GESTION 2018

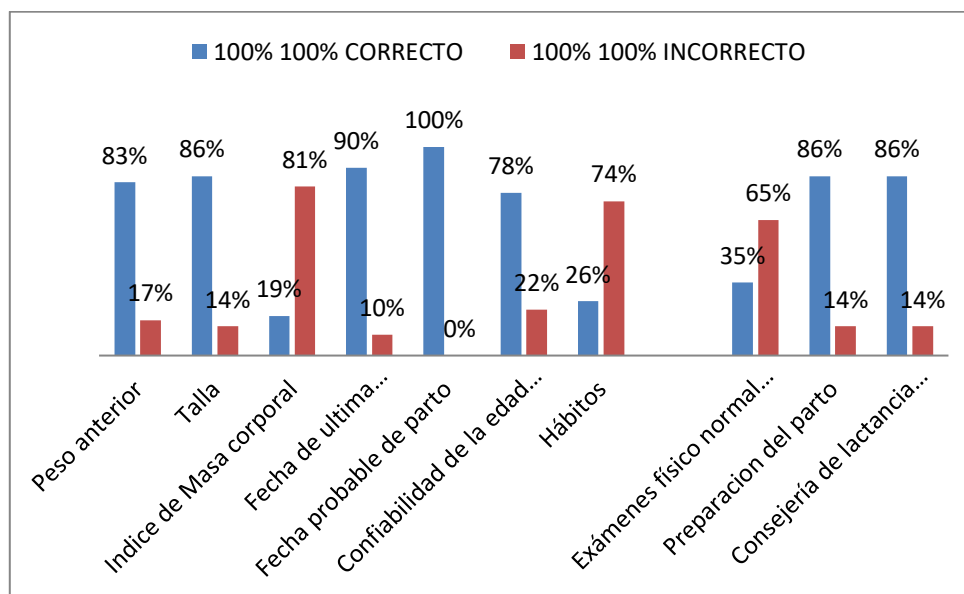


TABLA 4
REGISTRO DE LA SECCIÓN DE CONTROLES ANTENATALES EN LA H.C.P.
EN EL CENTRO DE SALUD APOSTOL SANTIAGO DEL MUNICIPIO DE
TUPIZA EN LA GESTION 2018

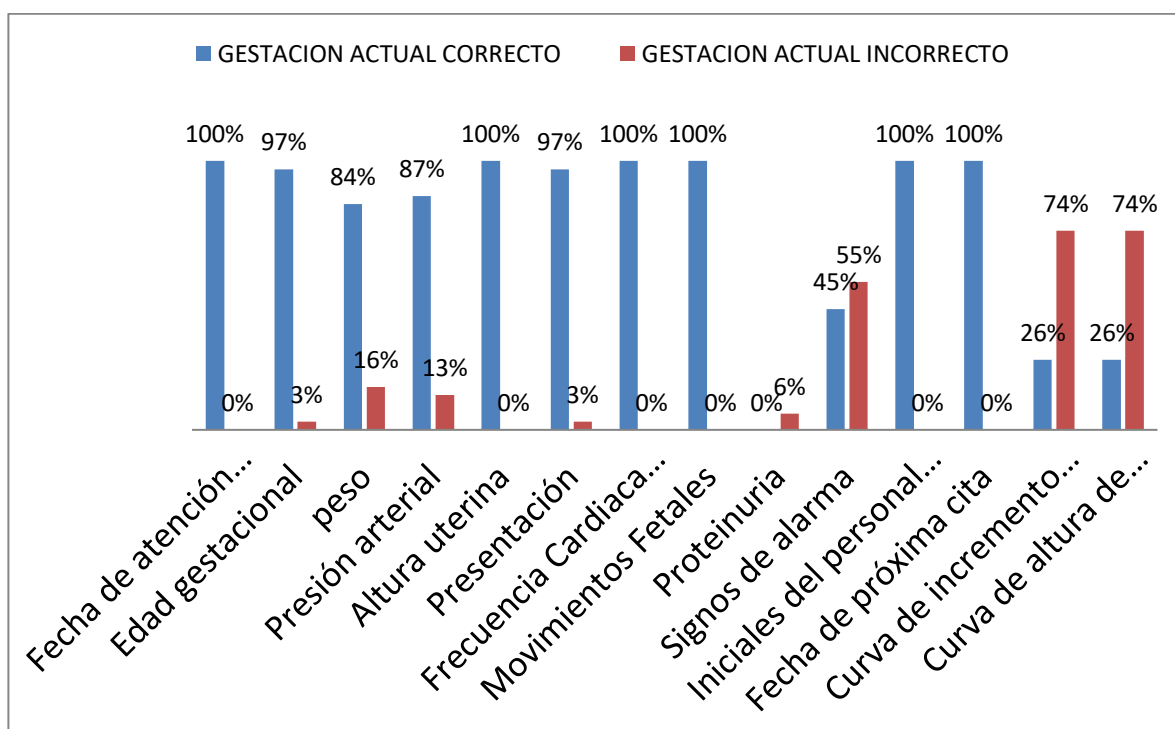
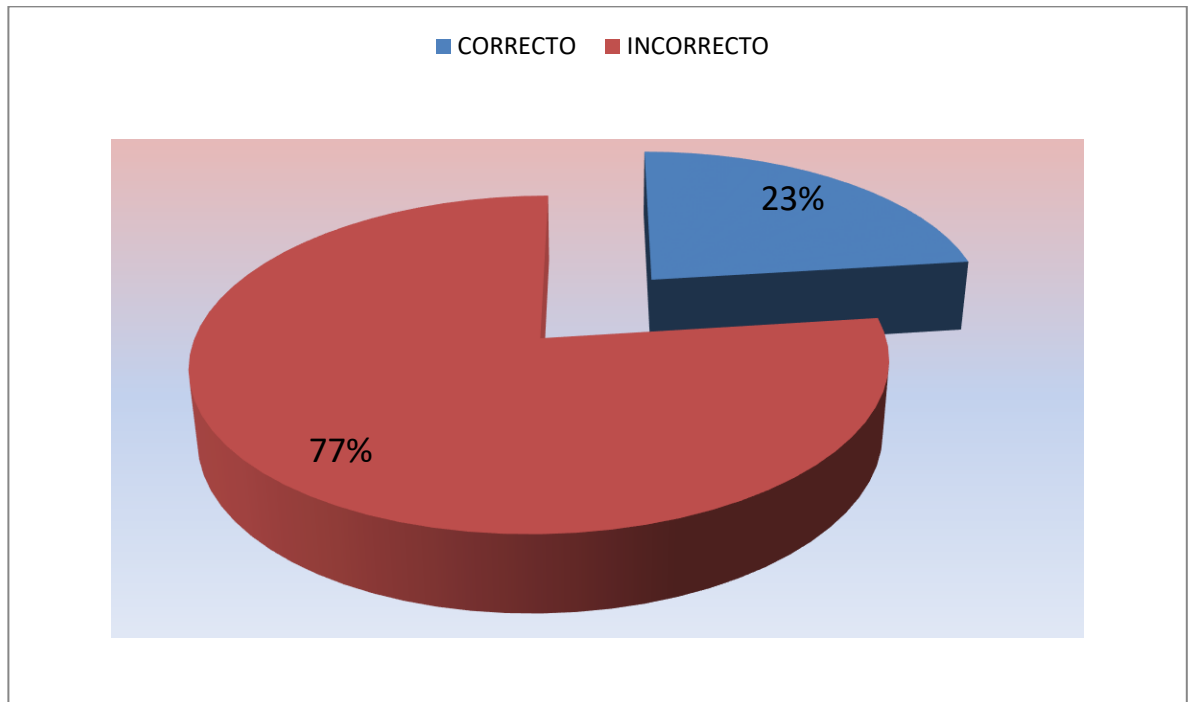


TABLA N° 5

**CALIDAD DEL REGISTRO DE LA H.C.P. EN EL CENTRO DE SALUD
APOSTOL SANTIAGO DEL MUNICIPIO DE TUPIZA EN LA GESTION 2018**



INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

CALIDAD DEL REGISTRO DE LA HISTORIA CLINICA PERINATAL EN EL CENTRO DE SALUD APOSTOL SANTIAGO DEL MUNICIPIO DE TUPIZA EN LA GESTION 2018

PLANILLA DE RECOLECCION DE DATOS

1.- CARACTERIZAR EL REGISTRO DE LA SECCIÓN DE LOS DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA MUJER EMBARAZADA EN LA H.C.P.

DATOS DE IDENTIFICACION	DESCRIPCION	NUMERO DE H.C.P. REGISTRO CORRECTO	NUMERO DE H.C.P. REGISTRO INCORRECTO	TOTAL
Nombre y Apellidos	Numero de historias clínicas registradas con nombre y apellido			
Domicilio	Numero de historias clínicas registradas con domicilio			
Localidad	Numero de historias clínicas registradas con la localidad			
Teléfono	Numero de historias clínicas registradas con el telefono			
Fecha de Nacimiento	Numero de historias clínicas registradas con la fecha de nacimiento			
Edad	Numero de historias clínicas registradas con la edad			
Alfabeta	Numero de historias clínicas registradas con el nivel de escolaridad			
Estudios	Numero de historias clínicas registradas con los estudios			

	realizados			
Estado Civil	Numero de historias clínicas registradas con el estado civil			
Lugar de la Atención Prenatal	Numero de historias clínicas registradas con el lugar de atención de los controles pre natales			
Lugar del Parto/Aborto	Numero de historias clínicas registradas con el lugar de atención del parto			
No de Identidad	Numero de historias clínicas registradas con el número de cedula de identidad			

2.- DETERMINAR EL REGISTRO DE LA SECCION DE LOS ANTECEDENTES DE LA EMBARAZADA.

ANTECEDENTES DE LA EMBARAZADA	DESCRIPCION	REGISTRA	NO REGISTRA	TOTAL
Antecedentes familiares	Numero de historias clínicas perinatal registrados con todos los antecedentes familiares.			
Antecedentes personales	Numero de historias clínicas perinatal registrados con todos los antecedentes Personales			

Antecedentes obstétricos	Numero de historias clínicas perinatal registrados con todos los antecedentes obstétricos			
-------------------------------------	---	--	--	--

3.- EVALUAR EL REGISTRO DE DATOS DE LA SECCION DE GESTACION ACTUAL EN LA H.C.P.

GESTACION ACTUAL	DESCRIPCION	REGISTRA	NO REGISTRA	TOTAL
Peso anterior	Numero de historias clínicas perinatal registrados con el peso anterior			
Talla	Numero de historias clínicas perinatal registrados con la talla de la paciente			
I.M.C. inicial	Numero de historias clínicas perinatal registrados el IMC de la paciente Registrado Si registra el IMC de la paciente E = enflaquecida. N = normal. S = sobrepeso. O = obesidad No Registrado Cuando no registra el IMC de la paciente E = enflaquecida.			

	N = normal. S = sobrepeso. O = obesidad			
F.U.M.	Numero de historias clínicas perinatal registrados la Fecha de Ultima Menstruación			
F.P.P.	Numero de historias clínicas perinatal registrados con la fecha probable de parto			
Edad gestacional confiable por F.U.M. o por Ecografía	Numero de historias clínicas perinatal registrados la edad gestacional confiable ya sea este por la última fecha de menstruación o por ecografía obstétrica			
Anti rubeola	Numero de historias clínicas perinatales registrados con los hábitos de la paciente sea en forma activa o pasiva			
Antitetánica	Numero de historias clínicas perinatales registrados con la vacuna antitetánic			
	Numero de historias clínicas perinatales registrados con la vacuna antitetánica			
Examen normal mama	Numero de historias clínicas perinatales			

odontológico	registrados con la vacuna antitetánica			
Cervix Toma de PAP Colposcopia	Numero de historias clínicas perinatales registrados con la toma de pap y/o colposcopia			
Grupo y factor sanguíneo	Numero de historias clínicas perinatales registrados con el grupo y factor sanguíneo			
Glicemia en ayunas	Numero de historias clínicas perinatales registrados con el resultado del examen de glicemia			
Hemoglobina y anemia menor a 20 semanas	Numero de historias clínicas perinatales registrados con el resultado del examen de hemoglobina y anemia menor a las 20 semanas de gestación			
Suplementos Hierro folatos	Numero de historias clínicas perinatales registrados con la administración de hierro y folatos			
Hemoglobina y anemia mayor a 20 semanas	Numero de historias clínicas perinatales registrados con el resultado del examen de hemoglobina y anemia mayor a las 20 semanas de gestación			
VIH Diagnostico Tratamiento	Numero de historias clínicas perinatales registradas con el diagnóstico y			

	tratamiento de VIH			
Sífilis Diagnostico Tratamiento	Numero de historias clínicas perinatales registradas con el diagnóstico y tratamiento de sífilis			
Planeando mi parto	Numero de historias clínicas perinatales si la paciente recibió orientación sobre planeando mi parto			
Orientacion lactancia materna	Numero de historias clínicas perinatales si la paciente recibió orientación sobre lactancia materna			
Detección de proteínas en orina	Numero de historias clínicas perinatales si la paciente se realizo el examen de orina donde se detecta la presencia de proteínas			
Bacteriuria	Numero de historias clínicas perinatales registradas si la paciente se realizó el examen de bacteriuria			
Chagas	Numero de historias clínicas perinatales registradas si la paciente se realizó el examen de Chagas			
Paludismo	Numero de historias clínicas perinatales registradas si la paciente se realizó el examen de paludismo			

Estreptococo B	Numero de historias clínicas perinatales registradas si la paciente se realizó el examen de Estreptococo B			
Toxoplasmosis	Numero de historias clínicas perinatales registradas si la paciente se realizó el examen de Toxoplasmosis			

4.- IDENTIFICAR LA CALIDAD DE REGISTRO DE LA SECCIÓN DE CONTROLES MENSUALES EN LA H.C.P.

CONTROLES PRENATALES MENSUALES	DESCRIPCION	REGISTRA	NO REGISTRA	TOTAL
Fecha de Atención Prenatal	Numero e historias clínicas registradas con la fecha de atención del control prenatal			
Peso	Numero e historias clínicas registradas con el peso			
Índice de Masa Corporal	Numero e historias clínicas registradas con el índice de masa corporal Registra			

	Si registra el I.M.C. en el momento de la atención E = enflaquecida. N = normal. S = sobrepeso. O = obesidad No registra Cuando no registra el IMC en el momento de la atención E = enflaquecida. N = normal. S = sobrepeso. O = obesidad			
Presión Arterial	Numero e historias clínicas registradas con presión arterial actual			
Edad gestacional	Numero e historias clínicas registradas con la edad gestacional			
Altura Uterina	Numero e historias clínicas registradas con la altura uterina			
Presentación	Numero e historias clínicas registradas con la presentación del feto			
Frecuencia Cardíaca Fetal	Numero e historias clínicas registradas con la frecuencia cardíaca fetal			
Movimientos Fetales	Numero e historias clínicas registradas con los movimientos fetales			
Proteinuria	Numero e historias clínicas registradas con la presencia de proteinuria			
Numero de tabletas de sulfato ferroso	Numero e historias clínicas registradas con la administración de sulfato ferroso			
Signos	Numero e historias			

de Alarma	clínicas registradas con los signos de alarma			
Responsable de la atención	Numero e historias clínicas registradas con el nombre responsable de la atención			
Fecha de Próxima Cita	Numero e historias clínicas registradas con la próxima visita			