

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**CALIDAD DE INFORMACIÓN REGISTRADA EN EL  
CARNET DE CONTROL PRENATAL EN PUERPERAS  
HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECO-  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VITARTE AGOSTO-  
OCTUBRE 2015**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICO CIRUJANO

**ROCÍO DEL PILAR GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ**

**DR. JHONY DE LA CRUZ VARGAS**  
DIRECTOR DE LA TESIS

**MAG. OFELIA ROQUE**  
ASESOR

**LIMA – PERÚ**

2016

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco primeramente a Dios quien me dirigió en esta etapa, quien a través de Jesucristo me llevo de la mano para levantarme en los momentos de dificultad y me lleno de valentía para seguir luchando con este propósito alcanzado.

Al servicio de hospitalización de gineco –obstetricia, donde me toco estar en mi última rotación la cual estoy asignada como interna y me ofreció un ambiente tan cálido, lleno de conocimientos , ideas y experiencias que llevare con orgullo en mi vida personal y laboral .

A todas las personas que de alguna manera contribuyeron en la realización de este trabajo les quiero agradecer por su motivación, consejos y colaboración haciendo posible este juego.

A la facultad de Medicina y en especial a mi asesora Dra Ofelia Roque, quien me brindo su tiempo, me oriento en este proceso y me enriqueció de conocimientos en mi vida intelectual.

Aquellas mujeres puerperas que participaron en la investigación y me brindaron información a través de ficha de recolección de datos y quienes me dieron conocer sus experiencias

**MUCHAS GRACIAS**

*Dedicatoria*

*A Dios por la vida y fortaleza que nos brinda , a mis padres por su apoyo incondicional , a mi hija lucia y mi esposo por estar conmigo y no dejarme nunca caer y seguir con mis sueños . A nuestros maestros por transmitirnos no solo sus conocimientos si no también sus experiencias y lecciones de vida.*

## RESUMEN

Introducción: La atención prenatal es una de las principales estrategias para garantizar una gestación monitorizada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones. El carnet de control prenatal (CPN) es una herramienta donde el profesional médico registra información indispensable para la toma de decisiones y el manejo clínico individual de la mujer embarazada y del neonato. La información de CPN debe ser clara, concisa y ordenada que permita un análisis eficiente y refleje en gran medida la calidad de atención a la mujer embarazada. **Objetivo:** Determinar el nivel de calidad de información registrada en el carnet de control prenatal en puérperas hospitalizadas en el servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital Vitarte Agosto – Octubre 2015. **Material y Método:** Se realizó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. Se aplicó una ficha de recolección de datos en 187 carnets de CPN, seleccionados según criterios de inclusión y exclusión. Ficha donde se consideraron las principales variables: datos sociodemográficos y biológico; antecedentes patológicos personales, familiares y Gineco-obstetricia; embarazo actual. Se elaboró una base de datos en SPSS v22 en la cual se basó la información reunida por una ficha. La evaluación fue por percentiles según puntaje obtenido: Nivel de calidad MALO, REGULAR y BUENO. **Resultados:** Del total de carnets evaluados el 83.4.% fueron registrado un nivel de calidad “BUENO”, el 16.6 % un nivel de calidad “REGULAR” . En relación a la profesión del Responsable del control prenatal se obtuvo el siguiente resultado: 46 % de los Médicos llenaron el carnet con un nivel de calidad “BUENO”, y con el mismo nivel de calidad 35.3 % por el profesional Obstetra **Conclusiones:** Tuvo La finalidad de evaluar la calidad del registro de información realizado por el médico el cual fue BUENO con el mismo nivel de calidad los Obstetras. El nivel de calidad de información registrada en los carnet de control prenatal de las puérperas hospitalizadas que ingresan al Hospital Vitarte presentan un registro de información eficiente que nos facilita la identificación y prevención de posible complicaciones del problema estudiado

**Palabras claves:** carnet de control prenatal y calidad de registros de información.

## INTRODUCCION

La atención prenatal es una de las principales estrategias que los organismo de la salud ofrecen a las madres para garantizarles una gestación monitorizada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo; este seguimiento tiene como principal finalidad reducir la mortalidad materna mediante acciones preventivas, oportunas y precoces; parámetros mínimos que garantizan una atención con calidad.

La atención prenatal utiliza la historia clínica perinatal CLAP ( Centro latinoamericano de Perinatología , con sede de Montevideo ) como resumen de toda la historia tenemos como herramienta el carnet de control prenatal , este instrumento contribuye en la toma de decisiones relacionadas con la prevención de complicaciones y el manejo clínico individual de la mujer embarazada y del neonato , por tal importancia debe ser llenado correctamente y sin omisiones desde la primera consulta , ya que refleja en gran medida la calidad de la atención a la mujer embarazada (1).

El carnet de control prenatal además de intentar facilitar la tarea del personal médico, estandariza el registro de datos, buscando la supervisión y evaluación del cumplimiento de normas clínicas promoviendo un manejo clínico individualizado y efectivo .Dentro de este marco se va la necesidad de evaluar la calidad del llenado del carnet de control prenatal debido a la importancia de la información que contiene para el bienestar materno fetal. Asimismo los datos son indispensable para su evaluación ulterior por consiguiente las intervenciones futuras deben enfocarse en asegurar la calidad de los servicios existente. Este llenado debe ser comprensible entre los profesionales de salud y reflejar la atención recibida, a fin de mejorar la calidad de atención en salud, particularmente en las mujeres embarazadas.

Actualmente existen numerosos estudios y se estima que por cada muerte materna ocurren 10 muertes perinatales; las cuales están vinculadas, a factores de salud materna y a la inadecuada atención prenatal, del parto y del recién nacido (Ministerio de Salud, 2009). La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) determinó para el año 2012 que en el Perú, el 96% de las gestantes recibió atención prenatal por personal calificado (médico, obstetra o enfermera), y el 94,9 % tuvo 4 o más controles prenatales ( Instituto Nacional Materno Perinatal ) , ubicado en la ciudad de Lima, se identificó que la cobertura de gestantes con más de 6 controles prenatales ( gestantes controladas ) solo llegó el 50.3 % para el año 2013 ( Instituto Nacional Materno Perinatal, 2014), por lo que tiene la mitad de gestantes que no concluyen sus controles , y con ello no se cumplirían con los objetivos de control prenatal(2).

Un estudio realizado en México ( Peñuelas – Cota et al., 2008), se determinó que de los casos de muerte materna 54.8 % de ellas tenían control prenatal (8) , igualmente sucedió en Colombia( Tamayo y Gomez,2005) se identificó que la ausencia de control prenatal aumenta el riesgo de muerte materna (OR: 8,0 IC 95 % 2,3 -28,3) , el grupo de menor riesgo fueron los que tenían entre 5 y 9 controles , mientras los de mayor riesgo estaban entre 1 y 4 controles , el riesgo aumenta cuando no tiene ningún control ( or:11.7) (3).

Por otro lado hubo estudio realizado en el Perú (Arizpe, Salgado y Tang , 2011 ) se identificó que en puérperas del Hospital Nacional Cayetano Heredia de Lima solo el 7.4 % tenía un control, prenatal inadecuado con la paridad mayor de dos , así mismo el ser primigesta se asoció a mayor controles prenatales , la pérdida de control, adecuado puede condicionar a una pérdida de la parte preventiva en la gestante y su familia (6).

Por otro lado es discutible que estudios nacionales e internacionales indican que la mayoría de lesiones y muertes maternas, así como caso tres cuartas partes de las muertes maternas neonatales se podrían evitar si las mujeres reciban controles prenatales y se dé la atención oportuna durante el embarazo (37)

## ÍNDICE

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION .....	10
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: GENERAL Y ESPECÍFICO. ....	10
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA .....	11
1.3 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION .....	12
1.4 DELIMITACION DEL PROBLEMA .....	12
1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION .....	13
1.5.1 Objetivo general: .....	13
1.5.2 Objetivo específicos .....	13
CAPÍTULO II .....	15
2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION .....	15
2.2 MARCO TEORICO: .....	23
2.3 DEFINICION DE CONCEPTOS OPERACIONALES .....	38
CAPÍTULO III .....	42
3. DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES .....	42
3.1 VARIABLES DE ESTUDIO:.....	42
CAPÍTULO IV.....	53
4. METODOLOGÍA.....	53
4.1 DISEÑO TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	53
4.2 POBLACION DE ESTUDIO:.....	53
4.3 MUESTRA .....	54
4.3.1 Diseño muestral :.....	54
4.4 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSIÓN .....	54
4.5 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.....	55
4.5.1 Técnicas de instrumentos: .....	55
4.6 ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	56
4.7 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	57



5. CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	67
5.1 RESULTADOS .....	67
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	82
CONCLUSIONES.....	82
RECOMENDACIONES .....	83
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84
ANEXOS.....	89

## **CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: GENERAL Y ESPECÍFICO.**

El control prenatal es la principal estrategia que los organismo de la salud ofrecen a las madres para garantizarles una gestación supervisada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo; este seguimiento tiene como principal finalidad reducir la mortalidad materna mediante acciones preventivas, oportunas y precoces; parámetros mínimos que garantizan una atención con calidad.

Para el control prenatal se utiliza la historia clínica perinatal del CLAP (Centro latinoamericano de Perinatología, con sede en Montevideo), y como resumen de todo la historia tenemos como herramienta el carnet perinatal el cual debe ser llenada correctamente y sin omisiones desde la primera consulta. Este instrumento contribuye en la toma de decisiones relacionadas con el manejo clínico individual de la mujer embarazada y del neonato, ya que refleja en gran medida la calidad de la atención a la mujer embarazada.

La Historia clínica perinatal además de intentar facilitar la tarea del personal médico, estandariza el registro de datos, buscando facilitar la supervisión y evaluación del cumplimiento de normas clínicas promoviendo un manejo clínico individualizado y efectivo.

Se enmarca la necesidad evaluar la calidad del llenado del carnet perinatal debido a que un insuficiente registro de la información en el carnet perinatal puede impedir una toma de decisión oportuna frente a factores que perturban el bienestar materno fetal. Asimismo los datos son

indispensable para su evaluación ulterior por consiguiente las intervenciones futuras deben enfocarse en asegurar la calidad de los servicios existente. Este llenado debe ser comprensible entre los profesionales de salud y reflejar la atención recibida, a fin de mejorar la calidad de atención en salud, particularmente en las mujeres embarazadas.

## **1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA**

Los carnets perinatales que ingresan al servicio de Hospitalización de Gineco- Obstetricia del Hospital Vitarte presentan una escasa información por lo que se conjetura un registro de información del carnet perinatal deficiente, dificultando la identificación y prevención de posibles complicaciones a nivel hospitalario, por lo expuesto nos hemos planteado el siguiente problema:

**¿Cuál es la calidad de información registrada en el carnet de control prenatal en puérperas hospitalizadas en servicio de gineco-obstétrico en hospital Vitarte Agosto – Octubre 2015?**

Esperando por lo tanto que los resultados obtenidos sirvan para evaluación práctica y objetivos del funcionamiento del control prenatal, así como presentar pautas para evaluaciones futuras que puedan ser aplicadas en el Hospital Vitarte y en otras instituciones de salud del país.

### **1.3 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION**

El embarazo es una condición fisiológica que requiere de una evaluación médica que vigile el bienestar tanto de la mujer como del producto de la gestación, debido a que el embarazo favorece la presentación de una serie de alteraciones que comprometen la salud y la vida materno-fetal.

Los distintos organismos de salud han demostrado la disminución de los índices de morbilidad materna perinatal con el correcto desempeño de las distintas estrategias realizadas, es por ello que la supervisión de la calidad de las distintas estrategias es fundamental en el proceso de la mejora de la salud materna.

Considerado el control prenatal como la principal estrategia de disminución de morbilidad materna perinatal por las características que posee (precoz, eficaz, integral y oportuno) se busca su constante evaluación para así brindar un servicio de calidad a gestante logrando acercarla a las instituciones de salud, ofreciéndole seguridad en el control del embarazo y así contribuir en la disminución de los índices de morbilidad y mortalidad materna perinatal (5)

### **1.4 DELIMITACION DEL PROBLEMA**

La captación de púerperas se realizó en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Vitarte, debido a que se requería en una diversidad de carnes que no solo pertenezcan al Hospital, sino también registrar los carnets de aquellas puerperas que procedían de otros establecimientos de salud

Las pacientes Hospitalizadas en gineco - obstetricia ,nos permitieron descartar a las gestantes que no culminaron con su embarazo , ya que sus carnes continuarían siendo llenados en controles prenatales posteriores . Una vez seleccionados se verifico que las pacientes portara su carne de control prenatal y que asimismo tenga más de seis controles. Cumpliendo de esta manera con los criterios de inclusión y de exclusión.

De forma muy breve se les explico a las puérperas la finalidad del estudio, Y luego se les invito a participar en la investigación, una vez confirmada su participación se procedía a solicitar el carnet de control prenatal para finalmente aplicar el instrumento.

## **1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.5.1 Objetivo general:**

Determinar el nivel de Calidad registrada en el carnet de control prenatal en puérperas hospitalizadas en el servicio de gineco-obstétrico en hospital Vitarte – Agosto – Octubre del 2015.

### **1.5.2 Objetivo específicos**

1. Describir el registro de datos, socio-demográficos y biológicos del carnet de control prenatal de las puérperas que fueron hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Vitarte , Agosto – Octubre 2015.
2. Describir el registro de datos de antecedentes patológicos familiares, personales, y obstétricos de las puérperas que fueron hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Vitarte , Agosto – Octubre 2015.

3. Describir el registro de los datos del embarazo actual, datos de laboratorio y datos de atención prenatal del embarazo actual del carnet de control prenatal de las puérperas hospitalizadas en el servicio gineco-obstetricia del Hospital Vitarte , Agosto – Octubre del 2015
4. Describir los niveles de calidad de cada variable del carnet de control prenatal de las puérperas hospitalizadas en el servicio de gineco- obstétrica del hospital Vitarte, Agosto- Octubre del 2015.
5. Describir el nivel de calidad del registro de información del carnet de control prenatal realizado por el profesional responsable del control prenatal en las puérperas que fueron hospitalizadas en el servicio gineco-obstetricia del Hospital Vitarte , Agosto – Octubre del 2015.

## **CAPÍTULO II: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION**

"Calidad de la Historia Clínica Perinatal Básica por parte de los médicos generales y médicos en servicio social, Nandaime Managua: UNAN, Facultad de Ciencias Médicas; 1990- Boden B. Roberto,

En el año de 1990, Bodan Bravo, Robleto, en la ciudad de Nandaime estudiaron la calidad de la Historia Clínica Perinatal Básica (HCPB) valoraron el llenado completo de la HCPB por parte del médico general y médicos en servicio social a un total de 136 mujeres, encontrando dentro de la categoría Mala el sector de embarazo actual, hubo déficit en el 55.2%, en la categoría regular el sector patológico este fue de 68.7%. Sobresale el sector antecedentes con un 97.37% como muy buena. Se observa que la mayoría de los sectores se encuentran en las categorías Muy Buena o Buena. En el caso de los médicos en servicio social se encontró déficit en el llenado en un 60.42% en el sector del embarazo actual, y 68.5% en el sector patológico. Del total de historias clínicas perinatal básicas de catálogo como buena en un 57.35% y el 16.17% como regular. (29)

Evaluación de la calidad del llenado de las hojas de control prenatal de pacientes remitidas de atención primaria- Ada Palco

Ada Paca Palao, realizó un estudio en Perú en 2003 donde evaluó la calidad de atención en los servicios de control prenatal y planificación familiar, con una muestra de 1044 pacientes, encontrando que el 83.5% de las usuarias fueron atendidas por gineco-obstetras, 95% de las unidades de salud no cuentan con equipos completos, 38.8% de las usuarias consideran que no había privacidad durante su consulta.

En este estudio se valoró la calidad mediante un rango de puntuación que oscila -3.91 a 1.84 puntos. Se obtuvo una mediana de -0.02 que es menor que 0.01 (punto medio del recorrido), lo cual indica una percepción menor de la calidad de atención según proveedores entrevistados, pero, siempre existe la posibilidad de mejorar. En general todas las regiones manifestaron una menor calidad de atención de lo esperado a excepción de la Región Metropolitana (mediana inferior al promedio), sin embargo, los puntajes más altos se presentan en la región es Norte (1.84), Sur (1.63) y Sierra – Selva (1.84) que en la Región Metropolitana que alcanzo un puntaje máximo de 1.54 puntos, los puntajes más bajos se presentan en las regiones Sur y Sierra –Selva con -3.09 y -3.91 respectivamente (30).

Calidad de la atención prenatal en el área de Mella- Cuba - Del valle Plasencia , C ., Del Valle , N ., Napoles , E ., y Matamoros.

En un estudio realizado por el Dr. valle y Col (Mella – Cuba, 2010), se describe un nivel de calidad de control prenatal adecuado teniendo como uno de los objetos de estudio el carnet de control prenatal; en ella se observó los siguientes resultados: obtuvieron la categoría la categoría de adecuados el examen físico completo (90.0 %) y la atención



estomatológica concluida (73.0 %) en relación con 70 % como estándar establecido . Entre los exámenes complementarios no hemáticos fueron evaluadas como adecuadas la orina, las heces fecales y el exudado vaginal en cada trimestre, con 94,0 %. Sobrepasaron los estándares: consultas prenatales (94,0 %), inmunización con toxoide tetánico (96.5 59 y examen de colpocitología (96.2 %9, considerados como adecuado (31).

Calidad del control prenatal realizado por profesionales de enfermería en una IPS Publica, Manizales 2007- Jacqueline Arias C., Katherine Bernal A., Erika Gonzales E., Paula Rivera M.

Este estudio descriptivo tiene como principal objetivo determinar algunos aspectos de la calidad del control prenatal realizado por el profesional de enfermería en una IPS pública de Manizales en el año 2007; con la información obtenida a partir de las historias clínicas, se evaluó la calificación obtenida en cada ítem de acuerdo a los criterios obtenidos. La población fue de 613 gestantes inscritas en el programa de control prenatal de dicha IPS, y 120 mujeres escogidas para la muestra por medio de la técnica de distribución de frecuencia; para la graficación de los resultados se utilizaron diagramas de barras mostrados de manera comparativa. Los resultados muestran que algunas variables tales como: temperatura, educación a la gestante, solicitud y análisis de paraclínicos, remisión al curso de preparación para el parto, remisión al odontólogo, y la adopción de una conducta en caso de alteraciones del peso materno o de la altura uterina, se registraron entre un 25% y un 70%. Las variables evaluadas en cuanto a la satisfacción de las usuarias fueron: percepción del beneficio obtenido, preferencia por el control con la enfermera, satisfacción con la prestación del servicio; fueron calificadas por las usuarias con niveles superiores al 80%

Conclusión que se llegó es que La implementación de la calidad en el control prenatal es una herramienta útil para disminuir la morbi-mortalidad materna. Dentro de este aspecto se contempla la calidad de los registros en los cuales se encontró que el peso, talla, edad gestacional, frecuencia cardiaca materna y fetal, altura uterina, formulación de micronutrientes y remisión al siguiente control cumplen con un criterio bueno. Por el contrario, la remisión al curso de preparación para el parto, solicitud de ecografía entre las semanas 19 y 24 de gestación, se encuentran en un nivel de registro inferior al 70%. Las gestantes manifestaron una preferencia por el profesional de enfermería sobre otros profesionales de la salud en la realización del control prenatal en un 84%, y una percepción del beneficio obtenido por el control del 88%.(32)

Noguera, A., y Dueñas, M. (2011). Evaluación de la calidad de la atención del programa de control prenatal a partir de la atención brindada a las usuarias en el centro de salud sur occidente de la ESE Papayan enero2011- Junio del 2011. Universidad del Cauca

Es un estudio descriptivo que tiene como principal objetivo Realizar auditoria al proceso de atención prenatal en el Centro de Salud Suroccidente de la ESE Popayán con el fin de caracterizar la atención clínica e identificar los principales nudos críticos de la Atención Prenatal, con la información obtenida a partir de las historias clínicas y el formato de evaluación con los ítems que servirán de insumo para el análisis. También se realizará una evaluación de la infraestructura y dotación de consultorios comparando la información recolectada con el formato de evaluación en la resolución 1043 del Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud para la habilitación de los servicios de salud

La conclusión de este trabajo es Luego de la realización del trabajo podemos evidenciar que si existen elementos que afectan la calidad de atención realizada a las maternas durante su CPN, evidenciadas tanto en los procesos asistenciales como en los administrativos: Causas asistenciales que afectan la calidad del CPN: Recurso humano que atiende controles prenatales no es suficiente con relación a la demanda de gestantes. El personal de salud que atiende a las gestantes en un gran porcentaje no informa y explica a sus usuarias de la opción que tienen de realizarse la cesárea la ligadura de trompas si su parto tuviera que efectuarse de manera quirúrgica por indicación clínica. El estudio investigativo nos arroja que solo en un 40% de las historias clínicas revisadas cuenta con el examen de VIH y su consentimiento informado por lo que existen deficiencias en las asesorías pre y post prueba de VIH y desconocimiento por parte de las gestantes de este examen. En un 74% de las historias clínicas NO está registrado el resultado de exámenes de laboratorio y de ecografías solicitadas, y en un 24% se encontraba registrado. (33)

Huayana Quispe Yvonet Johana .Paola Huallanca .Calidad de información Registrada en el carnet de control prenatal de las gestantes hospitalizadas en centro obstétrico ingresadas por el servicio de emergencia del instituto nacional materno perinatal 2011 Tesis (Lic. En Obstetricia)-Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. EAP. De Obstetricia, 2012 vol (1) pag 1-4 OBS 178

La atención prenatal es una de las principales estrategias para garantizar una gestación monitorizada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones. El carnet de control prenatal (CPN) es una herramienta donde el profesional medica registra información

indispensable para la toma de decisiones , relacionadas con la prevención de complicaciones y el manejo clínico individual de la mujer embarazada y del neonato .El carnet de CPN debe reunir requisitos básicos tales como uso de letra clara y legible , la información debe ser clara ,concisa y ordenada que permita un análisis eficiente y refleje en gran medida la calidad de atención a la mujer embarazada . Objetivo: Determinar el nivel de calidad de información registrada en el carnet de control prenatal de las gestantes que fueron hospitalizadas en centro obstétrico ingresadas por el servicio de emergencia del instituto Materno Perinatal; 2011. Metodología: Estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. Se aplicó una ficha de ad Hoc en 150 carnets de CPN, seleccionados según criterios de inclusión y exclusión. Ficha donde se consideraron las principales variables: datos sociodemográficos y biológico; antecedentes patológicos personales, familiares y Gineco-obstetrico; embarazo actual. Se elaboró una base de datos en SPSS v18 en la cual se basó la información reunida por una ficha. La evaluación fue por percentiles según puntaje obtenido: Nivel de calidad MALO: si el profesional de salud registro correctamente < 50 %de los ítems válidos, Nivel de calidad REGULAR: si registro correctamente entre el 51 % al 75 % de los ítems válidos, Nivel de calidad BUENO si registro correctamente > 75% de los ítems válidos .Resultados: Del total de carnets evaluados el 64.7% fueron registrado s en un nivel de calidad “BUENO”, el 31.3 % con un nivel de calidad “REGULAR” y el 4 % con un nivel de calidad “MALO” . En relación a la profesión del Responsable del control prenatal se obtuvo el siguiente resultado: 51.3 % de los Obstetras llenaron el carnet con un nivel de calidad “BUENO”, 23.4 % por el profesional médico fue registrado con un nivel de calidad regular. Conclusiones: El nivel de calidad del registro de información realizado por el profesional médico fue “REGULAR” y del profesional obstetra fue

“BUENO”. El nivel de calidad de información registrada en los carnets de control prenatal de las gestantes hospitalizadas en el INMP tuvo un registro “BUENO”. (34)

Claudia Arispe, Mary Salgado, Giuliana Tang, Carmen González, José Luis Rojas. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia en Hospital Cayetano Heredia - Rev Med Hered v.22 n.4 Lima oct./dic. 2011. (Rev Med Hered 2011; 22:169-175).

Determinar la frecuencia de pacientes con control prenatal (CPN) inadecuado y los factores asociados a dicho evento. Se realizó un estudio descriptivo transversal donde se entrevistó a puérperas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia entre agosto 2010 y enero 2011, y se revisó la historia clínica y carnet materno perinatal (CLAP). Se definió CPN inadecuado al incumplimiento del número mínimo. Se compararon factores epidemiológicos, maternos y socioeconómicos entre grupos de gestantes con CPN adecuado e inadecuado. Se incluyeron 384 puérperas, 66,05% recibieron 6 o más controles prenatales y sólo 7,36% tuvo CPN adecuado. Ciento cuarenta y cinco puérperas tuvieron su primer CPN antes de las 12 semanas. Los factores que se presentaron con mayor frecuencia en el grupo de CPN inadecuado fueron paridad mayor a 2 ( $p=0,02$ ) y no planificación de la gestación ( $p=0,003$ ). La conclusión que se llegó es que el porcentaje de CPN inadecuado fue elevado. El CPN inadecuado se asoció con paridad mayor a 2 y gestación no planificada

El promedio de visitas prenatales en nuestro estudio fue 6,5; en cuanto a la edad materna, no se encontró diferencia significativa entre los grupos etarios.

De este estudio podemos concluir que lamentablemente la tasa de control prenatal inadecuado sigue siendo elevada. No se puede hablar de efectividad cuando la gran mayoría de gestantes acude por primera vez a CPN pasado el primer trimestre de gestación y más aún cuando no se sigue un orden coherente y ordenado de visitas.(6)

Oscar Munares-García Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud Perú. Revista Peruana de Epidemiología- ISSN 1609 -7211

Objetivo. Analizar los factores asociados al abandono del control prenatal en pacientes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el período junio a diciembre de 2011. Metodología: Estudio prospectivo, transversal analítico de casos y controles, donde se asignaron a 662 gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, divididas en 331 pacientes con abandono al control prenatal (casos) y 331 pacientes sin abandono al control prenatal (controles), pareadas según fecha de atención del parto y sexo del recién nacido, a los cuales se aplicó el instrumento de recolección de datos que indagó datos generales y los factores de abandono: social, institucional y personal. Posteriormente toda la información fue procesada en una base de datos en Microsoft Excel y analizada a través del programa estadístico SPSS versión 20 a través de estadísticas descriptivas e inferenciales con pruebas de hipótesis significativas a un nivel de significación estadístico  $p < 0.05$ .

Resultados: Hubo diferencias en cuanto al número de gestaciones ( $2,6 \pm 1,4$  vs  $2,3 \pm 1,2$ ) entre casos y controles, el promedio de controles

prenatales para los casos fue  $3,9 \pm 1,2$  y en los controles fue  $8,4 \pm 1,8$ . Los factores sociales asociados fueron dificultad de permisos en el trabajo (OR:2,7) y dificultad por quehaceres domésticos (OR: 3,9). Los factores institucionales fueron trato inadecuado (OR:2,5), profesional de la salud-paciente insatisfactoria (OR:1,9); relación profesional de la salud-paciente impersonal (OR:1,6); episodios de maltrato por parte del profesional (OR:3,5), poca prioridad para su atención prenatal (OR:2,1), incoordinación entre los servicios (OR:1,7), tiempo de espera largo (OR:1,7), servicios incompletos (OR:4,4), calidad inadecuada del control prenatal (OR:2,9) y consultorio prenatal difícil de ubicar (OR:1,9). Los factores personales fueron olvido de las citas, dificultad para el cuidado de los hijos y multiparidad (OR: 2,6). El análisis multivariado determinó asociación dificultades de permisos en el trabajo (ORa: 2,2 IC95% 1,4:3,5), dificultades por quehaceres domésticos (ORa:2,9 IC95% 1,6:5,1); servicios incompletos (ORa:3,6 IC95% 2,2:5,9); consultorio prenatal difícil de ubicar (ORa:1,8 IC95% 1,2:2,9) y calidad inadecuada del control prenatal (ORa:2,4 IC95% 1,7:3,5). CONCLUSION. Existen factores sociales, institucionales y personales asociados al abandono al control prenatal (37)

## **2.2 MARCO TEORICO:**

La mortalidad materna es un indicador estadístico y un problema de salud pública que predomina en los países en desarrollo; diariamente mueren 1500 mujeres debido a complicaciones del embarazo y el parto. Se calcula que solo en 2005 hubo 536 000 muertes maternas en todo el mundo. La mayoría correspondió a los países en desarrollo y la mayor parte de ellas podían haberse evitado (7)

La mortalidad materna considerada como un centinela de la calidad de los sistemas de salud en los estados y países del mundo. Es definido por la OMS como: “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales (8)

Los estudios internacionales indican que la mayoría de lesiones y muertes maternas , así como caso tres cuartas partes de las muertes maternas neonatales se podrían evitar si las mujeres recibieran la atención oportuna durante el embarazo , el parto y el post parto (2) aguado, Girón , Osorio , Tovar y Ahumada , 2007).

Se estima que por cada muerte materna ocurren 10 muerte perinatales; las cuales están vinculadas, a factores de salud materna y a la inadecuada atención prenatal, del parto y del recién nacido (Ministerio de Salud ,2009). La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) determino para el año 2012 que en el Perú, el 96% de las gestantes recibió atención prenatal por personal calificado (medico, obstetra o enfermera), y el 94,9 % tuvo 4 o más controles prenatales ( Instituto Nacional Materno Perinatal ) , ubicado en la ciudad de Lima, se identificó que la cobertura de gestantes con más de 6 controles prenatales ( gestantes controladas ) solo llego el 50.3 % para el año 2013 ( Instituto Nacional Materno Perinatal, 2014), por lo que tiene la mitad de gestantes



que no concluyen sus controles , y con ello no se cumplirían con los objetivos de control prenatal (3) . El control prenatal, conjuntamente con el parto institucional y el seguimiento del recién nacido de las estrategias de reducción de la mortalidad materna más adecuadas , por lo que el abandono del control prenatal , no necesariamente lleva a no asistencia del parto institucional , pero si deja sin realizar una serie de actividades preventivas y de promoción de la salud en la gestante y la familia (10) .

La mejora de la salud materna y la reducción de la mortalidad materna han sido puntos clave de varias cumbres y conferencias internacionales desde finales de los ochenta, y también de la Cumbre del Milenio de 2000. En el cual uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio adoptados en la Cumbre del Milenio es mejorar la salud materna.

Desde 1990 varios países subsaharianos han reducido a la mitad su mortalidad materna. En otras regiones, como Asia y el Norte de África, los progresos han sido aún mayores. Sin embargo, entre 1990 y 2008 la razón de mortalidad materna mundial (es decir, el número de muertes maternas por 100 000 nacidos vivos) solo ha disminuido en un 2,3% al año, cifra que está lejos de la reducción del 5,5% anual necesaria para alcanzar el Objetivos de Desarrollo del Milenio en mejora de la salud materna.(9)

El alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres. La casi totalidad (99%) de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo: más de la mitad al África subsahariana y un tercio a Asia Meridional.

La razón de mortalidad materna ratio en los países en desarrollo es de 290 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados

es tan solo de 14 por 100 000. Hay grandes disparidades entre los países. Algunos tienen razones de mortalidad materna extremadamente altas, superiores incluso a 1000 por 100 000 nacidos vivos. También hay grandes disparidades en un mismo país entre personas con ingresos altos y bajos y entre población rural y urbana.(10)

A nivel internacional, se estima que dos de los factores relacionados con la muerte o la supervivencia materna, son el lugar de atención del parto y las decisiones de la parturienta y de su familia sobre dónde acudir en caso de una complicación durante el embarazo, el parto o el puerperio(11).

En el 2003 se presenta un informe sobre la mortalidad materna en el Perú, en el cual se registra que el 34% de las mujeres en edad fértil tienen un nivel de instrucción de primaria o menos, la tasa de natalidad en las áreas rurales y sectores marginales de las ciudades alcanza niveles superiores a 30 por mil al año, solamente el 32% de las mujeres practican la contracepción con métodos eficaces, en las zonas rurales el 27% de las gestantes no recibieron atención prenatal en tanto que el 75% señaló como lugar del parto su domicilio (38) .

En esta situación, el deterioro de la salud materna y el bajo acceso de las mujeres gestantes a los servicios asistenciales de salud originaron cientos de muertes relacionadas con el embarazo, alcanzando un índice de 185 muertes maternas por cien mil nacidos vivos (para los 7 años anteriores al 2000).(12)

Para el 2002 en el país se produjeron 1,027 muertes por causa materna, que significa una tasa de mortalidad materna de 14.8 muertes por 100,000 mujeres en edad fértil. La razón de mortalidad materna 163.9

muerdes maternas por 100,000 nacidos vivos; se habría producido un descenso del 23.2% en el nivel de la mortalidad materna, en el mismo periodo el número de muerdes maternas disminuyó en 15%. Según muestran las últimas cifras nacionales de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES Continua 2010 hay avances importantes en los últimos diez años, la razón de mortalidad materna ha descendido de 185 a 93 por 100,000 nacidos vivos, y la tasa de mortalidad neonatal se ha reducido de 23 a 9 por 1,000 nacidos vivos (39)

Entre la ENDES 2007 y la ENDES Continua 2010, la proporción de partos institucionales se ha incrementado en cinco puntos porcentuales (de 76 % a 81 %), en el área urbana el incremento es no significativo (de 93,6 a 93,7%) y en el área rural el incremento fue mucho mayor al pasar de 49,4 % a 58,4%. ENDES 2010

Las causas médicas de las muerdes maternas se han clasificado en causas obstétricas directas e indirectas. Las primeras se refieren a las complicaciones del embarazo o el parto, estudios realizados han permitido comprobar que en los países subdesarrollados las causas más frecuentes son: hemorragia, infección, toxemia, parto obstruido y aborto inducido, siendo este último el que presenta mayor sub registro y posiblemente está más expuesto a sufrir complicaciones. En cuanto al segundo grupo se refiere a enfermedades que se agravan con el embarazo y la falta de atención especializada.

En nuestro país las principales causas de mortalidad materna se encuentran identificadas siendo las hemorragias (45%), la hipertensión (30%), aborto (9%), infección (6%) y otros (10%). Entre las adolescentes de 15 a 19 años las principales causas directas son la hipertensión (43%), y las hemorragias (38%).

Estas muertes maternas se dieron principalmente entre el parto y las primeras horas del puerperio. Muchas de estas muertes se dieron principalmente en mujeres entre 30 y 34 años de edad y en mujeres que estaban a menos de una hora de un establecimiento de salud (13).

Desde 2004 el Ministerio de Salud, ha impulsado la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, cuyo plan de trabajo ha colocado como objetivo estratégico para los próximos años la Reducción de la Mortalidad Materna y para eso ha planteado 4 grandes líneas de acción (14):

- Mejorar la atención obstétrica, impulsando la atención prenatal reenfocada, la atención calificada del parto y la prestación de los cuidados obstétricos de emergencia.
- Ayudar a las personas a lograr sus ideales reproductivos a través de un amplio acceso a las medidas de planificación familiar.
- Humanizar la atención del aborto incompleto, procurando un servicio ambulatorio y a costo bajo, consejería, oferta y entrega de métodos anticonceptivos post aborto, para prevenir un nuevo aborto.
- Fortalecer la atención de la salud reproductiva en adolescentes, para reducir los embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual y la frecuencia del aborto.

El Acuerdo Nacional, en el año 2002, fue la primera vez que el Estado - representado por el mandatario-, los partidos políticos, así como las principales instituciones de la sociedad civil, se pusieron de acuerdo para proponer una visión de país de largo alcance.

Se aprobaron 29 Políticas Nacionales, siendo relevantes para salud las referidas a los capítulos de - Equidad y Justicia Social y - Estado Eficiente, Transparente y Descentralizado: Acceso Universal a los

Servicios de Salud y a la Seguridad Social, con intervenciones previas como:

- ✓ Intervenciones de atención materna infantil.
- ✓ Mejoramiento del acceso a la planificación familiar
- ✓ Mejoramiento de la calidad de la atención materno infantil
- ✓ Servicios para adolescentes

El control prenatal es la principal estrategia que los organismos de la salud ofrecen a las madres para garantizarles una gestación supervisada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, a su vez los objetivos de la atención prenatal están orientados hacia la disminución de la mortalidad materna y la morbimortalidad perinatal. Para lograrlo es necesario efectuar un control prenatal eficiente. Sin embargo, no todas las embarazadas logran acceder al control prenatal por diferentes razones, la mayoría ajenas a su voluntad. Quienes no controlan su embarazo tienen cinco veces más posibilidades de tener complicaciones; sin embargo al ser detectadas a tiempo, pueden ser tratadas oportunamente.(15)

El control prenatal es un componente de la atención materna que comprende un conjunto de acciones orientadas a lograr que el embarazo transcurra con vigilancia y asistencia por parte del equipo de salud, según el riesgo identificado, a fin de preservar la salud de la mujer durante su gestación, ubicándola en el nivel de atención que le corresponda, para que el parto se realice sin complicaciones y termine felizmente con un recién nacido vivo, normal y a término (Reyes y Cazorla, 1998). (16)

Se define como control prenatal a todas las acciones y procedimientos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal; lo que

permite identificar riesgos y anomalías durante el embarazo, tanto en la madre como en el feto (16).

De ahí la importancia de identificar precozmente las pacientes con factores de riesgo y conocer algunas enfermedades que pueden presentarse durante su curso, con el fin de disminuir o evitar el daño materno y el fetal. El control prenatal tiene los siguientes componentes:

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

Los objetivos generales del control prenatal son:

- ✓ Identificar factores de riesgo
- ✓ Diagnosticar la edad gestacional
- ✓ Diagnosticar la condición fetal
- ✓ Diagnosticar la condición materna
- ✓ Educar a la madre.

Se denomina control prenatal eficiente al que cumpla con cuatro requisitos básicos; de acuerdo con ellos; debe ser:

**Precoz:** El control deberá iniciarse lo más temprano posible, tratando de que sea desde el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento protección y recuperación de la salud que constituye la razón fundamental del control, para la identificación precoz de embarazos de alto riesgo.

**Periódico o Continuo:** La frecuencia óptima de atención prenatal es la siguiente: Una atención mensual hasta las 32 semanas, una atención quincenal entre las 33 y las 36 semanas; y luego una atención semanal

desde las 37 semanas hasta el parto; se considera como mínimo que una gestante reciba 6 atenciones prenatales, distribuidas de la siguiente manera: dos atenciones antes de las 22 semanas, una entre las 22 y 24 semanas, otra entre las 27 y 29, entre las 33 a 35 y la última entre las 37 y 40 semanas.(19)

Completo o Integral: Los contenidos deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Extenso o de amplia cobertura: sólo en la medida en que el porcentaje de población controlada sea alto (ideal es que dé cobertura a todas las gestantes), se podría disminuir las tasas de morbimortalidad materna y perinatal. (Reyes y Cazorla, 1998).

La identificación oportuna de factores de riesgo permite la planeación estratégica de los controles prenatales, enfatizando las estrategias de remisión y contra remisión.(20) Entendiéndose así que el control prenatal adecuado es aquel que cumple con las siguientes características:

- Se inicia en el primer trimestre (antes de la semana 20 de gestación).
- Realización de 6 o más controles donde hayan sido evaluado todos los factores de riesgo.

Las estimaciones de la ENDES Continua 2010 revelan una consolidación de la proporción de mujeres gestantes que en su último hijo nacido vivo recibieron su primer control prenatal en el primer trimestre de embarazo, tanto en el área urbana (76,5%) como en el área rural (66,3%). A nivel

nacional, dicha proporción muestra un incremento respecto a la ENDES 2007 (de 71,3% a 73,0%).

La atención prenatal implica no solo el número de visitas sino cuando fueron realizadas durante el transcurso del embarazo y con qué calidad. Entre los años de 1990-2000, el Ministerio de Salud (MINSa) ha tratado de mejorar la calidad de atención en varios servicios, haciendo énfasis en los de salud sexual y reproductiva por medio del plan de mejoramiento continuo de la calidad para lo cual recomendó en sus lineamientos de 1995-2000 "...llevar a cabo una reestructuración sectorial que promueva la mayor eficacia y eficiencia de los servicios de salud..." así como "...reubicar al usuario como centro de actividades del sector, facilitándole el acceso a la información necesaria..." (19)

El Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR) en 1983 publicó la Historia Clínica Perinatal (HCP) con la intención de tener un registro uniformizado y de calidad de la atención de las mujeres embarazadas (durante el control prenatal, parto y puerperio) y de los recién nacidos (desde el nacimiento hasta el momento del alta).(5)

Algunas causas registradas de morbilidad y mortalidad perinatal y materna pueden prevenirse si el programa de control prenatal funcionan adecuadamente. Unos de los aspecto del control prenatal a ser evaluados es el buen llenado de la Historia Clínica Perinatal Simplificada que refleja en gran medida la calidad de la atención a la mujer embarazada y el funcionamiento adecuado del mismo siendo el sistema de registros de la información el instrumento más apropiado para supervisar el cumplimiento de las normas y brindar los datos indispensables para su evaluación posterior (20)



Existían proyectos que intentaban implementar parcialmente tanto el modelo de atención integral de salud como algunos componentes del mejoramiento de calidad ,sin embargo , existía una ausencia de integración de los proyectos así como carencia de estrategias adecuadas de educación , supervisión y evaluación del personal de salud, impidiendo que se obtuvieran logros tangibles

La mayor parte de los programas y proyectos utilizaban el término de “calidad “como sinónimo de competencia técnica y fueron pocos los que incluyeron en su foco de atención la satisfacción de las necesidades de las usuarias. Sin embargo, se destaca que siempre hubo interés en el personal de salud por ser capacitado en técnicas para dar “información, educación y comunicación “ (IEC) a las pacientes y a la comunidad

También deseaban capacitaciones acerca de teorías para la calidad influenciados por el auge de los modelos de calidad en la industria privada Estos aspectos generalmente fueron descuidados en la propuesta para la capacitación del personal de salud. Por tal situación ,el Gobierno Peruano por medio del Ministerio de Salud y el Gobierno, de los Estados Unidos de Norte América , con la intervención de su Agencia para el Desarrollo Internacional ,USAID, decidieron poner en marcha el Proyecto 200 en doce Direcciones Regionales de Salud ,cubriendo casi la mitad del territorio nacional .

Este proyecto tenía como objetivo contribuir a la reducción de la muerte materna, perinatal e infantil del Perú, para lo cual consideraron diversas estrategias y entre las cuales estaba mejorar la calidad de atención de salud materna e infantil incluyendo mecanismo de seguimiento y continuidad de la atención. Al mismo tiempo se ejecutaba el Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad- con fondos también de USAID – cuyo fin era elevar la calidad de atención que se brindaba a los

pacientes en el sistema de salud y satisfacción de estos últimos por los servicios recibidos

Es así que el Sistema de Gestión del Ministerio de Salud define la calidad como “un fin social que sintetiza y plasma el principio de la condición y el desarrollo humano, del cual la calidad de atención es un aspecto. La calidad es considerada como una gran estrategia para el desarrollo y fortalecimiento de los servicios de salud, constituyéndose un punto de partida para la puesta en marcha de un conjunto variado de técnicas e instrumentos destinados a mejorar la provisión de los servicios.

Basados en esta definición el Proyecto 2000 manifestó que la calidad es “un proceso por medio del cual una organización planifica y entrega un servicio para satisfacer al cliente con los recursos disponibles, a bajo costo y con resultados óptimos para el cliente y la organización.”

Algunas causas registradas de morbilidad y mortalidad perinatal y materna pueden prevenirse si el programa de control prenatal funcionan adecuadamente. Unos de los aspectos del control prenatal a ser evaluados es el buen llenado de las Historia Clínica Perinatal Simplificada que refleja en gran medida la calidad de la atención de la atención a la mujer embarazada y el funcionamiento adecuado del mismo siendo el sistema de registros de la información el instrumento más apropiado para supervisar el cumplimiento de las normas y brindar los datos indispensables para su evaluación posterior (21)

La historia clínica perinatal (HCP) intenta uniformizar el contenido de la documentación correspondiente al embarazo, parto, puerperio y al recién nacido en el período neonatal inmediato. Su diagramación general y su instructivo de llenado facilitarían, que los datos considerados de importancia sean sistemática y uniformemente recabados y registrados

en el momento oportuno. El ordenamiento de los datos permitirá su recolección en un tiempo breve, a la vez que agilizará el análisis posterior, ya sea por quien recogió los datos o por aquel, que no habiendo hecho el registro, necesita la información incluida en la historia. Esta situación se presenta por ejemplo, toda vez que el parto no se realiza en la misma institución donde se efectúa el control prenatal. Lo mismo ocurre cuando el control postparto y pediátrico se realiza fuera de la institución donde nació el niño.(22)

La HCP reúne en una página los datos mínimos indispensables para la planificación de la atención del embarazo, parto, puerperio y recién nacido. Su listado de preguntas constituye un recordatorio, que orienta al prestador en la atención a manera de una hoja de ruta, esto ayuda al cumplimiento de las normas de atención, al tiempo que facilita los procesos de auditoría.

Cuenta además con un sistema de advertencia sobre algunos factores que pueden elevar el riesgo perinatal o que requieren mayor atención, seguimiento o cuidado. Este sistema se caracteriza por destacar algunos casilleros con color amarillo. Este color se usa como código internacional de alerta. Con el cual se pretende alertar al personal responsable del cuidado de la madre y el niño para facilitar la toma de decisiones que las normas locales disponen, su uso sencillo y de bajo costo cumple con la finalidad de reunir en una sola hoja una serie de datos fáciles de obtener que resuma toda la información mínima indispensable para una aceptable atención perinatal. (23)

Si bien los datos contenidos en la HCP pueden ser posteriormente ingresados a una base de datos, la prioridad del clínico, es contar con una buena historia clínica y por ésta razón el CLAP/SMR prioriza el llenado completo de la HCP. Desde el año 2000 el ministerio de salud

aprueba mediante resolución ministerial la historia clínica materno perinatal y su aplicativo analítico de indicadores de producción y calidad de servicios (SIP 2000), reemplazando a la historia perinatal base y su aplicativo analítico elaborados por el centro latinoamericano de perinatología y desarrollo humano (CLAP), con el fin de brindar una herramienta que sirva para fortalecer los procesos de gestión local y estandarizar los indicadores de calidad de atención de la prestación de salud brindada al binomio madre niño (24).

El SIP 2000 consta de tres instrumentos: la historia clínica perinatal, que permite un registro estandarizado de información de las características de cada gestación, parto, aborto y recién nacido; el carnet control prenatal, que duplica la información de la historia clínica y queda en poder de la usuaria para efectos de referencia; y un aplicativo informático para el análisis de datos y cálculo de indicadores de producción y calidad de los servicios de salud. Además de una serie de módulos complementarios que permiten cuantificar automáticamente indicadores complejos sobre la calidad de la atención materna perinatal (25).

Desde su creación el carnet de control prenatal ha sido modificado en varias ocasiones. 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 de la Región. Su formato y diseño sin embargo, ha sufrido pocas modificaciones e históricamente se ha intentado mantener la misma diagramación. (26).

Actualmente el diseño del carnet de control prenatal contempla las siguientes secciones:

- ✓ Identificación,

- ✓ Antecedentes familiares, personales y obstétricos,
- ✓ Gestación actual,
- ✓ Parto o aborto,
- ✓ Enfermedades durante el embarazo,
- ✓ Puerperio,
- ✓ Egreso materno,
- ✓ Recién nacido,
- ✓ Enfermedades del recién nacido,
- ✓ Egreso del recién nacido
- ✓ Anticoncepción

El correcto uso del carnet de control prenatal y el cumplimiento de sus objetivos deben estar en continuo evaluación para así garantiza la efectividad de la estrategia en la disminución de la mortalidad materna perinatal; es por ello que la valoración de la calidad del servicio es indispensable. El estado ha desarrollado una serie de proyectos con la finalidad de garantizar una buena calidad de servicio; documentos catalogados como normas técnicas de auditoría médica, entendiéndose como tal “El análisis crítico y sistemático de la calidad del cuidado médico incluyendo procedimientos usados para diagnóstico y tratamiento y su influencia en la calidad de vida de los pacientes”(27); o como “La evaluación de la calidad del cuidado médico como se refleja en las historias clínicas” (28).

El carnet perinatal por ser considerado un sub tipo de historia clínica es también sometida a los criterio de calidad de registró. Considerándose como un documento en el que se registra la totalidad del acto médico realizado, siendo imprescindible para elaborar el diagnóstico y elegir una terapéutica, para lo cual se necesita mantener un orden estándar (29).

El carnet de control prenatal como documento y, por constituir un medio de prueba judicial, debe reunir requisitos básicos tales como uso de letra clara y legible, los registros deben ser completos, oportunos y pertinentes, la información debe ser clara, concisa y ordenada para permitir un análisis eficiente. Resulta importante resaltar que lo que no está escrito se supone como no realizado. Todo acto médico realizado por profesional de salud debe llevar fecha, hora, sello, nombre, apellido, firma y número de colegiatura del profesional que atiende.(30)

### 2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

<b>Variables</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Valores</b>	<b>Naturaleza y escala</b>	<b>Instrumento de recolección</b>
<b>Numero de Historia Clínica</b>	Código asignado por la unidad de salud donde se atendió	-	Completo:2 Incompleto:1	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección
<b>Numero de Identidad</b>	Numero de cedula de identidad o partida de nacimiento	-	Completo:2 Incompleto:1 No aplica: 0	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección
<b>Nombre</b>	Nombres y apellidos	-	Completo:2 Incompleto:1	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección
<b>Procedencia</b>	Lugar donde reside la gestante.	-	Completo:2 Incompleto:1 No aplica: 0	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección
<b>Teléfono</b>	Teléfono del domicilio	-	Completo:2 Incompleto:1 No aplica: 0	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección
<b>Fecha de Nacimiento</b>	Día, mes y año de nacimiento de la embarazada	-	Completo:2 Incompleto:1 No aplica: 0	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección
<b>Edad</b>	Identificación de la edad en años cumplidos	-	Completo:2 Incompleto:1	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección
<b>Raza</b>	Raza a la que declara pertenecer la embarazada.	-	Completo:2 Incompleto:1 No aplica: 0	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección

<b>Alfabeta</b>	Si lee y escribe	-	Completo:2 Incompleto:1 No aplica: 0	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección
<b>Estudios</b>	Identificación de Estudios realizados.	-	Completo:2 Incompleto:1	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección
<b>Estado Civil</b>	Condición de un individuo en lo que respecta a sus relaciones con la sociedad.	-	Completo:2 Incompleto:1	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección
<b>Establecimiento de Salud</b>	Lugar donde se ejecutaron los controles prenatales.	Registro del dato en el carnet perinatal	Completo:2 Incompleto:1	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección
		Categoría según nivel de atención.	Categoría I-2 Categoría I-3 Categoría I-4 Categoría II- 1 Categoría II- 2 Categoría III-1 Categoría III-2	Cualitativa, ordinal	Ficha de recolección
<b>Antecedentes Familiares</b>	Historias previas de enfermedades de parientes cercanos de la embarazada.	-	Completo:2 Incompleto:1	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección
<b>Antecedentes Personales</b>	Historias previas de enfermedades de la embarazada.	-	Completo:2 Incompleto:1	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección
<b>Antecedentes Gineco- Obstétrico</b>	Secuencia de eventos gineco-Obstétricos previos al embarazo.	Gestaciones anteriores	Completo:2 Incompleto:1	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección
		Fin del embarazo anterior	Completo:2 Incompleto:1	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección
		Embarazo planeado	Completo:2 Incompleto:1 No aplica: 0	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección
		Fracaso de Método Anticonceptivo	Completo:2 Incompleto:1 No aplica: 0	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección
<b>Peso anterior</b>	Medida en kilogramos de la mujer antes de la gestación.	-	Completo:2 Incompleto:1	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección

<b>Talla</b>	Medida en centímetros de la altura de la gestante.	-	Completo:2 Incompleto:1	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección
<b>Fecha de Ultima Regla</b>	Primer día de la última menstruación.	-	Completo:2 Incompleto:1	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección
<b>Fecha Probable de Parto</b>	Fecha calculada a partir de la amenorrea es aproximada	-	Completo:2 Incompleto:1	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección
<b>Antitetánica</b>	Vacunación colocada antes o durante la gestación según esquema.	-	Completo:2 Incompleto:1	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección
<b>Anti rubéola</b>	Vacunación colocada antes y durante la gestación según esquema.	-	Completo:2 Incompleto:1 No aplica: 0	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección
<b>Fumador</b>	Consumo durante la gestación.	-	Completo:2 Incompleto:1 No aplica: 0	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección
<b>Drogas</b>	Consumo durante la gestación.	-	Completo:2 Incompleto:1 No aplica: 0	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección
<b>Alcohol</b>	Consumo durante la gestación.	-	Completo:2 Incompleto:1 No aplica: 0	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección
<b>Examen odontológico</b>	Examen clínico realizado durante la gestación.	-	Completo:2 Incompleto:1 No aplica: 0	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección
<b>Examen de mamas</b>	Examen clínico realizado durante la gestación.	-	Completo:2 Incompleto:1 No aplica: 0	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección
<b>Examen de cérvix</b>	Examen clínico realizado durante la gestación.	-	Completo:2 Incompleto:1 No aplica: 0	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección
<b>Examen de pelvis</b>	Examen clínico realizado durante la gestación.	-	Completo:2 Incompleto:1 No aplica: 0	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección
<b>Exámenes de Laboratorio</b>	Pruebas de rutina enviadas durante la gestación.	Papanicolaou	Completo:2 Incompleto:1 No aplica: 0	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección
		Colposcopia	Completo:2 Incompleto:1 No aplica: 0	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección
		Hemoglobina <20sem	Completo:2 Incompleto:1	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección



	Hemoglobina >20sem	Completo:2 Incompleto:1	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección	
	Grupo y Factor	Completo:2 Incompleto:1	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección	
	VIH	Completo:2 Incompleto:1	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección	
	Sífilis < 20 sem	Completo:2 Incompleto:1	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección	
	Sífilis > 20 sem	Completo:2 Incompleto:1	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección	
	Bacteriuria	Completo:2 Incompleto:1	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección	
<b>Edad Gestacional</b>	Edad estimada del feto utilizando el primer día de menstruación normal, expresado en semanas.	-	Completo:2 Incompleto:1	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección
<b>Peso</b>	Medida en kilogramos de la mujer tomada en cada control prenatal.	-	Completo:2 Incompleto:1	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección
<b>Presión Arterial</b>	Signo vital que mide el gasto cardíaco y resistencia vascular periférica.	-	Completo:2 Incompleto:1	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección
<b>Altura uterina</b>	Es la altura del útero en centímetros, tomada por encima del pubis hasta el fondo uterino a partir de las 12 semanas de amenorrea	-	Completo:2 Incompleto:1	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección
<b>Presentación</b>	Presentación que el producto vaya adquiriendo.	-	Completo:2 Incompleto:1	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección
<b>Frecuencia Cardíaca Fetal</b>	Registro del número de latidos cardíacos fetales en el periodo de un minuto por Doppler o por estetoscopio.	-	Completo:2 Incompleto:1	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección
<b>Movimientos Fetales</b>	Percepción de los movimientos fetales a partir de la semana 18 de amenorrea en las multigestas 20 semanas en	-	Completo:2 Incompleto:1	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección

	primigestas por el examinador.				
<b>Responsable</b>	Persona a cargo del control prenatal.	-	Completo:2 Incompleto:1	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección
<b>Profesión del Responsable</b>	Profesional que lleva a cabo el control prenatal, y que registra su acto médico en el carnet perinatal.	-	Medico Obstetra Otro profesional	Cualitativa, nominal	Ficha de recolección
<b>Calidad de registro de la información del carnet perinatal</b>	Se evaluará la calidad del registro de la información del carnet perinatal a través de percentiles para ello se considerará los ítems adecuadamente registrados: “Malo; “Regular” y “bueno”	-	Malo <50% Regular 51 a <75% Bueno >=75%	Cualitativa Ordinal	Ficha de recolección

## CAPÍTULO III: DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES

### 3. DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES

#### 3.1 VARIABLES DE ESTUDIO:

- Variable principal: Calidad de información registrada en el carnet de control prenatal.
- Variables secundarias :

Datos sociodemográficos y biológico

Antecedentes patológicos y personales Familiares y Gineco- Obstetricos

Embarazo actual

Exámenes de laboratorio

Control prenatal del embarazo actual

Datos socio demográficos y biológicos

- 1. Numero de historia clínica:** la identificación de la historia clínica se realiza mediante un numero secuencial único y permanente (una vez asignado, el paciente siempre será identificado por el mismo número), otorgado por la institución y que se asignará en el primer contacto que el paciente tenga con ésta.
- 2. Numero de identidad:** Anotar el número de cédula de identidad, tal y como aparece en la misma.
- 3. Nombre:** Consignar los nombres y apellidos, preferiblemente como aparecerían en la cédula de identidad. Copiarlos si presenta su cédula.

4. **Procedencia:** Se refiere a la residencia habitual de la embarazada, durante los últimos tres meses. Consignar dirección exacta para efectos de la búsqueda activa de inasistentes.
5. **Teléfono:** El teléfono del domicilio o celular. Si no tuviera, anotar un número de teléfono cercano.
6. **Fecha de nacimiento:** Completar día, mes y año del nacimiento de la embarazada.
7. **Edad:** de la embarazada en años cumplidos a la primera consulta prenatal (captación).
8. **Raza:** Marcar el casillero que corresponda a la raza a la que declara pertenecer la embarazada.
9. **Alfabeto:** Si lee y escribe marcar Si, en caso contrario marcar No.
10. **Escolaridad:** Nivel de escolaridad cursado en el sistema formal de educación. Marcar el nivel de escolaridad y el máximo año aprobado.
11. **Estado civil:** El del momento de la primera consulta. Se entiende por "unión estable" la convivencia permanente con un compañero, sin formalización legal. En "otro" se incluye separada, divorciada, viuda.
12. **Establecimiento de salud:** se registra el nombre de la institución donde se lleva acabo los controles prenatales, asimismo se determinar la categoría del mismo según corresponda.

## **Antecedentes patológicos personales, familiares y gineco-obstétrico**

**13. Antecedentes patológicos familiares:** Se refieren a los parientes cercanos de la embarazada (padres, hermanos, abuelos, hijos) y su cónyuge, los personales a los propios de la embarazada. Marcar la casilla No o Si. En el caso de "otros", especificar.

**14. Antecedentes patológicos personales:** Se refieren a los antecedentes propios de la mujer. La lista incluye patologías mencionadas en los antecedentes familiares más otros 5 antecedentes (cirugía genito urinaria, infertilidad, cardiopatía, nefropatía y violencia). El término cirugía genito urinaria no incluye a las cesáreas.

**15. Antecedentes obstétricos:**

### **a. Gestaciones previas**

- **Gestas Previas:** Se refiere al número de gestaciones previas incluyendo abortos, molas hidatiformes y embarazos ectópicos. Los embarazos múltiples se consideran como una sola gestación. No incluir embarazo actual. Si fuera una primigesta automáticamente la casillas se registran con 00.
- **Partos / Vaginales – Cesáreas:** Se refiere al número de partos. Sean partos vaginales o por cesárea, uno o más productos (vivos o muertos) que pesan 500 gramos o más, o que poseen más de 20 semanas de edad gestacional (un embarazo múltiple se consigna como una sola paridad). Se indagará sobre el peso

del recién nacido en el último embarazo. Si pesó menos de 2500 g o mayor o igual a 4000 g fue normal o n/c (no corresponde) si no hubo nacimientos previos. Registrar si hubo antecedente de gemelar según corresponda.

- Abortos: Se define como Aborto a la expulsión antes de las 22 semanas del producto de la gestación muerto o con un peso menor a 500 gramos.
- Nacidos Vivos: Según la CIE 10 se clasificará un recién nacido 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.
- Nacidos Muertos: Según la CIE 10 se clasificará un recién nacido como muerto sino 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 1ra semana: Se refiere a los recién nacidos que nacieron vivos pero que murieron dentro del período comprendido entre el nacimiento y hasta el séptimo día (6 días, 23 horas, 59 minutos) y se registrará en el rectángulo correspondiente.
- Muertos después de 1ra semana: Se refiere a los recién nacidos que nacieron vivos pero que murieron después de la primera semana de vida (7 días o más). No hay límite superior y en teoría incluye las muertes ocurridas hasta el mismo día de la consulta, lo que se registrará en el rectángulo correspondiente

- b. Fin Anterior Embarazo:** Anotar el mes y el año de finalización del embarazo inmediatamente anterior al actual, ya sea que haya terminado en parto/cesárea o aborto. Marcar 00 si se trata de una primigesta. Marcar con x el cuadrado amarillo en caso de un intervalo intergenésico menor de 1 año o mayor de 5 años.
  
- c. Embarazo planeado:** Se refiere al embarazo deseado o que sucede en un momento oportuno, cuando se cumplan ambas condiciones se marcará SI, cuando no se cumpla una de las dos condiciones se marcará NO (en amarillo).
  
- d. Fracaso de Método Anticonceptivo:** Se entiende por fracaso si la mujer estaba usando un método anticonceptivo en el momento de la concepción. Marcar con x en el cuadrado amarillo el método usado, barrera se refiere a diafragma y condón.

### **Embarazo Actual**

- 16. Peso anterior:** Es el peso de la mujer en kilogramos, PREVIO al embarazo actual. Cuando se desconoce el peso previo y la embarazada es captada en las primeras 12 semanas, se registrará el peso en esa primera atención prenatal como peso anterior.
  
- 17. Talla:** La medida de pie, descalza, talones juntos y cabeza erguida, en centímetros.
  
- 18. Fecha de última regla:** FUM: El primer día, mes y año de la última menstruación.

**19. Fecha probable de parto:** Anotar en la HCP el dato proporcionado en formato el día, mes y año en que se cumplirán las 40 semanas de gestación. Para su cálculo, usar el gestograma del CLAP o cualquier otro calendario obstétrico. La casilla dudas será marcada en No o Si, según corresponda.

**20. Antitetánica:** se registra SI con una x en previa cuando ha tenido al menos una dosis de vacuna antitetánica y marcar no cuando no ha recibido ninguna vacuna antitetánica. Constatar esta información preferiblemente a través de la tarjeta de inmunizaciones. En actual, registrar el mes de gestación en la casilla 1ª si no ha recibido ninguna dosis previa y se le aplica la primera dosis en el momento, como debe hacerse. 2ª / R: en 2ª se registrará el mes de gestación en que se está aplicando la segunda dosis y en R (porción inferior de la casilla) se registrará el mes de gestación en que se está aplicando el refuerzo. Toda embarazada con esquema completo (antecedentes de 2 vacunas antitetánicas previas o más) debe recibir una dosis de refuerzo de vacuna antitetánica al momento de la captación. En el esquema actual del Programa Nacional de Inmunizaciones, la vacuna antitetánica utilizada es la dT, la cual se puede administrar a cualquier edad gestacional. Se considera inmunizada cuando se ha recibido 2 dosis, independientemente del intervalo entre dosis, el cual preferiblemente debe ser entre 4 a 8 semanas.

**21. Anti rubéola:** Según esquema local. Marcar la casilla previa, si la embarazada refiere haber sido vacunada con anterioridad; Embarazo, si fue inmunizada durante esta gestación; no sabe, cuando no recuerda si fue o no vacunada; no, si nunca fue inmunizada.



**22. Fuma:** Se considera el hábito practicado durante el embarazo actual.

En el caso de que la respuesta sea Si, se registrara el promedio de cigarrillos consumido por día. Si la embarazada No Fuma, estará completado con 00.

**23. Drogas:** Se refiere al uso actual de drogas que causan dependencia como: marihuana, cocaína, anfetamínicos, alucinógenos, heroína, entre otras. Marcar si con x cuando utiliza alguna sustancia no indicada por el personal de salud, que sea capaz de producir dependencia.

**24. Alcohol:** Se refiere a la ingesta actual de cualquier tipo de bebida con alcohol en su contenido, por ejemplo: vino, cerveza, tequila, pisco, whisky, etc. Se marcará SI con x cuando la ingesta diaria es mayor que el equivalente a 2 vasos de vino por día.

**25. Examen Odontológico:** En este casillero se registrara como se encuentra el examen odontológico que se le realiza a la paciente. Si no encuentra ninguna alteración marcar el casillero "Normal", si encuentra alguna alteración deberá marcar el casillero "Patológico".

**26. Examen de Mamas:** En este casillero se registrara como se encuentra el examen de mamas que realiza a la paciente. Si no encuentra ninguna alteración marcar el casillero "Normal", si encuentra alguna alteración deberá marcar el casillero "Patológico".

**27. Examen de Cérvix:** En este casillero se registrara como se encuentra el examen de cérvix paciente. Si no encuentra ninguna alteración marcar el casillero “Normal”, si encuentra alguna alteración deberá marcar el casillero “Patológico”.

**28. Examen de pelvis:** En este casillero se registrara como se encuentra el examen pélvico que presenta la paciente. Si no encuentra ninguna alteración marcar el casillero “Normal”, si encuentra alguna alteración deberá marcar el casillero “Patológico”.

#### **Exámenes de laboratorio**

**29. Papanicolaou:** En caso de haberse realizado dicho examen en el último año o durante el embarazo actual, marcar en la casilla Negativo (-) si el resultado fue normal o Positivo (+) si el resultado fue patológico, lo que hay que describir.

**30. Colposcopia:** Registrar como ‘Normal’ si la Colposcopía es negativa para lesiones malignas o precursoras de cáncer cervical. De lo contrario marcar “Anormal” o no se hizo, según corresponda.

**31. Hemoglobina antes de las 20 semanas,** anotar el valor en gramos por 100 ml. Marcar con x en el cuadrado amarillo cuando la hemoglobina sea menor de 11 gr. por 100 ml. Si esta prueba No se hizo, se registrara en las casillas con 00.

**32. Hemoglobina después de las 20 semanas,** anotar el valor en gramos por 100 ml. Marcar con x en el cuadrado amarillo cuando la

hemoglobina sea menor de 11 gr. por 100 ml. Si esta prueba No se hizo, se registrara en las casillas con 00.

**33. Grupo y Rh:** El grupo sanguíneo que corresponda (A, B, AB, O) registrarlo en la casilla. Para Rh y para sensibilización, marcar las casillas correspondientes; si la embarazada se encuentra sensibilizada Si, o No si no lo está.

**34. VIH Solicitado:** Se deberá brindar consejería a fin de que ella tome una decisión informada para aceptar le sea tomada la prueba de VIH. La evidencia es la hoja de consentimiento informado.

**35. VDRL / RPR (Reagina Plasmática Rápida)** antes de las 20 semanas: Marcar con x el resultado de la prueba en el cuadrito asignado; Negativo (-) es No Reactivo y Positivo (+) si es reactiva, anotando la fecha del resultado.

**36. VDRL / RPR (Reagina Plasmática Rápida)** después de las 20 semanas: Marcar con x el resultado de la prueba en el cuadrito asignado; Negativo (-) es No Reactor y Positivo (+) si es reactor, anotando la fecha del resultado.

**37. Bacteriuria:** Antes de las 20 semanas y después de las 20 semanas, marcar con x el resultado de la prueba en el cuadrito asignado; Negativo (-) No refleja infección urinaria y Positivo (+) traduce infección urinaria, anotando la fecha del resultado. Si esta prueba No se hizo, se debe registrar en las casillas con 00.

**Atención prenatal del embarazo actual.**

- 38. Edad gestacional:** Las semanas cumplidas desde el primer día de la última menstruación hasta la fecha de la actual consulta.
- 39. Peso:** En kilogramos (con un decimal), de la embarazada descalza, con ropa liviana.
- 40. Presión arterial:** La presión máxima y mínima expresada en mm Hg, valorada con la técnica adecuada, reposo por 20 minutos antes de la toma, en el brazo hábil, con manguito a la altura del corazón.
- 41. Altura uterina:** Medir la altura uterina en centímetros desde el borde superior de la sínfisis pubiana al fondo del útero.
- 42. Presentación:** Para la presentación, escribir "cef" (cefálica), "pelv" (pelviana) o "transv" (transversa). Cuando no sea factible recabar el dato, marcar con una raya horizontal en el espacio correspondiente.
- 43. Frecuencia cardíaca:** Consignar la frecuencia cardíaca fetal en latidos por minuto a partir de las 20 semanas de gestación.
- 44. Movimientos fetales:** se consignan los movimientos fetales a partir de las 18 semanas de gestación. Se registrara como positivos o negativos, la falta de datos se interpretará como prestación no hecha.
- 45. Responsable:** persona que realiza el control prenatal, consigna su acto médico con su firma y colegiatura.

**46. Profesión del responsable del control prenatal:** en esta casilla se registra las iniciales de quien realiza la atención prenatal. Se reconocerá la profesión del responsable a cargo de los controles prenatales.

**47. Calidad de Registro de la información del carnet perinatal:** el carnet perinatal es un documento médico legal y, por constituir un medio de prueba judicial, debe reunir requisitos básicos tales como uso de letra clara y legible, los registros deben ser completos, oportunos y pertinentes, la información debe ser clara, concisa y ordenada para permitir un análisis eficiente. Se debe resaltar que lo que no está escrito se supone como no realizado.

## **CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA**

### **4. METODOLOGÍA**

#### **4.1 DISEÑO TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

#### **4.2 POBLACION DE ESTUDIO:**

Está constituida por aquellas mujeres puérperas con carnet de control prenatal hospitalizadas en servicios de Gineco –Obstetricia del Hospital Vitarte ,Agosto – Octubre del 2015

## **4.3 MUESTRA**

### **4.3.1 Diseño muestral :**

1. Unidad muestral: carnet de control prenatal de las puérperas hospitalizadas en el servicio de Gineco- Obstetricia en Hospital Vitarte, Agosto- Octubre del 2015.
2. Tamaño de muestra: como el tipo de muestreo es no probabilístico se determinó que el tamaño de muestra se medirá según criterio de costo y tiempo del investigador. Siendo la muestra de 187.
3. Población muestral: Se incluyó a las puérperas que fueron ingresadas por el servicio de gineco – obstetricia y que ingresaron por el servicio de emergencia cuyo número asciende a 187
4. Tipo de muestreo: El tipo de muestreo utilizado para este estudio fue el muestreo consecutivo, no Probabilístico

## **4.4 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION**

### **1. Criterios de inclusión**

- Pacientes puérperas hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia en el período de estudio y que son ingresadas por emergencia durante el periodo de fase latente o fase activa de trabajo de parto

- Pacientes puérperas que portan su tarjeta de control prenatal controladas o no en el Hospital Vitarte
- Pacientes puérperas con seis o más controles prenatales.

## **2. Criterios de exclusión**

- Puérperas que no fueron hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del periodo de estudio
- Puérperas que no portan su tarjeta de control prenatal.
- Puérperas con menos de seis controles prenatales.
- Puérperas con edad gestacional de inicio del control prenatal en el III trimestre.

## **4.5 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **4.5.1 Técnicas de instrumentos:**

- Diseño de instrumentos: El instrumento a utilizarse en el estudio es de carácter observacional basándose en el registro de la información del carnet de control prenatal. Para ello se ha confeccionado una ficha de recolección de datos en los cuales se consideran las principales variables del estudio, obteniéndose datos acerca de la atención prenatal, que reúnen los criterios de inclusión y exclusión del estudio.

Se aplicó una ficha ad hoc basándose en el registro de la Información del carnet de control prenatal donde se considera las principales variables:

**Datos socio demográficos y biológico, Antecedentes patológicos personales, Familiares y Gineco-Obstetricos, Embarazo actual, Exámenes de laboratorio y Control prenatal del embarazo actual** cada sección constituido por 12, 6, 13, 9,8 ítem respectivamente

Y se estableció una puntuación para cada ítem :

- ✓ Dos puntos, si el registro del ítem es correctamente
- ✓ Un punto, si el registro del ítem es incorrecto o está incompleto
- ✓ Cero punto, si La casilla “no aplica “ , si el ítem no se encuentra en el carnet de recolección de datos

**4.5.2 Plan de recolección de datos:** La recolección de datos será realizado por 1 persona. Las puerperas serán captadas en el servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital Vitarte el cual se realizara en un periodo de tiempo de 3 meses , con la finalidad de reunir la muestra de 187 púerperas. Se verificarán los criterios de inclusión y exclusión de la muestra. Para registrar la información se utilizaran los instrumentos de evaluación del registro de los datos en el carnet de Control Prenatal.

## **4.6 ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN**

El presente proyecto de investigación bajo las normas de ética en investigación busca la veracidad de la información recolectada y de los resultados ofrecidos. Se buscara proteger la confidencialidad de los datos personales de los participantes poniendo en ejercicios el



código de ética deontológica del colegio médico del Perú teniendo las siguientes consideraciones:

- Se solicitará los permisos correspondientes en el Hospital vitarte.
- Se informará a la puérpera los objetivos del estudio y se responderá a cualquier duda que tuviera sobre el estudio.
- Sólo aquellas puérperas hospitalizadas en el servicio de gineco- obstétrico en hospital Vitarte año 2015.
- Las fichas sólo serán manejadas por la investigadora y serán utilizadas solo para el estudio.
- No se registrará el nombre de la puérpera ni ningún dato que permita su identificación.
- Al finalizar la revisión del carné prenatal se brindará consejería a la puepera.
- No se realizara ningún pago a la paciente puérpera participante.
- Los resultados de la investigación serán informados a la institución, así conocerán la efectividad del procedimiento y las características que posee en su aplicación.

#### **4.7 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS.**

- **Análisis de datos:** La información será recogida por nuestro instrumento (ficha de recolección de datos). Una vez recolectada la información se procederá a la realización de una base de datos usando una planilla electrónica como Excel; los resultados serán analizados por el programa estadístico SPSS en español versión

22, el cual realizará los siguientes análisis de datos: Análisis Descriptivo, análisis univariante y análisis bivariante para finalmente ser pasados a un procesador de texto como Word para la elaboración del informe final escrito. El informe final oral puede hacerse con ayuda del PowerPoint o programas similares. También se utilizarán algunos programas como el EpiInfo que está especializado en el análisis de datos para el área de salud.

- **Matriz de análisis: Matriz de análisis**

Para valorar la variable calidad del registro del carnet de control prenatal se realizó las siguientes secciones:

- 1.- Datos socio- demográficos y biológico : eta constituido por 12 ítems ,
- 2.- Antecedentes patológicos personales , familiares y Gineco-Obstétricos : contiene 6 ítems ,
- 3.- Embarazo actual: constituido por 13 ítems
- 4.- Exámenes de laboratorio: constituido por 9 ítems y
- 5.- Control prenatal del embarazo actual: constituidos por 8 ítems

- **Datos socio demográfico y biológico** de las pacientes que ingresan por el servicio de emergencia del Hospital Vitarte , se clasificaron de acuerdo a una puntuación preestablecida y siguiendo el siguiente esquema:

2: Dos puntos. Se registra la casilla completamente.

1: Un punto. La casilla no se registró.

0: Cero punto: Cuando el ítem no aplica

Se realizó la sumatoria obteniéndose un total de 24 puntos y se establecieron los siguientes rangos.

<b>Datos socio demográficos y biológicos</b>	<b>Puntaje Asignado</b>
Malo	≤12
Regular	13-18
Bueno	19-24

- **Antecedentes patológicos personales, familiares y gineco-obstetricos** de las pacientes que ingresan por el servicio de emergencia del Hospital Vitarte , se clasificaron de acuerdo a una puntuación preestablecida y siguiendo el siguiente esquema:

2: Dos puntos. La casilla se registró correctamente.

1: Un punto. No se registró La casilla completamente.

0: Cero punto: Cuando el ítem no aplica

Se realizó la sumatoria obteniéndose un total de 12 puntos y se establecieron los siguientes rangos.

<b>Antecedentes patológicos personales, familiares y gineco-obstetricos</b>	<b>Puntaje Asignado</b>
Malo	≤6

Regular	7-9
Bueno	10-12

- **Embarazo actual:** de las pacientes que ingresan por el servicio de emergencia del Hospital Vitarte , se clasificaron de acuerdo a una puntuación preestablecida y siguiendo el siguiente esquema:

2: Dos puntos. La casilla se registra correctamente.

1: Un punto. La casilla no se registró completamente.

0: Cero punto: Cuando el ítem no aplica

Se realizó la sumatoria obteniéndose un total de 26 puntos y se establecieron los siguientes rangos.

<b>Embarazo actual</b>	<b>Puntaje Asignado</b>
Malo	≤13
Regular	14 - 20
Bueno	21 - 26

Exámenes de laboratorio de las pacientes que ingresan por el servicio de emergencia del Hospital Vitarte , se clasificaron de acuerdo a una puntuación preestablecida y siguiendo el siguiente esquema:

2: Dos puntos. La casilla se registra correctamente.

1: Un punto. La casilla no se registró completamente.

0: Cero punto: Cuando el ítem no aplica

Se realizó la sumatoria obteniéndose un total de 18 puntos y se establecieron los siguientes rangos.

<b>Exámenes de laboratorio</b>	<b>Puntaje Asignado</b>
Malo	≤ 9
Regular	10-14
Bueno	15 -18

- **Control prenatal del embarazo actual** de las pacientes que ingresan por el servicio de emergencia del Hospital Vitarte, se clasificaron de acuerdo a una puntuación preestablecida y siguiendo el siguiente esquema:

2: Dos puntos. La casilla se registró correctamente.

1: Un punto. No se registró la casilla completamente.

Se realizó la sumatoria obteniéndose un total de 16 puntos y se establecieron los siguientes rangos.

<b>Control prenatal del embarazo actual</b>	<b>Puntaje Asignado</b>
Malo	≤ 8
Regular	9 - 12

Bueno	13 - 16
-------	---------

- **Calidad de registro de la información del carnet perinatal:**

La suma total de ítems validos en el carnet de control prenatal obtuvo un puntaje El puntaje fue evaluado mediante percentiles para establecer su nivel de calidad .los percentiles fueron los siguientes:

Calidad de registro del carne prenatal malo: si el profesional de salud registro correctamente < o igual 50 % de los ítems válidos.

Calidad de registro del carnet prenatal regular: si el profesional de salud registro correctamente entre el 51% al 75% de los ítems válidos.

Calidad de registro del carne prenatal Bueno: si el profesional de salud registró correctamente > 76 % de los ítems validos

Para evaluar la “Calidad de registro de la información del carnet de control prenatal “ se obtuvo un puntaje obtenido de la suma total de todos los ítems validos de los 5 acápite , los percentiles que evaluaron el nivel de calidad fueron los mismo.

<b>Calidad de registro del carnet de control prenatal en general</b>	<b>Puntaje asignado</b>
Calidad de registro del carnet de control prenatal Malo	<=48
Calidad de registro del carnet de control prenatal Regular	49-72
Calidad de registro del carnet de control prenatal Bueno	73-96

**Matriz de tabulación**

**Cuadro 1.1 Edad**

<b>Edad</b>	<b>Recuento</b>	<b>%</b>
< 19 años	27	14.4
20-35 años	134	71.7
> 35 años	26	13.9
TOTAL		100.0

**Cuadro N° 1.2 Grado de instrucción**

<b>Escolaridad</b>	<b>Recuento</b>	<b>%</b>
Ninguno	3	1.6
Primaria	28	15.0
Secundaria	139	74.3
Superior	17	9.1
TOTAL		100.0

#### 4.8 Cuadro N° 1.3 Categoría del Establecimiento de salud

Categoría de Establecimiento de Salud	RECuento	%
I-2	23	12.3
I-3	73	39.0
I-4	22	11.8
II-1	9	4.8
II-2	59	31.6
III-1	1	0.5
III-2	0	0.0
TOTAL		100.0

#### 4.9 Cuadro N° 1.4: Profesión del profesional a cargo del control



PROFECION	RECUENTO	%
Medico	91	48.7
Obstetra	86	46.0
Otro Profesional	10	5.3
TOTAL		100.0

#### 4.10 Cuadro N° 1.5 Edad Gestacional de Inicio del Control Prenatal

Edad Gestacional de inicio	Recuento	%
I Trimestre < 13semanas	18	9.6
II Trimestre 14-27 semanas	83	44.4
III Trimestre 28- 41 semanas	86	46.0
TOTAL		100.0

**TABLA 1:**

ITEMS	NIVEL DE CALIDAD DE REGISTRO	Médico		Obstetra		Otro Profesional	
		Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
<b>DATOS SOCIODEMOGRAFICOS Y BIOLÓGICOS</b>	MALO						
	REGULAR						
	BUENO						
	<b>SUB TOTAL</b>						
<b>ANTECEDENTES FAMILIARES, PERSONALES Y GINECO-OBSTETRICOS</b>	MALO						
	REGULAR						
	BUENO						
	<b>SUB TOTAL</b>						
<b>EMBARAZO ACTUAL</b>	MALO						
	REGULAR						
	BUENO						
	<b>SUB TOTAL</b>						
<b>EXAMENES DE LABORATORIO</b>	MALO						
	REGULAR						
	BUENO						
	<b>SUB TOTAL</b>						
<b>ATENCIÓN PRENATAL DEL EMBARAZO ACTUAL</b>	MALO						
	REGULAR						
	BUENO						
	<b>SUB TOTAL</b>						
<b>LEGIBILIDAD</b>	MALO						
	REGULAR						
	BUENO						
	<b>SUB TOTAL</b>						
	<b>TOTAL</b>						

## **CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

### **5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

#### **5.1 RESULTADOS**

##### **Evaluación del registro de información**

###### **“Datos socio demográficos y biológicos”**

Los ítems correctamente registrados fueron: número de historia clínica 100.0%(187/187), nombre 100 % (187/187), Numero de identidad 98.9 % (185/187), Procedencia 94.7 % (177/187), edad 99.5% (186/187), escolaridad 98.9 % (185/187), estado civil 98.4 % (184/187), nombre del Establecimiento de Salud 95.2 % (178/187) . Por otro lado el ítem registrados incorrectamente fue el siguientes: teléfono 46.0 %(86/187), y los ítems no registrados que no se encuentra en el carne fueron los siguientes: Fecha de Nacimiento 00.0%( 0/187 % ), Raza 00.0%( 0/187 % ) y Alfabeta 00.0%( 0/187 % ) . Ver tabla 1

Tabla 1. Distribución de los ítems registrados en “Datos sociodemográficos y Biológicos” de las gestantes en el control prenatal.

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS Y BIOLÓGICOS	NA	%	RI	%	RC	%
Numero de Historia Clínica	0	0.0	0	0.0	187	100.0
Numero de Identidad	0	0.0	2	1.1	185	98.9
Nombre	0	0.0	0	0.0	187	100.0
Procedencia	0	0.0	10	5.3	177	94.7
Teléfono	0	0.0	86	46.0	101	54.0
Fecha de Nacimiento	187	100.0	0	0.0	0	0.0
Edad	0	0.0	1	0.5	186	99.5
Raza	187	100.0	0	0.0	0	0.0
Alfabeta	187	100.0	0	0.0	0	0.0
Escolaridad	0	0.0	2	1.1	185	98.9
Estado Civil	0	0.0	3	1.6	184	98.4
Establecimiento de Salud	0	0.0	9	4.8	178	95.2

### “Antecedentes Patológicos Personales, Familiares y Gineco-Obstétricos”

Los ítems con mayor registro correcto fueron: Antecedentes familiares 97.3 % ( 182 /187 ) , Antecedentes personales 98.4 % (184/187), gestaciones previas 98.9%(185/187) , Fin del embarazo anterior 98.4% (184/187) . Por otro lado los ítems que no se registraron no se encuentra en el carnet son los siguientes: Embarazo planeado 0.00 % (00/187) y Fracaso del método anticonceptivo 0.00 % ( 00/187).Ver tabla 3

Tabla 3: Distribución de los ítems registrados en “Antecedentes Patológicos, Personales, Familiares y Gineco - Obstétricos ” de la gestante en el carne de control prenatal

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES, FAMILIARES Y GINECO OBSTETRICO	NA	%	RI	%	RC	%
Antecedentes Familiares	0	0.0	5	2.7	182	97.3
Antecedentes Personales	0	0.0	3	1.6	184	98.4
Gestaciones Previas	1	0.5	1	0.5	185	98.9
Fin de Embarazo Anterior	0	0.0	3	1.6	184	98.4
Embarazo Planeado	187	100.0	0	0.0	0	0.0
Fracaso del Método Anticonceptivo	187	100.0	0	0.0	0	0.0

### “Embarazo actual”

Los ítems correctamente registrados fueron: Peso anterior 99.5 % (186/187), Talla 97.9% (183/187), Fecha de última regla 95.2% (178/187), Fecha probable de parto 95.7% (179/187), Antitetánica 69.5 % (130 /187), Fumadora 81.3 % (152/187), Drogas 75.9% (142/187), Alcohol 71.7 % (134/187) y Examen de mamas 82.9%( 155 /187). Por otro lado los ítems registrados de forma incorrecta fueron: Examen Odontológico 47.6 % (89/187), Examen de Cérvix 46.0 % (86/187) Y Examen de pelvis 64.7. % (121/ 187). Los ítems que no se registraron en el carne son los siguientes: Anti rubeola 69.5% (130/187), Examen Odontológico 14.4 % (27/187), Examen de Cérvix 11.8. % (22/187), Examen de pelvis 12.3 (23/187), Examen de cérvix 11.8% (22/187).  
%Ver tabla 5

Tabla 5 :” Distribución de los ítems en Embarazo Actual “ de la gestante en el carne de control prenatal

EMBARAZO ACTUAL	NA	%	RI	%	RC	%
Peso Anterior	0	0.0	1	0.5	186	99.5
Talla	0	0.0	4	2.1	183	97.9
Fecha de Ultima Regla	0	0.0	9	4.8	178	95.2
Fecha Probable de Parto	0	0.0	8	4.3	179	95.7
Antitetánica	0	0.0	57	30.5	130	69.5
Anti Rubeola	130	69.5	16	8.6	41	21.9
Fumadora	1	0.5	34	18.2	152	81.3
Drogas	10	5.3	35	18.7	142	75.9
Alcohol	3	1.6	50	26.7	134	71.7
Examen Odontológico	27	14.4	89	47.6	71	38.0
Examen de Mamas	0	0.0	32	17.1	155	82.9
Examen de Cérvix	22	11.8	86	46.0	79	42.2
Examen de Pelvis	23	12.3	121	64.7	43	23.0

### “Exámenes de Laboratorio”

Los ítems registrados adecuadamente fueron hemoglobina antes de las 20 semanas 97.3 % ( 182 /187 ) , sífilis antes de 20 semanas 97.3 % (182/ 187) Grupo y Factor Rh 97.3 % ( 182 /187) , VIH 96.8 % ( 181 / 187 ) ,bacteriuria 90.4 % ( 169 / 187 ). Por otro lado los ítems registrados incorrectamente fueron los siguientes: Colposcopia 50.3%( 94/187) Papanicolaou 40.6%( 76/187), Hemoglobina después de 20 semanas 30.5 % (57/187) y sífilis después de 20 semanas 38.5 % (72/187). Por otro lado los ítems que no se registraron no se encuentra en el carne son los siguientes: Colposcopia 49.2%( 92/187), Papanicolaou 47.6%( 89/187)

Ver tabla 7.

Tabla 7 : Distribución de los ítems registrados en “Exámenes de Laboratorio “ de la gestante en el carne de control prenatal

EXAMENES DE LABORATORIO	NA	%	RI	%	RC	%
Papanicolaou	89	47.6	76	40.6	22	11.8
Colposcopia	92	49.2	94	50.3	1	0.5
Hemoglobina <20 Sem	0	0.0	5	2.7	182	97.3
Hemoglobina >20 Sem	0	0.0	57	30.5	130	69.5
Grupo y Factor RH	0	0.0	5	2.7	182	97.3
VIH	0	0.0	6	3.2	181	96.8
Sífilis < 20 Sem	0	0.0	5	2.7	182	97.3
Sífilis > 20 Sem	0	0.0	72	38.5	115	61.5
Bacteriuria	0	0.0	11	5.9	176	94.1

### “Control Prenatal del Embarazo Actual “

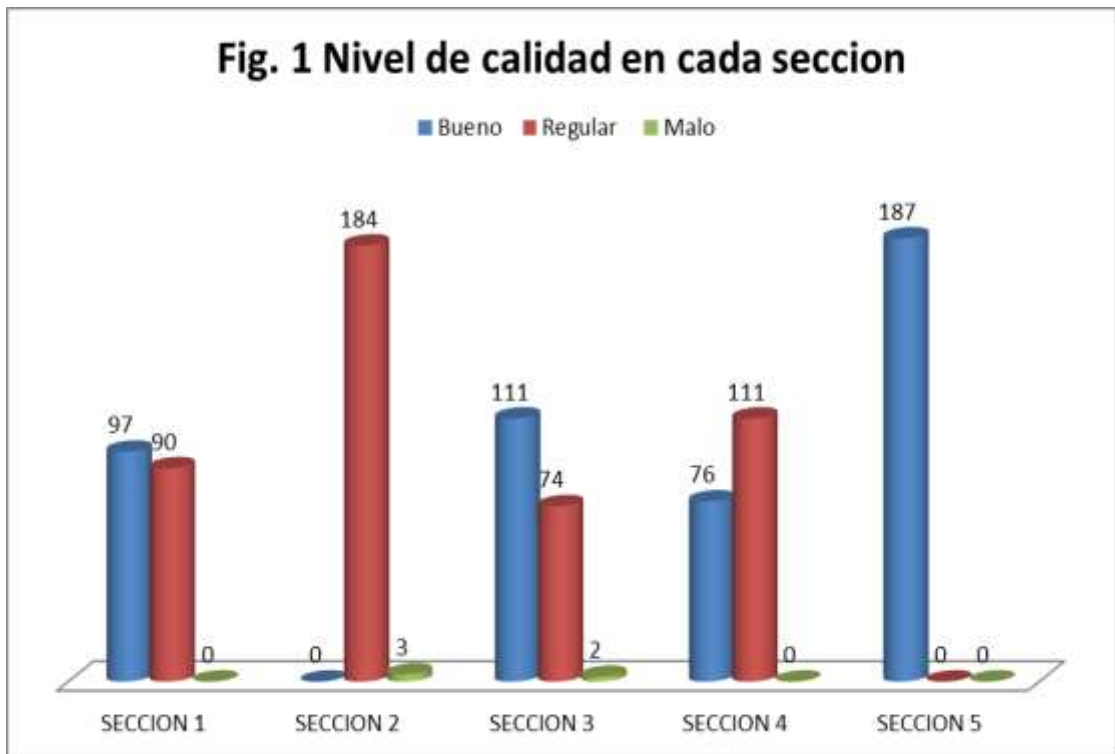
Todos los ítems fueron registrados correctamente .Ver tabla 9.

Tabla 9: Distribución de los ítems registrados en “Control prenatal de embarazo actual “de la gestante en el carne de control prenatal

CONTROL PRENATAL DEL EMBARAZO ACTUAL	NA	%	RI	%	RC	%
Edad Gestacional	0	0.0	0	0.0	187	100.0
Peso	0	0.0	0	0.0	187	100.0
Presión Arterial	0	0.0	0	0.0	187	100.0
Altura Uterina	0	0.0	0	0.0	187	100.0
Presentación	0	0.0	2	1.1	185	98.9
Frecuencia Cardíaca Fetal	0	0.0	0	0.0	187	100.0
Movimientos Fetales	0	0.0	0	0.0	187	100.0
Responsable	0	0.0	14	7.5	173	92.5

EL 51.9 (97/187) de carne evaluados , fueron registrados en forma adecuada en la sección de “ Datos Socio Demográficos y Biológicos “ , 98.4 % (184/187) de los carne evaluados fueron registrados de forma Regular en la sección “ Antecedente Patológicos Personales”, Familiares y Gineco- obstétricos “ , 59.4 % (111/187) de carnes evaluados fueron registrados adecuadamente en la sección “ Embarazo actual” , 59.4 % (111/187) de los carne evaluados fueron registrados de Forma Regular en la sección “ Exámenes de laboratorio

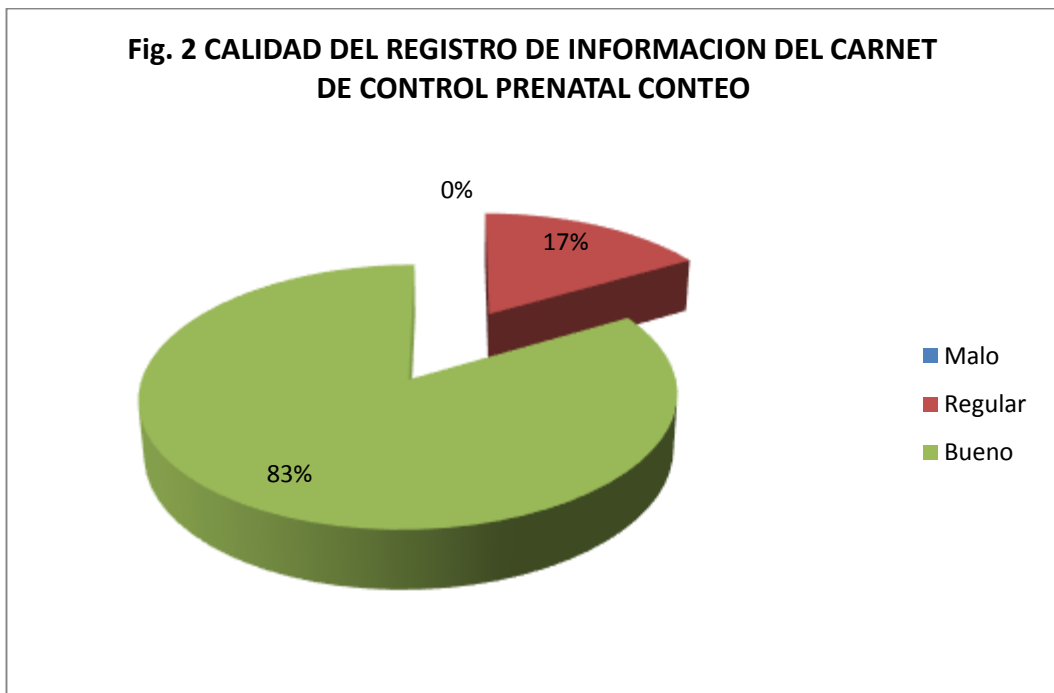
y finalmente para la última sección “Control prenatal de Embarazo actual “ el 100.0 % (187/187) de los carne evaluados fueron registrados de forma correcta.



Del total de carnes evaluados se encontró que 83.4 % ( 156/187) fueron registrados con un nivel de calidad “BUENO”,16.6 % ( 31/187) se registraron

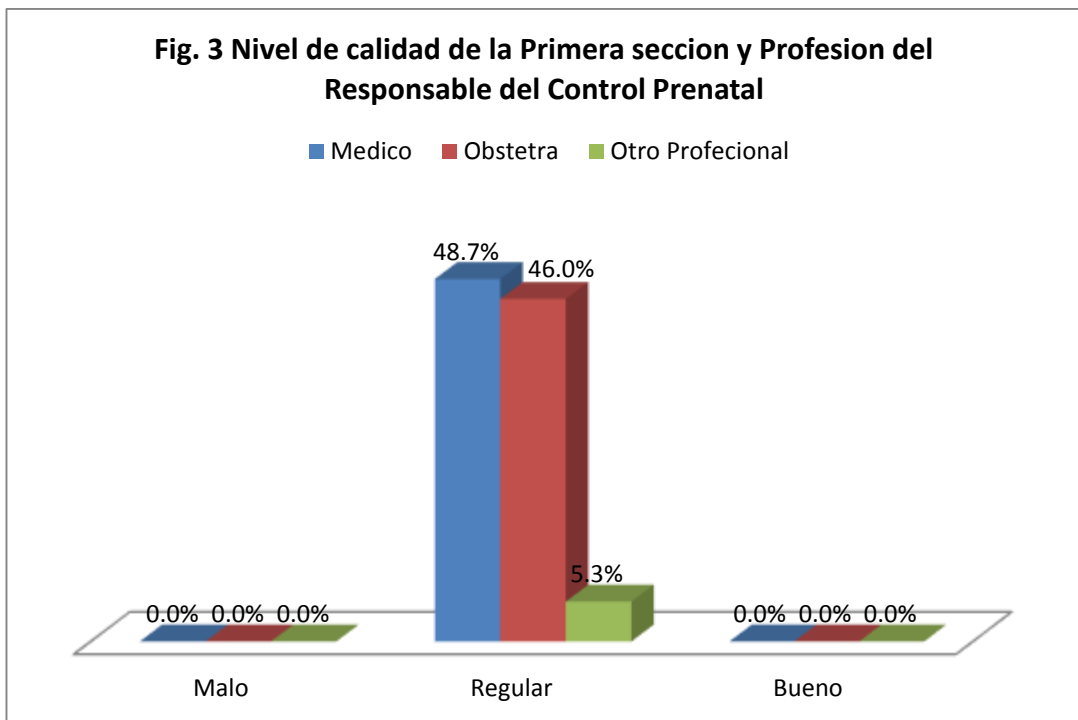


con un nivel de calidad “REGULAR” y el 0 % ( 0/ 187) fueron registrados ,  
siendo el nivel de calidad “MALO”

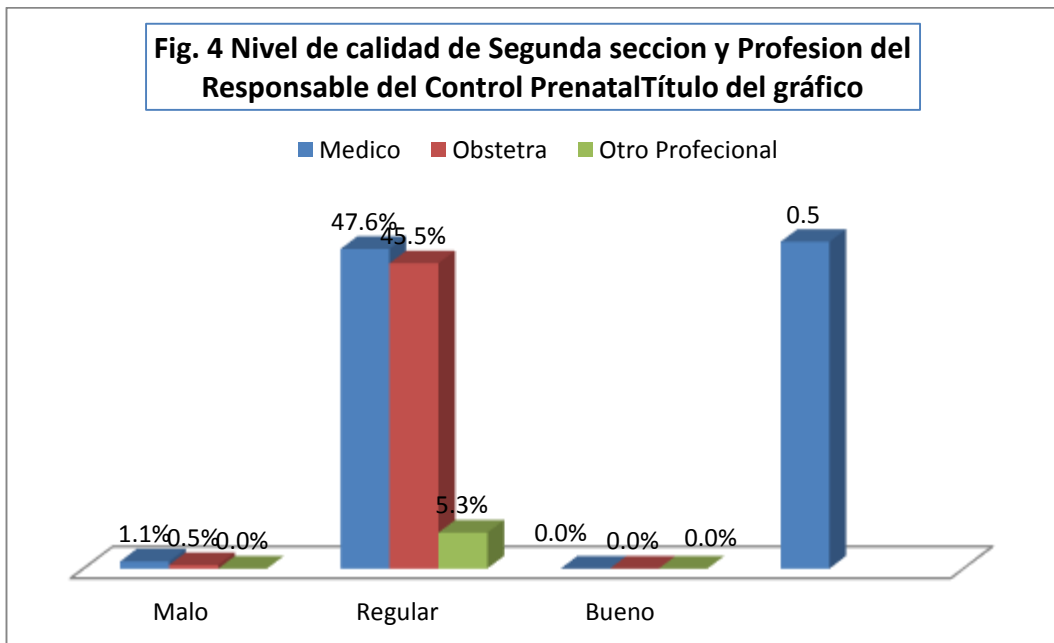


La calidad del registro en la primera sección , “Datos socio demográficos y  
biológicos “, según profesión del responsable del control prenatal : 48.7% (

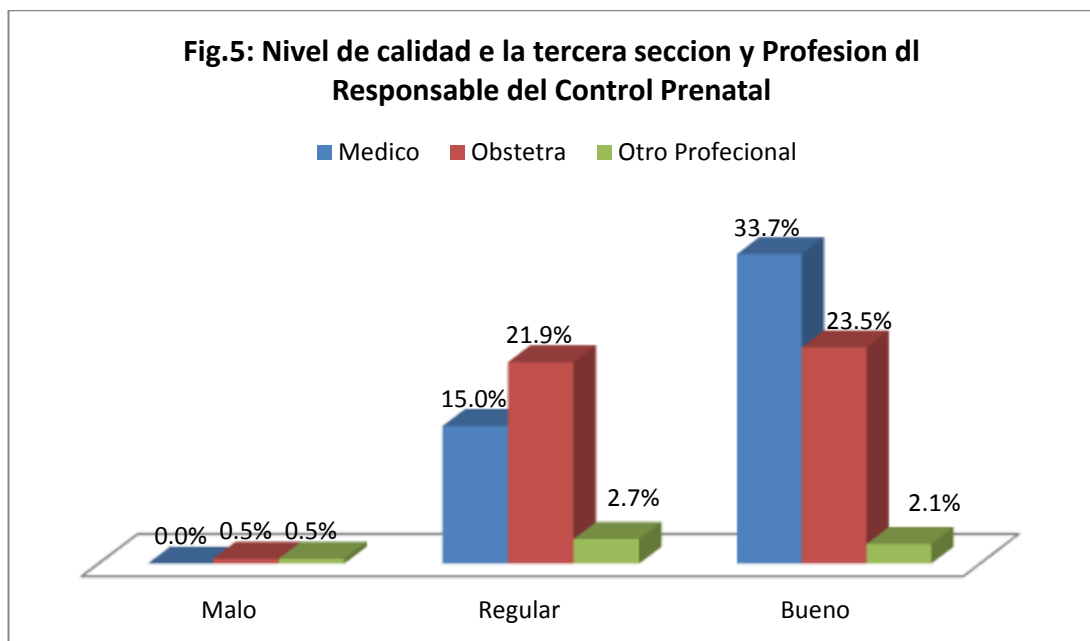
91/91 ) de los Médicos registro esta sección con un nivel de calidad “REGULAR” , con el mismo nivel de calidad 46 .0% ( 86/86) de los obstetras llenaron este acápite y mientras que otro profesional con el mismo nivel de calidad regular con un 5.3%(10 /10)



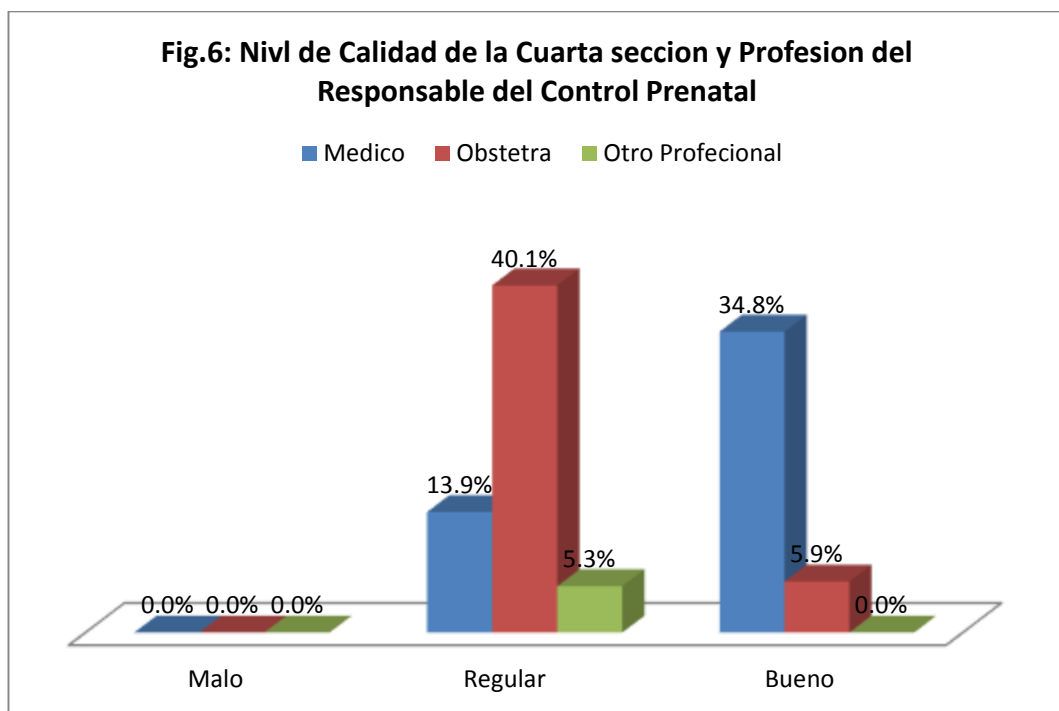
La calidad del registro en la segunda sección, “Antecedentes patológicos, Personales, Familiares y Gineco- obstétricos “, según profesión del responsable del control prenatal: 47.6.% (89/ 91) de los médicos lo registraron con un nivel de calidad “REGULAR ”, y con el mismo nivel de calidad 45.5. % (85/86) de los obstetras llenaron este acápite Y mientras que otro profesional con el mismo nivel de calidad “REGULAR “con un 5.3%(10 /10) Ver tabla 13 (Anexos).



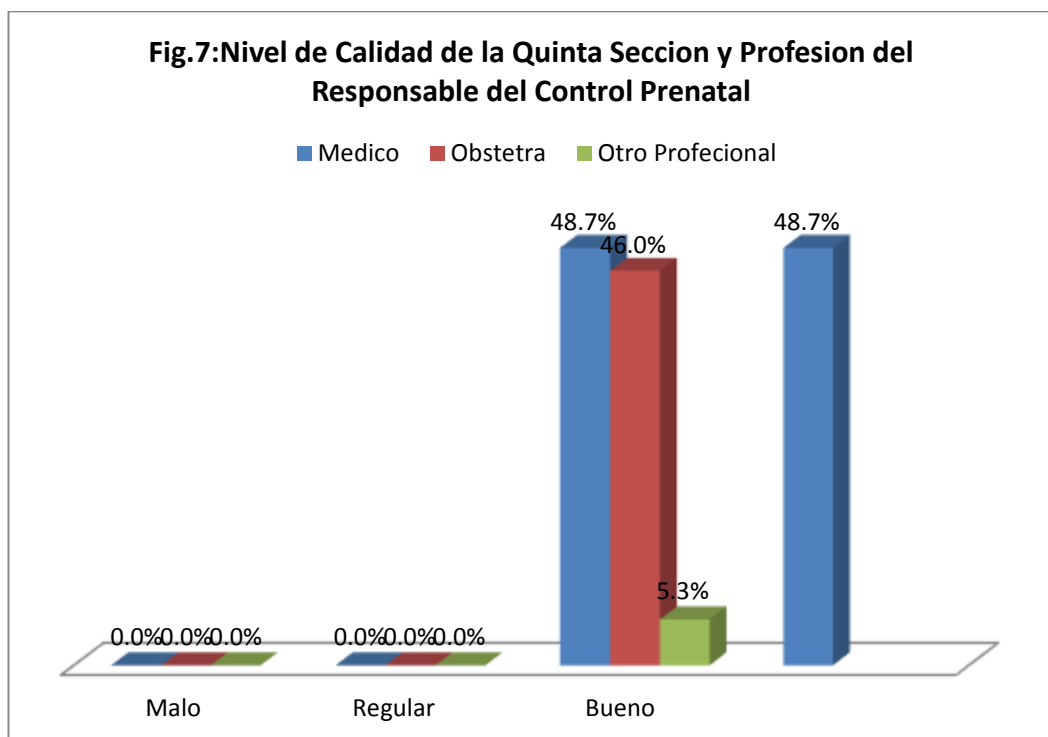
•La calidad del registro en la tercera sección, “Embarazo Actual “ ,según profesión del responsable del control prenatal : 33.7 % (63/91) de los Médicos lo registraron con un nivel de calidad “BUENO”, con el mismo nivel de calidad 23.5 % (44/86) los obstetras llenaron este Y mientras que otro profesional con un nivel de calidad “REGULAR “con un 2.7%(5 /10) . Ver tabla 14 (anexos)



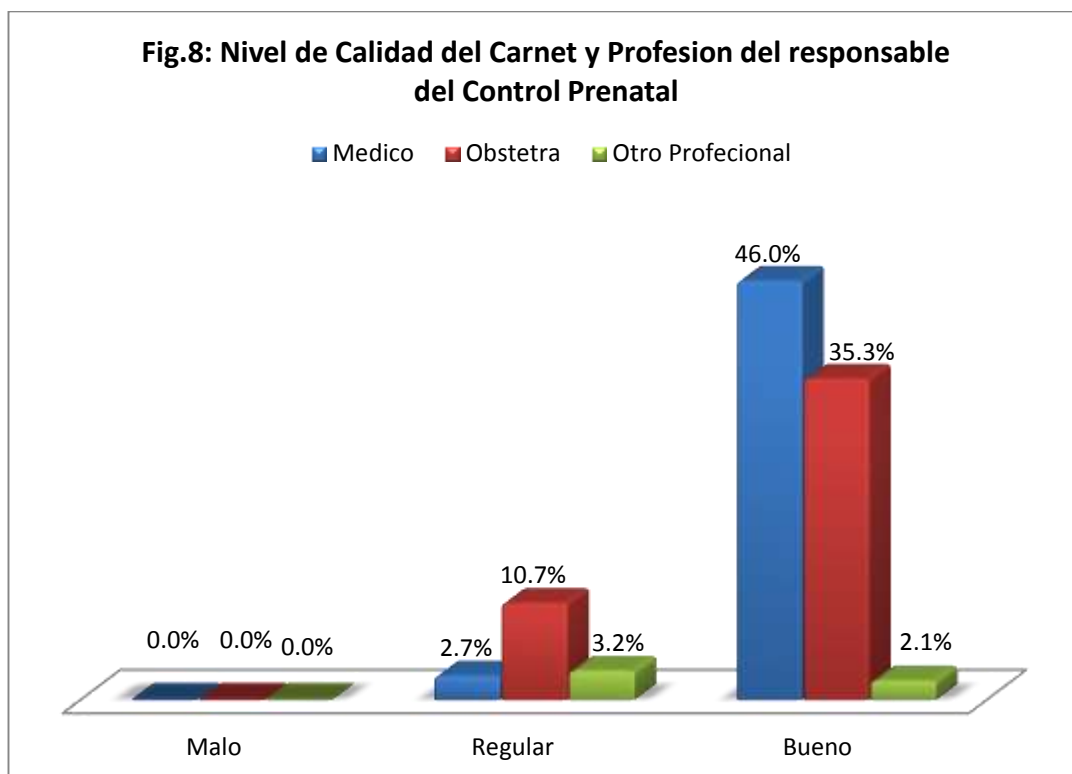
La calidad del registro en la cuarta sección, “Exámenes de laboratorio”, según profesión del responsable del control prenatal: 34.8% (65/91) de lo Médicos llenan este acápite con un nivel de calidad “BUENO”; Y con 40.1%(75/86) el acápite fue llenado con un nivel de calidad “REGULAR” por el profesional Obstetra Y mientras que otro profesional con el mismo nivel de calidad “REGULAR” con un 5.3%(10 /10). Ver tabla 15 (Anexos).



•La calidad del registro en la quinta sección, “Control prenatal del Embarazo Actual “, según profesión el responsable del control prenatal:48.7%(91/91)de los Médicos registrados este acápite con un nivel de calidad “BUENO” ,y el 46.0 %(86/86) del profesional obstetra registró esta sección con el mismo nivel de calidad Y mientras que otro profesional con el mismo nivel de calidad “BUENO “con un 5.3%(10 /10) . Ver tabla 16 (Anexos).



Del total carnes evaluados el nivel de calidad según profesión del responsable del control prenatal: 46.0. % (86/91) de los Médicos llenaron el carne con un nivel de calidad “BUENO”, 35.3% ( 66/86) de los carnes fueron registrados por el profesional obstetra con un nivel de calidad “BUENO “. 3.2 %( 6/ 10) de los carnes fueron registrados por el otro profesional . Ver tabla 17 ( Anexos)



El 31.6 % (59/ 187) de las tarjetas de las gestantes fueron del Hospital Vitarte nivel de categoría II-2 , el 39.0 % ( 73/ 187) fueron del establecimientos de salud de categoría I-3 ,el 12.3 %( 23/187) fueron de establecimientos de salud de categoría I-2 , el 11.8 % (22/187) de establecimientos de categoría I-4 , el 4.8 % (9/187) fueron de establecimientos de categoría II-1 y el hospital con nivel de categoría III-1 tuvo el 0.5 % (1/187)

El estado peruano ha generado una serie de lineamientos en políticas de salud en un afán de disminuir la tasa de morbi-mortalidad materna perinatal ; entre

estos lineamientos uno de los más importantes PROYECTO 2002 en la cual se busca una reestructuración sectorial de los servicios de salud, además de reubicar al usuario como centro de las actividades del sector .

Todos estos lineamientos basados en la mejora de la calidad del servicio ofrecido, pese a ello no se han evidenciado grandes avances en la calidad de los servicios de salud en especial en los relacionados a la salud materno perinatal.

Es gratificante observar los resultados en nuestra investigación (tabla No 11 ) en la cual más del 75 % de las tarjetas estudiadas son catalogadas con un nivel de calidad bueno y 16.6 % de calidad regular, no muy lejos de lo encontrado en la investigación de Bordan Bravo, Robleto , donde del total de historias clínicas perinatal básicas fueron clasificadas como un nivel de calidad buena en un 57.3 % y el 16.17 % como un nivel de calidad regular

Por otro lado en el estudio de Bodan Bravo, sobresale el sector antecedentes con un 97.3 % carne de control prenatal estudiadas como muy buena en calidad mientras que en nuestro estudio esta sección obtuvo un nivel de regular pero con un porcentaje del 98.4. % de las total de carnet de control prenatal estudiadas (tabla No 4) esto debido a que no todos los carnet de control prenatal no posee un mismo formato dificultando así un análisis adecuado y homogéneo.

En el estudio realizado por Paca Palao en donde a calidad se vio influenciado por la ubicación geográfica y teniendo en cuenta que se tomó en consideración la perspectiva de la usuaria como del proveedor tiene como resultado un porcentaje parecido al resto donde se califica como calidad buena pero con un porcentaje no más del 50 % del total de carnets estudiados.

En la sección del embarazo actual (tabla No 5) en la cual se describe las evaluaciones físicas realizadas a la gestantes se observó con nivel de calidad Bueno (tabla No 6) con un porcentaje de 59.4 % de los carnets estudiados, mientras que en el estudio realizado en Mella Cuba esta misma sección con



90% carnets estudiados, mientras que en el estudio es catalogada también con nivel de calidad buena. En este mismo estudio también se observó con un 94% de carnets estudiados es catalogada también con nivel de calidad buena en la sección de exámenes de laboratorios o hemáticos ; en comparación a los resultados obtenidos en nuestro estudio (tabla No 8) en el cual solo 40.6 % del total de carnets estudiados obtuvo un nivel de calidad de bueno .

Es alarmante observar la ausencia de datos en los carnets de control prenatal cuando la gestante ya está cursando el quinto o sexto control del embarazo y es aún más alarmante que estas ausencias de datos o mal registrados sea de la información más imprescindible para la prevención de complicaciones durante el embarazo .Tablas No 1, 3,5,7,9.

Es preocupante ver la diferencia en la calidad de registro por profesional que realiza el control prenatal, mostrándose así una diferencia en la valoración del registro de información en las distintas secciones del carnet de control prenatal, disminuyendo enormemente la calidad del registro . Tablas No 12, 13, 14,15 y 16

Estudio realizado en Perú por estudiantes de Obstetricia obtuvo un nivel calidad de información registrada en el carnet de control prenatal en relación con el profesional responsable obtuvo un 51.3 % de los obstetras llenaron el carnet con un nivel de calidad Bueno , en relación al profesional médico con un nivel de calidad Regular de los carnets de control prenatal de las gestantes hospitalizadas en el INMPN, mientras que en mi estudio en gestantes del Hospital Vitarte obtuvo el siguiente resultado: 46 % de los Médicos llenaron el carnet con un nivel de calidad "BUENO", y con el mismo nivel de calidad 35.3 % por el profesional Obstetra, es confortante ver esos resultados porque eso nos impulsa a continuar con estudios similares y así de alguna manera controlar a nuestras gestantes de la jurisdicción que corresponda

## **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **CONCLUSIONES**

- El nivel de calidad de información registrada en la sección “Datos sociodemográficos y biológicos” de los carnets de control prenatal de las puérperas hospitalizadas en el Hospital Vitarte tuvieron un registro de calidad “BUENO ”
- El nivel de calidad de información registrada en la sección de “ Antecedentes patológicos , familiares ,personales y obstétricos “ de los carnets de control prenatal de las puérperas hospitalizadas en el Hospital Vitarte tuvieron un registro de calidad “REGULAR ”
- El nivel de calidad de información registrada en la sección de, Exámenes de laboratorio de los carnet de control prenatal de las puérperas hospitalizadas en el Hospital Vitarte tuvieron un registro de calidad ” REGULAR ”.
- El nivel de calidad de información registrada en las secciones “Embarazo actual “ y “ Control prenatal del embarazo actual ” de los carnets de control prenatal de las puérperas hospitalizadas en el Hospital Vitarte tuvieron un registro de calidad “BUENO “
- El nivel de calidad de información registrada en los carnets de control prenatal de la puérperas hospitalizadas en el Hospital Vitarte tuvieron un registro de calidad “BUENO “
- El nivel de calidad del registro de información realizado por profesional médico fue ”BUENO ” y del profesional obstetra fue “BUENO ”

## **RECOMENDACIONES**

- La constante capacitación del personal médico a cargo de atención prenatal es imprescindible para un constante reenfoque

de la importancia del correcto registro de los datos y con ellos cumplir con las metas fijadas en la disminución de la morbilidad materna perinatal.

- La estandarización del carnet de control prenatal es de suma importancia y prioridad no solo en los servicios de salud del estado sino también en los establecimientos privados así se lograría una supervisión adecuada de la calidad del servicio brindado. Esto de gran ayuda a los entes fiscalizadores de la salud.
- La adecuación del carnet de control prenatal a la población como es el nuestro país debe también ser tomada en cuenta, de esta manera priorizar los datos relacionados a factores que conlleven a complicaciones maternas.
- La evaluación de la calidad de la atención prenatal debe ser de manera constante ,ello constatará el avance progresivo a los objetivos planeados en la disminución de la morbilidad materna perinatal ; así como también brindará los datos necesarios para la mejora del servicio
- Los continuos estudios de la calidad de la atención prenatal ayudará no solo en la mejora del servicio sino en la propuesta de nuevos proyectos para la disminución de la tasa de la morbilidad materna perinatal.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Ramírez Gioconda, Meléndez Carlos. Análisis de la atención del Control Prenatal, en el Hospital Carlos Marxs. Julio-Diciembre 1991.
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática .Peru (2013) Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar 2012 (pp 187-216) Lima.Retrieved from :// proyectos. Inei.gob.pe /endes/2012/
3. Peñuelas -Cota J, Ramirez Zepeda M, Gonzales-Bon M, Gil- Pineda J, Cárdenas – Angulo A, Garcia –Sañudo N. Factores asociados a mortalidad materna .Arch Salud Sin .2008 2(3):86-90 .
4. Caceres ,F (2009) .El control prenatal un reflexión urgente .Rev . colomb.obstet.ginecol,60(2), 165 -70
5. Reyes y Carzola Instituto Mexicano del seguro social ; Revista Medica IMSS : “impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal” Vol.43 – No 5- 2005
6. Arispe,C., Salgado ,M., y Tang(2011) . frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia .Rev Med Hered,22 (4), 169-175
7. Maternal mortality in 2005. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007
8. En la décima revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos de 1992 (CIE-10)
9. Indicadores de resultados de los programas estratégicos, 2010. Encuesta demográfica y de salud familiar- ENDES continua.
10. Instituto Nacional de estadística e información: ENDES 2000
11. Comité Ejecutivo Nacional Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza Lima, 15 de junio de 2011. Seguimiento concertado entre estado y sociedad civil programa salud materno neonatal.
12. REGISTRO Y CODIFICACION DE LA ATENCION EN LA CONSULTA EXTERNA; Sistema De Informacion HIS Estrategia Sanitaria Nacional Sexual y Reproductiva: Atencion Materno Perinatal 2012. MINSA
13. Rev Per Ginecol Obstet. 2006;52(3):89-99. INTERVENCIONES PARA REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA EN EL PERÚ

14. Medal G. Martha, Mejia U. Enner, Rojas R. Ricardo. Evaluación de la calidad de llenado de las hojas de control prenatal de pacientes remitidas de atención primaria, 2007
15. Control Prenatal Como Antecedente De Importancia En La Morbimortalidad Neonatal Hospital Universitario Dr. "Luis Razetti" – Barcelona, Octubre-Diciembre Del 2008. Br. Díaz O., Suellen, Br. Girart C., Josycarly.
16. Guia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
17. Frainete, P., Linares, M., Frainete, J., Gómez, R. y Sablones. (2004). Mortalidad neonatal: Gran reto. Revista de obstetricia y ginecología de Venezuela, 64 (3), 129-132.
18. Faneite , P., Rivera , C., y Faneite , J.(2007). Relacion entre mortalidad perinatal y consulta prenatal Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara"1997-2006 . Rev Obstet Ginecolog Venez 67(4),228-232
19. Lanata C.; Espino S., and Butrón B. Mejorando la Calidad de la atención de salud en el Perú. Instituto de Investigación Nutricional; 2002
20. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Guías para el CONTINUO DE ATENCION de la Mujer y el Recién Nacido focalizadas en APS. 2a Edición Publicación Científica CLAP/SMR 1573; 2010.
21. Proyectos2000.Mejoramiento Continuo de la Calidad de Servicio de Salud Materno – Infantil. Documento interno De Trabajo.MINSA/ Proyecto 2000.Lima,Peru.1998.
22. Avanzando hacia la maternidad segura en el Perú: un derecho de todas las mujeres/ Ministerio De Salud. Dirección General De Salud De Las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional De Salud Sexual Y Reproductiva- Lima: Ministerio Desalud; 2006.
23. -Sistema Informático Perinatal. Historia Clínica Perinatal Formulario Complementario Para Mujeres En Situación De Aborto. Instrucciones De Llenado Y Definición De Términos. Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva CLAP/SMR Salud de la Familia y de la Comunidad Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud; Montevideo- Uruguay, 2009.

24. Barr N, Glennerster H y Le Grand J, en Working for patients: the right approach?, 1989
25. Piscoya J. El ciclo de la auditoria médica. En: Diplomado de Auditoria Médica. Universidad Ricardo Palma. Lima, 2007.
26. -Dirección General de Salud de las Personas. Norma Técnica De Auditoría De La Calidad De Atención En Salud. NT N° 029-MINSA/DGSP-V.01. Ministerio de Salud. Lima. 2005.
27. Dirección General de Salud de las Personas. Norma técnica De La Historia Clínica De Los Establecimientos De Salud Del Sector Público Y Privado. NT N° 022-MINSA/DGSP-V.01. Ministerio de Salud. Lima. 2004.
28. Dirección General de Salud de las Personas, Dirección de Servicio de Salud. Norma técnica de Salud para la Gestión de La Historia Clínica. NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02. Ministerio de Salud. Lima. 2007.
29. Boden B. Roberto, "Calidad de la Historia Clínica Perinatal Básica por parte de los médicos generales y médicos en servicio social, Nandaime [Monografía] Managua: UNAN, Facultad de Ciencias Médicas; 1990
30. Evaluación de la calidad del llenado de las hojas de control prenatal de pacientes remitidas de atención primaria- Ada Palco pag 1-22
31. Del valle Placencia , C ., Del Valle , N ., Napoles , E ., y Matamoros , D . (2010). Calidad de la atención prenatal en el área de Mella- Cuba . MEDISAN 2010 , 14(5) ,641-648.
32. Jackeline Arias C., Katherine Bernal A., Erika Gonzales E., Paula Rivera M., Calidad dell contro,l prenatal realizado por profesionales de enfermería en una IPS Publica , Manizales 2007 Jan/Dic 2008 vol 13 no 1 pag del 1-7
33. Noguera , A., y Dueñas ,M.(2011). Evaluacion de la calidad de la atención del programa de control prenatal a partir de la atención brindada a las usuarias en el centro de salud sur occidente de la ESE Papayan enero2011- Junio del 2011. Universidad del Cauca

34. Huayana Q. Ivonet ., LLancachahua T .Paola Calidad de información Registrada en el carnet de control prenatal de las gestantes hospitalizadas en centro obstétrico ingresadas por el sericio de emergencia del instituto nacional materno perinatal 2011 Tesis (Lic.)-- Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. EAP. de Obstetricia, 2012 vol (1)pag 1-3 OBS 178
35. Oscar Munares-García Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud Perú. Revista Peruana de Epidemiologia ISSN 1609 -7211
36. Martha Lorena Medal Garrido, Ricardo Manuel Rojas Rojas y Enner Alejandro Mejía Urbina, Evaluación de la calidad del llenado de las hojas de control prenatal de pacientes remitidas de atención primaria ingresadas en la sala de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Regional Asunción Juigalpa desde el 01 de abril hasta el 31 de julio del 2007, clasificación O,WQ,175,482. Fuente lima s,n :2007
37. Aguilar ,C.,Nazar , A., Salvatierra , B., Mariaca , R ., y Estrada , A. (2006) .Morbilidad percibida y atención prenatal en mujeres marginadas en Chiapas , Mexico . Pob Salud Mesoamerica , 4(1), 1-19.
38. Barrios , A., y Montes , N.(2007) . Control prenatal .Rev Paceaña Med Fam 4(6),
39. Camarena ,I., y Von Glascoe ,C.(2007). Perspectiva de la calidad de atención prenatal alterna a la institucional: ciudad de Chihuahua , Mexico. Rev Fac Nac Salud Publica, 25(1), 40-49



40. Castro , M (2009) .Evaluacion de la atención adecuada del control prenatal en Bogota con base en la Encuesta Nacional de Salud , (13), 131-142
41. Troncoso , M., Serna, E., Castaño, J., castro, J., Rosales ,M., y velez, J .(2007). Deteccion de factores de riesgo en el grupo de gestantes del programa de control prenatal , en una entidad de primer nivel , y sus efectos en el neonato , Manizales 2007 .Arch Med ( Manizales),(15) , 57-

## **ANEXOS**

Tabla 2. Nivel de calidad de “Datos socio Demográficos y Biológicos “

NIVEL DE CALIDAD ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES FAMILIARES Y GINECO OBSTETRICO	CONTEO	%
Malo	3	1.6
Regular	184	98.4
Bueno	0	0.0
TOTAL	187	100.0

Tabla 4. Nivel de Calidad de “Antecedentes Patológicos, Personales, Familiares y Gineco-Obstetricos “

NIVEL DE CALIDAD ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES FAMILIARES Y GINECO OBSTETRICO	CONTEO	%
Malo	3	1.6
Regular	184	98.4
Bueno	0	0.0
TOTAL	187	100.0

Tabla 6. Nivel de Calidad “Embarazo actual “

NIVEL DE CALIDAD EMBARAZO ACTUAL	CONTEO	%
Malo	2	1.1
Regular	74	39.6
Bueno	111	59.4
TOTAL	187	100.0

Tabla 8

:Nivel de calidad “ Exámenes de laboratorio “

NIVEL DE CALIDAD EXAMENES DE LABORATORIO	CONTEO	%
Malo	0	0.0
Regular	111	59.4
Bueno	76	40.6

Tabla 10 : Nivel de calidad de control prenatal del Embarazo actual

NIVEL DE CALIDAD CONTROL PRENATAL DEL EMBARAZO ACTUAL	CONTEO	%
Malo	0	0.0
Regular	0	0.0
Bueno	187	100.0
TOTAL	187	100.0

Tabla 11 : Nivel de calidad de registro de información de carnet de control prenatal

CALIDAD DEL REGISTRO DE INFORMACION DEL CARNET DE CONTROL PRENATAL	CONTEO	%
Malo	0	0.0
Regular	31	16.6
Bueno	156	83.4
TOTAL	187	100.0

Tabla 12: Nivel de calidad del acápite datos socio demográfico y biológico según profesión del responsable del control prenatal

NIVEL DE CALIDAD	Profesion del Responsable del control prenatal					
	Medico		Obstetra		Otro Profesional	
Malo	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Regular	91	48.7	86	46.0	10	5.3
Bueno	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TOTAL	91	48.7	86	46.0	10	5.3

Tabla 13: Nivel de calidad del acápite Antecedentes Patológicos, Personales , Familiares y Gineco – Obstétricos según profesión del responsable del control prenatal

NIVEL DE CALIDAD	Profesion del Responsable del control prenatal					
	Medico		Obs tetra		Otro Profesional	
Malo	2	1.1	1	0.5	0	0.0
Regular	89	47.6	85	45.5	10	5.3
Bueno	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TOTAL	91	48.7	86	46.0	10	5.3

Tabla 14: Nivel de calidad del acápite del Embarazo Actual según profesión del responsable de control prenatal

NIVEL DE CALIDAD	Profesión del Responsable del control prenatal					
	Medico		Obstetra		Otro Profesional	
Malo	0	0.0	1	0.5	1	0.5
Regular	28	15.0	41	21.9	5	2.7
Bueno	63	33.7	44	23.5	4	2.1
TOTAL	91	48.7	86	46.0	10	5.3

Tabla 15: Nivel de calidad del acápite de Exámenes de Laboratorio según profesión del responsable del control prenatal

NIVEL DE CALIDAD	Profesión del Responsable del control prenatal					
	Medico		Obstetra		Otro Profesional	
Malo	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Regular	26	13.9	75	40.1	10	5.3
Bueno	65	34.8	11	5.9	0	0.0
TOTAL	91	48.7	86	46.0	10	5.3

Tabla 16 : Nivel de calidad del acápite Control prenatal del Embarazo Actual según profesión del responsable del control prenatal

NIVEL DE CALIDAD	Profesion del responsable del control prenatal					
	Medico		Obstetra		Otro Profesional	
Malo	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Regular	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Bueno	91	48.7	86	46.0	10	5.3
TOTAL	91	48.7	86	46.0	10	5.3

Tabla 17 : Nivel de calidad de información registrada en el carnet de Control prenatal y Profesional responsable del Control Prenatal

NIVEL DE CALIDAD	Profecional responsable del control prenatal					
	Medico		Obstetra		Otro Profesional	
Malo	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Regular	5	2.7%	20	10.7%	6	3.2%
Bueno	86	46.0%	66	35.3%	4	2.1%
TOTAL	91	48.7%	86	46.0%	10	5.3%

## **ANEXO : 1**

### **UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**

#### **Consentimiento Informado**

Para Participantes del estudio: Calidad registrada en el carnet de control prenatal en gestantes hospitalizadas en el servicio de gineco- obstétrico en hospital Vitarte año 2015

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por la alumna de la Facultad Medicina Humana, La meta de este estudio Evaluar el nivel de calidad del registro de información del carnet de control prenatal en puérperas hospitalizadas por el servicio Gineco- obstetricia del Hospital Vitarte; Agosto- Octubre del 2015.

Si usted accede a participar en este estudio, nos permitirá recolectar información del carnet perinatal el cual posee. La participación es este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Los resultados obtenidos serán codificados usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Si tiene alguna duda sobre este estudio, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por alumna de la Facultad de Medicina Humana de la URP. He sido informado (a) de que la meta de este estudio.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada.

-----  
Firma del Participante

Fecha (en letras de imprenta)

## ANEXO 2:

### Instrumento de recolección de datos

La presente investigación es conducida por alumnos de la facultad de Medicina de la Universidad Particular Ricardo Palma. La meta de este estudio es evaluar el nivel de Calidad registrada en el carnet de control prenatal en puérperas hospitalizadas en el servicio de gineco- obstétrico en hospital Vitarte - Agosto- Octubre del año 2015. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria.

Nº: 001

Fecha de ingreso: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Procedencia: \_\_\_\_\_ GI:  
\_\_\_\_\_ EG: \_\_\_\_

- I. **Datos sociodemográficos y biológicos:** Marcar con aspa (X) la opción Completo si el dato se encuentra registrado de forma correcta; o Incompleto si el dato no figura o es registrado de forma incorrecta. Si fuera esta última especificar la legibilidad de la información.

- |                            |                 |                  |                 |
|----------------------------|-----------------|------------------|-----------------|
| 1. N° de Historia Clínica: | ( 0 ) No aplica | ( 1 ) Incompleto | ( 2 ) Completo  |
| 2. N° de Identidad:        | ( 0 ) No aplica | ( 1 ) Incompleto | ( 2 ) Completo  |
| 3. Nombre:                 | ( 0 ) No aplica | ( 1 ) Incompleto | ( 2 ) Completo  |
| 4. Procedencia:            | ( 0 ) No aplica | ( 1 ) Incompleto | ( 2 ) Completo  |
| 5. Teléfono:               | ( 0 ) No aplica | ( 1 ) Incompleto | ( 2 ) Completo  |
| 6. Fecha de nacimiento:    | ( 0 ) No aplica | ( 1 ) Incompleto | ( 2 ) Completo  |
| 7. Edad:                   | ( 0 ) No aplica | ( 1 ) Incompleto | ( 2 ) Completo  |
| 8. Raza                    | ( 0 ) No aplica | ( 1 ) Incompleto | ( 2 ) Completo  |
| 9. Alfabeto:               | ( 0 ) No aplica | ( 1 ) Incompleto | ( 2 ) Completo  |
| 10. Escolaridad:           | ( 0 ) No aplica | ( 1 ) Incompleto | ( 2 ) Completo. |
| 11. Estado Civil:          | ( 0 ) No aplica | ( 1 ) Incompleto | ( 2 ) Completo  |
| 12. Establecimiento Salud: | ( 0 ) No aplica | ( 1 ) Incompleto | ( 2 ) Completo  |

- II. **\*Identificar categoría** según nivel de atención del establecimiento de salud donde se realizaron los controles prenatales:

( 1 ) Categoría I-2    ( 2 ) Categoría I-3    ( 3 ) Categoría I-4    ( 4 ) Categoría II-1



5 ) Categoría II-2      ( 6 ) Categoría III-1      ( 7 ) Categoría III-2

III.      **Antecedentes Patológicos Personales, Familiares y Gineco-Obstétricos:** Marcar con aspa (X) la opción Completo si el dato se encuentra registrado de forma correcta; o Incompleto si el dato no figura o es registrado de forma incorrecta. Si fuera esta última especificar error.

13. **Antecedentes Patológicos Familiares :** ( 0 ) No aplica    ( 1 ) Incompleto    ( 2 )  
Completo

14. **Antecedentes Patológicos Personales:** ( 0 ) No aplica    ( 1 ) Incompleto    ( 2 )  
Completo

***Antecedentes Patológicos Gineco-Obstétricos:***

15. Gestaciones Previas:      ( 0 ) No aplica      ( 1 ) Incompleto      ( 2 ) Completo

16. Fin del embarazo anterior: ( 0 ) No aplica      ( 1 ) Incompleto      ( 2 ) Completo

17. Embarazo Planeado:      ( 0 ) No aplica      ( 1 ) Incompleto      ( 2 ) Completo

18. Fracaso de MAC:      ( 0 ) No aplica      ( 1 ) Incompleto      ( 2 ) Completo

IV.      **Embarazo Actual:** Marcar con aspa (X) la opción Completo si el dato se encuentra registrado de forma correcta; o Incompleto si el dato no figura o es registrado de forma incorrecta.

19. **Peso Anterior:**      ( 0 ) No aplica      ( 1 ) Incompleto      ( 2 )  
Completo

20. **Talla:**      ( 0 ) No aplica      ( 1 ) Incompleto      ( 2 ) Completo

21. **Fecha de Ultima Regla:** ( 0 ) No aplica    ( 1 ) Incompleto    ( 2 ) Completo

22. **Fecha Probable de Parto:** ( 0 ) No aplica    ( 1 ) Incompleto    ( 2 ) Completo

23. **Antitetánica:**    ( 0 ) No aplica      ( 1 ) Incompleto      ( 2 ) Completo

24. **Anti rubéola:**    ( 0 ) No aplica      ( 1 ) Incompleto      ( 2 ) Completo

25. **Fumadora:**      ( 0 ) No aplica      ( 1 ) Incompleto      ( 2 ) Completo

26. **Drogas:**      ( 0 ) No aplica      ( 1 ) Incompleto      ( 2 ) Completo

27. **Alcohol:**      ( 0 ) No aplica      ( 1 ) Incompleto      ( 2 ) Completo

28. **Examen Odontológico:** ( 0 ) No aplica    ( 1 ) Incompleto    ( 2 ) Completo

29. **Examen de Mamas:** ( 0 ) No aplica    ( 1 ) Incompleto    ( 2 ) Completo

- 30. Examen de Cérvix:** ( 0 ) No aplica ( 1 ) Incompleto ( 2 ) Completo  
**31. Examen de Pelvis:** ( 0 ) No aplica ( 1 ) Incompleto ( 2 ) Completo

V. Exámenes de Laboratorio: Marcar con aspa (X) la opción Completo si el dato se encuentra registrado de forma correcta; o Incompleto si el dato no figura o es registrado de forma incorrecta.

- 32. Papanicolaou** ( 0 ) No aplica ( 1 ) Incompleto ( 2 ) Completo  
**33. Colposcopia** ( 0 ) No aplica ( 1 ) Incompleto ( 2 ) Completo  
**34. Hemoglobina < 20sem:** ( 0 ) No aplica ( 1 ) Incompleto ( 2 ) Completo  
**Hemoglobina > 20sem :** ( 0 ) No aplica ( 1 ) Incompleto ( 2 ) Completo  
**35. Grupo y factor** ( 0 ) No aplica ( 1 ) Incompleto ( 2 ) Completo  
**36. VIH** ( 0 ) No aplica ( 1 ) Incompleto ( 2 ) Completo  
**37. Sífilis < 20sem** ( 0 ) No aplica ( 1 ) Incompleto ( 2 ) Completo  
**38. Sífilis > 20sem** ( 0 ) No aplica ( 1 ) Incompleto ( 2 ) Completo  
**39. Bacteriuria** ( 0 ) No aplica ( 1 ) Incompleto ( 2 ) Completo

VI. **Atención Prenatal del Embarazo actual:** Marcar con aspa (X) la opción Completo si el dato se encuentra registrado de forma correcta; o Incompleto si el dato no figura o es registrado de forma incorrecta.

- 40. Edad Gestacional:** ( 0 ) No aplica ( 1 ) Incompleto ( 2 ) Completo  
**41. Peso:** ( 0 ) No aplica ( 1 ) Incompleto ( 2 ) Completo  
**42. Presión Arterial** ( 0 ) No aplica ( 1 ) Incompleto ( 2 ) Completo  
**43. Altura Uterina** ( 0 ) No aplica ( 1 ) Incompleto ( 2 ) Completo  
**44. Presentación** ( 0 ) No aplica ( 1 ) Incompleto ( 2 ) Completo  
**45. Frecuencia Cardíaca Fetal** ( 0 ) No aplica ( 1 ) Incompleto ( 2 ) Completo  
**46. Movimientos Fetales** ( 0 ) No aplica ( 1 ) Incompleto ( 2 ) Completo  
**47. Responsable:** ( 0 ) No aplica ( 1 ) Incompleto ( 2 ) Completo  
**48. Profesión de la persona que realiza el control prenatal:**  
( 1 ) Médico ( 2 ) Obstetra ( 3 ) Otro profesional

**ANEXO 3 : FOTOS**



Foto No 1 : Pacientes puérperas en Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Vítarte



Foto No2 : Puérpera añosa de post cesareada de un día monitorizando su presión arterial cada 20 minutos



Foto No 3 : Dando charla informativa a las puérperas hospitalizadas en el servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital Vitarte



Foto No 4 : Interna de Medicina revisando los carnet de control prenatal para su seguimiento de estudio en su tesis.



Foto No 5 : Personal que labora en el Servicio de Emergencia de Gineco – Obstetricia del Hospital Vitarte



Foto N6 : Sala de dilatación del servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Vitarte