



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**TESIS
CALIDAD DEL REGISTRO DEL CARNET PERINATAL EN EL
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ, 2017**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA**

PRESENTADO POR: PILAR TORRES ZUTA

ASESOR: OBST. LIVIA SEGOVIA CARMEN

**LIMA- PERU
MAYO, 2018**

Dedico a:

Dios que ha sido mi fortaleza y mi luz, a mis padres que me apoyaron constantemente e incondicionalmente y no dejaron de confiar en mí.

Agradezco a:

A mi asesora Carmen Livia, por su apoyo y por su valioso asesoramiento en la realización del presente trabajo.

A mis docentes quienes me formaron académicamente y se preocuparon para que mi desempeño sea el mejor.

Al médico ginecólogo y a las obstetras que laboran en el hospital “Carlos Lanfranco La Hoz”, por la facilidad y el apoyo que me brindó en la recolección de los datos.

RESUMEN

El presente estudio fue planteado con el **objetivo** Determinar la calidad del registro del carnet perinatal en la gestación en el Hospital “Carlos Lanfranco La Hoz” distrito Puente Piedra, 2017.

Material y métodos: El estudio fue de tipo descriptivo, prospectivo y transversal de nivel aplicativo, en el que se revisó 150 carnet perinatales, y se utilizó para su análisis descriptivo frecuencias y porcentajes.

Para poder de determinar la calidad del registro del carnet perinatal se ha realizado a través de 4 dimensiones: datos sociodemográficos y biológicos de la gestante, antecedentes familiares, patológicos y gineco-obstetricos, embarazo actual, exámenes de laboratorio, atención del embarazo actual. **Resultados** De los 150 carnets perinatales revisados por dimensiones, en la dimensión datos sociodemográficos y biológicos de la gestante, se observa que el 56%(84) de los carnets perinatales presentó una buena calidad de registro, 30,7%(46) una calidad de registro regular y solo el 13,3%(20) tuvo una mala calidad de registro en esta área; en la dimensión de los antecedentes familiares, patológicos y gineco-obstetricos se encontró que el 87,3%(131) de los carnets perinatales presentaron un buen registro, mientras que el 7,3% (11) tuvo una calidad de registro regular y solo el 5,4%(8) tuvo una mala calidad de registro en esta área; en la dimensión embarazo actual el 64,7%(97) de los carnets perinatales revisados presentaron una mala calidad en el registro, y el 24,7%(37) se encontró una regular calidad de registro y sólo el 10,7%(16) una calidad de registro buena en esta área; en la dimensión exámenes de laboratorio se encontró que el 66%(99) de los carnets perinatales tuvieron una buena calidad de registro y el 21,3%(19) una mala calidad de registro y 12,7%(32) una regular calidad de registro sobre esta área; en la dimensión atención del embarazo actual se encontró que el 49,3%(74) de los carnets perinatales presento una buena calidad de registro y el 32,7%(49) se encontró una calidad de registro regular y el 18%(27) presento una mala calidad de registro en esta área. **Las conclusiones** a las que se llegó son: De los 150 carnet perinatales revisados el 63,3%(95) tuvo una calidad de registro regular y el 18,7%(27) tuvo una mala calidad de registro y el 18%(28) tuvo una buena calidad de registro.

ABSTRACT

The present study was designed to determine the quality of the perinatal card registry during pregnancy at the "Carlos Lanfranco La Hoz" Hospital Puente Piedra district, 2017.

Material and methods: The study was descriptive, prospective and cross-sectional at the application level, in which a sample of 150 perinatal care cards was reviewed, and descriptive analysis was used for frequencies and percentages. In order to determine the quality of the registration of the perinatal card, it has been carried out through 4 dimensions: sociodemographic and biological data of the pregnant woman, family, pathological and gynecological-obstetric history, current pregnancy, laboratory tests, current pregnancy care.

Results Of the 150 perinatal carnets reviewed in the sociodemographic and biological data dimension of the pregnant woman, it is observed that 56% (84) of the perinatal cards presented a good record quality, 30.7% (46) a regular record quality and only 13.3% (20) had poor registration quality in this area; in the dimension of family, pathological and gynecological-obstetric history it was found that 87.3% (131) of the perinatal cards had a good record, while 7.3% (11) had a quality of regular registration and only 5.4% (8) had poor registration quality in this area; in the current pregnancy dimension, 64.7% (97) of the revised perinatal cards showed poor quality in the registry, and 24.7% (37) found a regular quality of registration and only 10.7% (16) a good record quality in this area; In the dimension of laboratory examinations, it was found that 66% (99) of the perinatal cards had a good registration quality and 21.3% (19) a poor record quality and 12.7% (32) a good quality of registration on this area; in the attention dimension of the current pregnancy it was found that 49.3% (74) of the perinatal cards presented a good record quality and 32.7% (49) found a quality of regular registration and 18% (27) I present a poor registration quality in this area. The conclusions reached are: Of the 150 perinatal cards reviewed, 63.3% (95) had a quality of regular registration and 18.7% (27) had a poor registration quality and 18% (28) had a good record quality.

INDICE

	Pág.
CARATULA	I
PÁGINAS PRELIMINARES	II
RESUMEN	IV
ABSTRACT	VI
	Pág
INTRODUCCIÓN	8
CAPITULO I: PLANEAMIENTO METODOLÓGICO	10
1.1 Descripción de la Realidad Problemática	10
1.2 Delimitación de la Investigación	13
1.3 Formulación del Problema	13
1.3.1 Problema Principal	13
1.3.2 Problemas Secundarios	14
1.4 Objetivos de la Investigación	14
1.4.1 Objetivo General	14
1.4.2 Objetivos Específicos	14
1.5 Hipótesis	14
1.5.1 Hipótesis	14
1.5.2 Identificación y clasificación de variables e Indicadores.	15
1.6 Diseño de la investigación	17
1.6.1 Tipo de la investigación	17
1.6.2 Nivel de la Investigación	17
1.6.3 Método	17
1.7 Población y Muestra	17
1.7.1 Población	17
1.7.2 Muestra	18
1.8 Técnicas e instrumentos	19
1.8.1 Técnicas	19
1.8.2 Instrumentos	19

1.9	Justificación	19
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO		21
2.1	Fundamentos teóricos de la investigación	21
2.1.1	Antecedentes	21
2.1.2	Bases teóricas	24
2.1.3	Definición de términos	33
CAPITULO III : PRESENTACION, INTERPRETACION ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS		35
3.1	Presentación de resultados	35
3.2	Interpretación, análisis y discusión de los resultados	38
CAPITULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		47
4.1	Conclusiones	47
4.2	Recomendaciones	48
FUENTES DE INFORMACIÓN		49
ANEXOS		51
	Matriz de Consistencia	52
	Instrumento de recolección de datos	53
	Juicio de expertos	56
	Autorización Institucional donde se realizó el estudio	59

INTRODUCCION

Desde hace algunos años, la utilización de la Historia Clínica Perinatal y su correspondiente carnet Perinatal, son facilitadores para supervisión del cumplimiento de evaluaciones durante el embarazo, su progreso, la labor de parto y puerperio.

Estos datos registrados sistemáticamente en cada consulta permitirán a los diferentes servicios disponer de la información necesaria para una buena toma de decisiones, y que al llegar a quien atiende el parto haya datos veraces y consistentes para una buena atención y/o derivación respectiva, en caso contrario la falta de datos compromete la calidad de la atención durante el embarazo y parto. El objetivo de la atención prenatal es disminuir la morbimortalidad materno-fetal; sin embargo, he visto que en varias instituciones que hay algunos profesionales que no llenan totalmente el carnet perinatal como gestantes que desconocen la importancia del registro y de las indicaciones que se les dan para llenar su carnet perinatal en cada servicio.¹

En el Hospital “Carlos Lanfranco La Hoz” es revisado el registro del carnet perinatal para reunir la información que se necesita pero se ha evidenciado falta del objetivo e importancia del registro del carnet perinatal para identificar posibles complicaciones en el embarazo y parto; por ello, con el presente estudio se buscó determinar la calidad del registro del carnet perinatal en la gestación en el Hospital “Carlos Lanfranco La Hoz” del distrito Puente Piedra en el año 2017, de tal manera que se pueda obtener datos reales de lo observado, y plantear mejoras destinadas a las gestantes, así como, motivar a la realización de otras investigaciones referentes a la atención perinatal.

El presente estudio ha sido organizado de la siguiente manera:

En primer lugar, se realizó el planeamiento metodológico, examinando la situación problemática sobre el registro del carnet perinatal, tanto a nivel nacional y en otros países, como en el Hospital “Carlos Lanfranco La Hoz”. Se establecieron los objetivos con dimensión en: datos sociodemográficos y biológicos, antecedentes patológicos familiares, personales, y obstétricos de las gestantes datos del embarazo actual exámenes de laboratorio y datos de atención prenatal del embarazo actual; se diseñó el estudio siendo de tipo descriptivo, de corte transversal, con nivel aplicativo, la muestra de estudio abarco 150 carnet de atención prenatal completos e incompletos de gestantes que se atendieron en el hospital.

En segundo lugar, se expuso los fundamentos teóricos que respaldan el estudio como antecedentes y bases teóricas, información necesaria que permitió definir las variables del estudio.

En tercer lugar, se analizaron e interpretaron los resultados de acuerdo a las dimensiones establecidas, siendo contrastados con otros estudios para evaluar las diferencias y semejanzas.

Finalmente, se establecieron las conclusiones de acuerdo a los objetivos del estudio, lo cual permitió emitir recomendaciones que ayuden a mejorar la situación del Hospital “Carlos Lanfranco La Hoz”

CAPITULO I

PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Durante los últimos años a nivel mundial sobre todo en lo que respecta a los países desarrollados el carnet perinatal se encuentra actualizado y concuerda con las exigencias de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S), la cual constantemente está monitoreando. En América Latina y el Caribe, la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal son mayores de lo previsto para la población en riesgo, de lo que se infiere una deficiente calidad de atención de salud y por ello, un déficit de registro del carnet perinatal, ya que algunas mujeres no tienen acceso a los servicios debido a barreras económicas o geográficas, o bien que los servicios de salud no están suficientemente equipados o capacitados para abordar el problema.²

A pesar de que el CPN y el registro del carnet perinatal significa una oportunidad para identificar factores de riesgo, existe cerca del 15% de mujeres embarazadas

que al momento del parto pueden presentar una complicación que ponga en riesgo su vida, por lo cual es esencial que las unidades de salud se encuentren preparadas para brindar cuidados obstétricos de emergencia de calidad.³

En un estudio, en 1990 por Bodan Bravo, Robleto, en la ciudad de Nandaime(Nicaragua) valoraron el llenado completo de la HCPB por parte del médico general y médicos en servicio social 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%. 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.⁴

En 1992, Milton Rocha, realiza estudio del municipio de Cukra Hill acerca del cumplimiento de las normas del control prenatal de embarazos con riesgos obstétricos, el cual se encontró lo siguientes. En los embarazos de bajo riesgo, los datos generales fueron llenado correctamente en el 88% de los casos los antecedentes familiares y personales no se registraron en el 100% de los casos, los datos del embarazo actual no se anotaron correctamente en un 95%, los datos de las consultas subsecuentes de control prenatal se llenaron correctamente en 94%, no se elaboró la curva de incremento de peso y altura uterina en 99% y 97% respectivamente. En los embarazos de alto riesgo los datos generales fueron llenados correctamente en un 79%, antecedentes familiares y personales en 100%. Los obstétricos en 69% y los datos del embarazo actual no fueron llenados correctamente en 96%, no se elaboró la curva del incremento de peso y altura uterina en un 99%. El 100% de las embarazadas fueron controladas por auxiliar de Enfermería se encontró el 37% de captaciones en el primer trimestre del embarazo. Al 81% de los embarazos de bajo riesgos se realizó menos de cuatro controles y el 76% de los embarazos de alto riesgos seis controles o menos no se identificó el riesgo de gestantes y solo fueron referidas el 10% de las ARO. Todo

esto puso de manifiesto que el personal no estaba capacitado adecuadamente sobre las normas del control prenatal y la importancia de identificar el riesgo.³

En 2007 en una IPS pública de Manizales (Colombia) Se realizó un estudio descriptivo como principal objetivo determinar algunos aspectos de la calidad del control prenatal realizado por el profesional de enfermería. Las Conclusiones a las que se llegó es que la implementación de la calidad en el control prenatal es una herramienta útil para disminuir la morbimortalidad 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%.⁴

En otro estudio realizado en Colombia, en el Hospital universitario San Vicente de Paúl, solamente el 15.5% consultan en el primer trimestre, se encontró que la captación de las embarazadas continua siendo tardía, llega a la consulta en el tercer trimestre del embarazo cuando las acciones preventivas no son posibles.³

Es importante conocer si el llenado de la Historia Clínica Perinatal y/o el carnet de atención prenatal se están haciendo de forma adecuada y si se están identificando los factores de riesgo principales.⁵

En un trabajo realizado en 2011 en **Perú**; en el Instituto Nacional Materno Perinatal en Lima en el 2011 con el objetivo de determinar el nivel de calidad de información registrada en el carnet de atención prenatal de las gestantes se encontró que del total de carnets evaluados el 64.7% fueron registrados en un nivel de calidad "BUENO", el 31.3 % con un nivel de calidad "REGULAR" y el 4 % con un nivel de calidad "MALO". (Huayana)⁶

Una de las causas por el cual no está lleno el carnet perinatal, es la inasistencia de las gestantes a sus controles, pero algunas pacientes revelan que uno de los motivos de la inasistencia a sus controles prenatales es la insatisfacción del tal.

En un estudio realizado en Perú en el 2016 en el Instituto Nacional Materno Perinatal se determinó el Nivel de satisfacción sobre la atención prenatal en gestantes atendidas en los consultorios de obstetricia, se encontró que el nivel de satisfacción sobre la atención prenatal de las gestantes en el consultorio de obstetricia es “satisfecha” (86.4%), “medianamente satisfecha” (12%) y “insatisfecha” (1.6%).⁷

Estos problemas no difieren de lo observado en diversos establecimientos de Salud; un ejemplo claro se encuentra en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, donde se ha evidenciado que gestantes que portan el carnet perinatal no los tienen registrados debidamente ya sea por el profesional de salud no lleno el carnet perinatal completamente o las gestantes no sumo importancia y/o no tuvo participación.

1.2 DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

Delimitación Espacial: El estudio se realizó en el hospital Carlos Lanfranco La Hoz de nivel II-2 que se ubica en el distrito de Puente Piedra en el departamento de Lima, en la Av. Sáenz Peña cuadra 6 s/n Puente Piedra, Sáenz Peña s/n.

Delimitación Temporal: Se realizó en el mes de abril del año 2017.

Delimitación Social: Se revisó carnets perinatales de gestantes atendidas en consulta externa del hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es la calidad del registro del carnet perinatal en el hospital Carlos Lanfranco la Hoz en el año 2017?

1.3.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS

¿Cuál es la calidad del registro de datos socio-demográficos y biológicos del carnet perinatal?

¿Cuál es la calidad del registro de los datos de antecedentes patológicos familiares, personales y obstétricos?

¿Cuál la calidad del registro de los datos del embarazo actual?

¿Cuál la calidad del registro de los exámenes de laboratorio?

¿Cuál es la calidad del registro de la atención prenatal del embarazo actual?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la calidad del registro del carnet perinatal en el Hospital “Carlos Lanfranco La Hoz” distrito Puente Piedra, 2017.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la calidad del registro de datos socio-demográficos y biológicos del carnet perinatal.
- Determinar la calidad del registro de los datos de antecedentes patológicos familiares, personales, y obstétricos.
- Determinar la calidad del registro de los datos del embarazo actual.
- Determinar la calidad del registro de los exámenes de laboratorio.
- Determinar la calidad del registro de la atención prenatal del embarazo actual.

1.5 HIPÓTESIS

1.5.1 Hipótesis General

No hay hipótesis general por ser un estudio descriptivo.

1.5.2 Identificación y clasificación de variables e Indicadores.

Variable:

Calidad del registro del carnet perinatal

VARIABLE	ASPECTOS O DIMENSIONES	INDICADORES
	Datos sociodemográficos y biológicos	Nº de historia clínica Nombre y apellido Establecimiento Salud Nº de identidad Dirección Departamento Teléfono Correo electrónico Tipo de seguro Código de afiliación Ocupación Edad Estudios Estado Civil Padre del RN

Calidad del registro del carnet perinatal	Antecedentes Patológicos Personales, Familiares y Gineco-Obstétrico	Antecedentes Familiares Antecedentes Personales # Gestas # Abortos # Partos Eutócico Distócico Nacidos vivos Nacidos muertos Viven Muerto 1ra sem. Después 1ra sem. Fecha gestación anterior. Tipo terminación de ges. Tipo de aborto RN de mayor peso.
	Embarazo Actual	Captada Remetida por agente común. Peso habitual. Talla Fumadora # de dosis Antitetánica Fecha Ultima Regla EG. Por (Ecografía) Fecha Probable Parto Psicoprofilaxis Examen clínico Examen Odontológico Examen de Mamas Examen de Cérvix Examen de Pelvis
	Exámenes de Laboratorio	Grupo y Factor de sangre Sífilis <20sem Sífilis >20sem Hemoglobina < 20sem Hemoglobina >20sem VIH Papanicolaou Ex. De orina Glucosa

	<p style="text-align: center;">Atención prenatal del Embarazo actual</p>	<p>Fecha de la atención Edad Gestacional Peso de la madre Temperatura Presión Arterial Altura Uterina Presentación Frecuencia Cardiaca Fetal Movimientos Fetales Edema Pulso materno Consejería P.F, Sulfato ferroso Perfil biofísico Visita domiciliaria Responsable Curva de altura uterina Curva de ganancia de peso Número de Cpn.</p>
--	---	---

1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 Tipos de Investigación

El estudio será descriptivo, prospectivo y de corte transversal.

1.6.2 Nivel de Investigación

Aplicativo porque se realizará sobre hechos concretos y específicos, de carácter netamente utilitarios.

1.6.3 Método

Cuantitativo porque se vale de los números para examinar datos e información. Con un determinado nivel de error y nivel de confianza.

1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA

1.7.1 Población

Está constituida 244 gestantes que se controlaron en el mes de abril en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el año 2017.

1.7.2 Muestra

Se utilizó la fórmula para estimar proporciones de poblaciones finitas, que es la que se muestra a continuación:

$$n = \frac{N Z^2 pq}{d^2 (N - 1) + Z^2 pq}$$

Número total de la población (N)	244
Nivel de confianza (Z)	1.96
Precisión (d)	0.05
Proporción aproximada con fenómeno (p)	0.50
Proporción aproximada sin fenómeno (q)	0.50

$$\frac{244 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2 \times (244 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$\frac{234.33}{0.60 + 0.96}$$

$$\frac{234.33}{1.56}$$

Tamaño de muestra (n)	150
-----------------------	-----

Por lo tanto, el tamaño de muestra estará conformado por 150 carnets de atención prenatal.

Criterios de selección de la muestra:

- Criterios de Inclusión

Gestantes que realicen sus atenciones en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el servicio de Atención Prenatal.

Gestantes que porten su tarjeta de atención prenatal.

Gestantes que tengan 6 o más atenciones prenatales

- Criterios de exclusión

Gestantes que no realicen sus atenciones en el Hospital.

Gestantes que no que no porten su tarjeta de atención.

Gestantes que no tengan 6 o más atenciones.

1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

1.8.1 TÉCNICAS

La recolección de información será realizada por 1 persona, de los 150 carnets perinatales registrados en el 2017 en el servicio de Consulta Externa de Gineco-obstetricia en el hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Se verificarán los criterios de inclusión y exclusión. Se convocará a una charla y se les pedirá el carnet perinatal a las gestantes.

1.8.2 INSTRUMENTOS

Se utilizará una ficha de recolección ad hoc que consta de 5 aspectos o dimensiones que son:

El primero: Datos sociodemográficos y biológicos que está constituido por 15 ítems.

El segundo: Antecedentes patológicos personales, familiares y gineceo – obstétricos que está constituido por 16 ítems.

El tercero: Embarazo actual que está constituido por 15 ítems.

El cuarto: Exámenes de laboratorio que está constituido por 9 ítems.

El quinto: Atención prenatal del embarazo actual que está constituido por 18 ítems.

Se considerará que el registro de la información ha sido realizado con calidad cuando se registre el puntaje obtenido, de la suma total del cumplimiento de cada aspecto.

Para ello se ha establecido una puntuación para cada ítem:

- Un punto, si el registro del ítem es correctamente.
- Cero puntos, si el registro del ítem es incorrecto o está incompleto.

1.9 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Es de interés para el personal de salud que participa en el proceso de atención en Salud, conocer la calidad del registro del Carnet de atención prenatal en las gestantes que se atienden en Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de la localidad

de Puente Piedra en la ciudad de Lima, con el fin de mejorar el registro, para que al estar en manos del personal de salud tenga conocimiento con anticipación y pueda tomar las medidas que permitan prevenir o controlar posibles complicaciones de la gestación.

1.9.1 Importancia de la investigación

El carnet perinatal es una herramienta importante para el seguimiento de la gestación, detectar el grado de riesgo obstétrico, permite conocer las características socio epidemiológicas de la población de mujeres embarazadas atendidas, prevenir posibles complicaciones de la gestante e informa con anticipación al personal de salud para que tome las medidas que permitan evitar y controlar las morbilidades propias de este periodo. Es importante iniciar y seguir con las atenciones prenatales, mínimo 6, para alcanzar las condiciones apropiadas y tener gestantes preparadas para el momento del parto y el puerperio.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACION

2.1.1 Antecedentes de la investigación

Zeron C, Sánchez J, 2015, Nicaragua; es un trabajo que se realizó en el Hospital Primario Ambrosi Mogorron, tiene como objetivo evaluar la calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal en el primer semestre del años 2015. **Material y métodos.** Estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. El universo fue 1064 embarazadas activas en el sistema de salud. La muestra correspondió a 69 historia clínicas perinatales, se realizó un muestreo probabilístico, aleatorio sistemático. **Los Resultados** más llamativos están bajo cumplimiento de 13 actividades registradas en la HCP con apenas un 23 %. Entre otros registros de bajo porcentaje están la curva de incremento de peso 49%, la

curva de altura uterina 45%, la consejería de lactancia materna 54%, la preparación del parto 35%.⁵

Hernández R, Romero M J, Rosales C, 2015, Managua; Es un trabajo que se realizó en el Hospital Bertha Calderón Roque en el I Semestre 2012 y 2013 en Managua, Nicaragua. **Objetivo:** Evaluar cumplimiento del llenado de las Hojas de la Historia Clínica Perinatal de las pacientes atendidas.

Material y Métodos: El presente estudio es descriptivo y de corte transversal. El universo y la muestra lo constituye 10, 093 mujeres embarazadas registradas en el Sistema Informático Perinatal, en el periodo de estudio (5,134 en el primer trimestre del 2012 y 4,959 en el primer semestre del 2013).

Resultados: Durante el 1er trimestre de 2012 de 5134 HCP de 8 variables 3 clasifican con un buen llenado, 2 regular y 3 malas, donde la variable más llenada en este periodo fue datos del puerperio con 98.2 % y la menos llenada fue gestación actual 42,6 % para el primer semestre de 2013 de 4959 HCP de las 8 variables 3 clasifican como buenas, regular y 1 malas, donde la variable más llenada fue igualmente puerperio con 98.6 % y la menos llenada fue igualmente gestación actual con 68.7 %⁶⁷.

Bra. Aminta Gaitán Pacheco, 2015, Nicaragua; En su trabajo realizado en Nicaragua con el **Objetivo:** Evaluar el registro de la Historia Clínica Perinatal en el primer control de las gestantes usuarias de la empresa Médica previsional.

Material y Métodos: Es descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. Se obtuvo una muestra de 155 historias clínicas perinatales, analizando la información con el programa estadístico Spss v 22, obteniendo tablas y gráficos de frecuencias y porcentajes.

Resultados: Del estudio se revisaron 16 criterios de varios segmentos de la Historia Clínica Perinatal con datos completos de un 56.25 % y una ausencia de 47.75 % con datos incompletos⁸

Huayana Q. Y, Huallanca P, 2011, Perú; en su trabajo realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal en Lima en el 2011 con el objetivo de determinar el nivel de calidad de información registrada en el carnet de atención 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-obstétrico; 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 registrados 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 de la atención 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 atención prenatal de las gestantes hospitalizadas en el INMP tuvo un registro “BUENO”.⁶

Gutiérrez R, 2015, Perú; en su trabajo realizado en el año 2015 con el **objetivo** de determinar el nivel de calidad de información registrada en el carnet de atención prenatal en púerperas hospitalizadas en el Hospital Vitarte en Lima. **Material y métodos:** 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 de la atención 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.⁴

2.1.2 BASES TEÓRICAS

CONTROL PRENATAL

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.

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).

CONCEPTO: 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.

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.

- ✓ 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 morbilidad 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. 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.

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..."

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.

HISTORIA CLINICA PERINATAL

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.

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.

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. 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.⁴

CARNET PERINATAL

El carnet perinatal (CP) del CLAP/SMR es un instrumento que permite integrar las acciones que el equipo de salud realiza durante el embarazo, parto. Puerperio. Corresponde a la contrapartida de HCP que queda en manos de la mujer embarazada.

Debe estar siempre en poder de la embarazada, quien lo utilizara para toda acción médica que solicite en su estado grávido-puerperal.

Con el carnet perinatal se asegura que los datos de mayor importancia sean:

- Relativos a la atención prenatal (al ser registrados sistemáticamente en cada consulta) lleguen a manos de quien atiende posteriormente a la embarazada, ya sea en otro consultorio externo o en el lugar de la internación.
- Vinculados a una internación durante el embarazo durante el embarazo, parto y postparto, sean conocidos por quien tiene a su cargo el control del puerperio.
- Para el seguimiento del recién nacido, lleguen a conocerse por quien tiene a su cargo el control del niño.

Llenado de datos

- No debe dejar ningún casillero en blanco, excepto en los casos que no tenga dicha información.
- En los casos que el dato sea negativo o sea cero siempre debe marcarlo, ya que el personal que ingresa los datos de la HCPB al SIP, al observar el casillero en blanco no llenará dicho dato al momento de digitar la historia.

1) Sección: identificación

Establecimiento: el lugar donde se realiza la atención prenatal de la gestante.

Nombre y apellido: colocar el nombre y apellidos (paterno y materno) de la mujer.

Número de historia clínica: el mismo número de la historia clínica perinatal de la gestante.

Cita de control: corresponde al día, mes y año de la cita de control posterior.

Domicilio y localidad: se refiere a la residencia habitual de la mujer. Anotar la calle, el número y la localidad.

Teléfono (teléf.) anotar el teléfono del domicilio habitual. Si no tuviera, se anotará un número de teléfono alternativo que permita la comunicación del establecimiento con la familia.

Edad: (años) al momento de la primera consulta preguntar: ¿cuántos años cumplidos tiene? Anotar la respuesta en los dos espacios disponibles. Si es menor de 15 años o mayor de 35, marcar también el casillero amarillo.

Estudios: se refiere a estudios cursados en el sistema formal de educación.

Estado civil: registrar el estado civil según corresponda: casada, unión estable, soltera, otro. También se registrará si vive sola o no.

Lugar de la atención prenatal: cuando se trate de mujeres que se encontraban asistiendo a atención prenatal se anotará el código asignado por las autoridades nacionales de salud al lugar donde se realizó la atención prenatal.

Lugar del parto/aborto: anotar el código asignado por las autoridades de salud al establecimiento en el que se efectuó la asistencia del aborto. Si la atención prenatal y el aborto se realizaron en el mismo establecimiento, entonces el código se repite en ambas variables.

Número de identidad: (nº identidad) corresponde al número de identificación de la mujer (por ejemplo, número de historia clínica o número de documento de identidad).

2) Sección: Antecedentes familiares, personales y obstétricos

Estos datos se obtienen al momento de la primera consulta. Si la mujer es hospitalizada (por trabajo de parto, por aborto o enfermedad) en un establecimiento diferente al lugar de la atención prenatal, los datos de esta sección

podrán obtenerse del carnet perinatal o por interrogatorio directo al momento del ingreso.

Antecedentes familiares: se refieren a los antecedentes de la pareja, padres o hermanos.

Antecedentes personales: se refieren a los antecedentes propios de la mujer. Notar que la lista incluye las patologías mencionadas en los antecedentes familiares más otros 5 antecedentes.

a) Antecedentes obstétricos

Gestas previas: se refiere al número de gestaciones previas, sin incluir el embarazo actual. Colocar 00 si es el primer embarazo.

Partos / vaginales – cesáreas: se refiere al número de partos. Si corresponde se anotará el número de partos y de ellos preguntar: abortos se define como aborto a la expulsión del producto de la gestación antes de las 22 semanas o con un peso menor a 500 gramos.

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.

Embarazo ectópico: (emb. Ectópico) se anotará el número correspondiente a los antecedentes de embarazo producidos fuera del útero.

Nacidos muertos: según se clasificará un recién nacido como muerto si no evidencia signos de vida luego de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre independientemente de la duración del embarazo.

Viven: se refiere al número de hijos que están vivos al momento de la consulta.

Muertos 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

Fin embarazo anterior: anotar día, mes y año de finalización del embarazo inmediatamente anterior al actual, ya sea que se trate de un parto o un aborto.

3) Sección: gestación actual

En esta sección se registran todos los datos relacionados con el embarazo actual.

Peso anterior: se refiere al peso habitual de la mujer antes del embarazo actual.

Preguntar:

Talla (cm): este dato requiere ser medido directamente al momento de la primera visita de atención.

Fecha de última menstruación: este dato es esencial para calcular la edad gestacional y la fecha probable de parto. Muchas decisiones clínicas están basadas en la edad gestacional y por ello es crítico obtener un dato confiable.

Fecha probable de parto: para estimar la FPP se recomienda utilizar el gestograma. El día, mes y año en que se cumplirán las 40 semanas de gestación.

Antitetánica: marcar 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.

Antirrubéola: 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.

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.

Estilos de vida: el estado de fumadora activa, fumadora pasiva, el consumo de drogas, alcohol y las situaciones de violencia pueden cambiar a lo largo del embarazo, por esa razón la hcp sugiere indagar estos datos al menos una vez cada trimestre preguntando: desde su última visita,

Examen clínico normal: marcar si cuando el resultado del examen sea normal y no cuando se detecte alguna anomalía, la que hay que describir.

Examen de mamas normal: marcar si cuando el resultado del examen sea normal y no cuando se detecte alguna anormalidad, la que hay que describir.

Examen odontológico normal: marcar si cuando el resultado del examen sea normal y no cuando se detecte alguna anormalidad.

Papanicolaou normal: En caso de habersele 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.

VIH solicitado: se brindará consejería y obtén el consentimiento informado para la toma la de prueba rápida de VIH para la intervención y tratamiento oportuna en transmisión vertical.

Cérvix normal: Marcar si con x, o no de acuerdo al examen vaginal realizado usualmente en la captación y que se aprovecha para la toma de PAP.

VDRL / RPR (reagina plasmática rápida): antes de las 20 semanas y después de las 20 semanas, Marcar con x el resultado de la prueba en la prueba de bafer de atención asignado; negativo (-) es no reactor y positivo (+) si es reactor, anotando la fecha del resultado.

Hemoglobina: Es de las 20 semanas y 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. Como con frecuencia lo que se determina es el valor del hematocrito.

Ego (examen general de orina): Antes de las 20 semanas y después de las 20 semanas, marcar con x el resultado de la prueba en el cuadrado asignado; negativo (-) no refleja infección urinaria y positivo (+) traduce infección urinaria, anotando la fecha del resultado.

Fe / folatos indicados y proporcionados: Se marca si cuando son indicados / proporcionados en cuatro visitas durante la gestación, se marca no si al momento del parto se constata que no fueron indicados / proporcionados.

4) Sección Atención perinatal

Cada consulta durante el embarazo; dispone de 9 columnas que corresponden cada uno a una consulta. Si se realizaran más de 9 consultas, adjuntar otro

formulario de la HCPB repitiendo solamente el nombre de la embarazada, el código del establecimiento y el número de identidad de la embarazada.

Edad gestacional: Las semanas cumplidas desde el primer día de la última menstruación hasta la fecha de la actual consulta. Marcar con una x el triángulo amarillo de la esquina derecha inferior, cuando sea una captación tardía o la edad gestacional se desconoce por FUM.

Peso: 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. Se recomienda pesar sin zapatos y con lo mínimo de ropa posible o una bata de examen. Calibrar la pesa al menos cada semana. Cuando el peso anterior es desconocido, estimarlo utilizando la tabla de peso materno para la talla, según edad gestacional diseñada por el CLAP. Marcar con una x el triángulo amarillo de la esquina derecha inferior, cuando los valores encontrados.

Tensión arterial máx. /mín. (mmhg): La tensión máxima y mínima expresada en mm hg, valorada con la técnica adecuada, reposo por 20 minutos antes de la toma.

Altura uterina: Medir la altura uterina en centímetros desde el borde superior de la sínfisis pubiana al fondo del útero.

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.

Frecuencia cardíaca fetal: Consignar la frecuencia cardíaca fetal en latidos por minuto a partir de las 20 semanas de gestación.

Movimiento fetal: Consignar los movimientos fetales a partir de las 18 semanas de gestación.¹

2.3 DEFINICIÓN DE TERMINOS:

Calidad: Provisión de servicios accesibles y equitativos en un nivel profesional óptico te tenga en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.

Calidad de registro 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.⁴

CAPITULO III

PRESENTACION, INTERPRETACION ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

3.1 PRESENTACION DE RESULTADOS

- **Datos socio demográfico y biológico de las pacientes.** Se clasificaron de acuerdo a una puntuación preestablecida y siguiendo el siguiente esquema:

1: Un punto. Se registra la casilla completamente.

0: Cero puntos. La casilla no se registró.

Se realizó la sumatoria obteniéndose un total de 15 puntos y se establecieron los siguientes rangos.

Datos socio demográficos y biológicos.	Puntaje asignado
Malo	≤ 7
Regular	8 -11
Bueno	12-15

- Antecedentes patológicos, familiares y gineco-obstetricos. Se clasificaron de acuerdo a una puntuación preestablecida y siguiendo el siguiente esquema:

1: Un punto. Se registra la casilla completamente.

0: Cero puntos. La casilla no se registró.

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

Antecedentes patológicos personales familiares y gineco-obstetricos.	Puntaje asignado
Malo	≤ 8
Regular	9-12
Bueno	13-16

- Embarazo actual. Se clasificaron de acuerdo a una puntuación preestablecida y siguiendo el siguiente esquema:

1: Un punto. Se registra la casilla completamente.

0: Cero puntos. La casilla no se registró.

Se realizó la sumatoria obteniéndose un total de 15 puntos y se establecieron los siguientes rangos.

Embarazo actual	Puntaje asignado
Malo	≤ 8
Regular	9-12
Bueno	13-15

- Exámenes de laboratorio. Se clasificaron de acuerdo a una puntuación preestablecida y siguiendo el siguiente esquema:

1: Un punto. Se registra la casilla completamente.

0: Cero puntos. La casilla no se registró.

Se realizó la sumatoria obteniéndose un total de 9 puntos y se establecieron los siguientes rangos.

Exámenes de laboratorio	Puntaje asignado
Malo	≤4
Regular	5-6
Bueno	7-9

- Atención del embarazo actual. Se clasificaron de acuerdo a una puntuación preestablecida y siguiendo el siguiente esquema:

1: Un punto. Se registra la casilla completamente.

0: Cero puntos. La casilla no se registró.

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

Atención del embarazo actual	Puntaje asignado
Malo	≤ 9
Regular	10-13
Bueno	14-18

Calidad de registro de la información del carnet perinatal:

La suma total de ítems validos en el carnet de la atención 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 carnet perinatal malo: si el profesional de salud registro correctamente < o igual 50 % de los ítems válidos.

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

Calidad del registro del carnet perinatal bueno: si el profesional de salud registro correctamente >76% de los ítems válidos.

Para evaluar la calidad del registro del carnet perinatal “se obtendrá 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 lo mismo.²

Calidad del registro del carnet perinatal	Puntaje asignado
Calidad del registro del carnet perinatal malo.	≤37
Calidad del registro del carnet perinatal regular.	38-56
Calidad del registro del carnet perinatal bueno.	57-74

Validación del instrumento: Se dio a través del juicio de expertos, con la colaboración de 3 profesionales, los cuales coincidieron en que todas las preguntas propuestas son favorables para el desarrollo de la investigación.

Al realizar la prueba binomial mediante la calificación emitida por los expertos, se obtuvo como resultado la evidencia estadísticamente significativa para afirmar que hay concordancia favorable respecto a la validez del instrumento ($p=0.031$).

Análisis de los datos: Los datos fueron ingresados a una base de datos que fue elaborada en el programa SPSS, para su análisis y procesamiento. Para el análisis descriptivo se utilizaron frecuencias y porcentajes.

3.2 INTERPRETACION, ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

ANALISIS DESCRIPTIVO, TABLAS DE FRECUENCIA, GRAFICOS.

Antes se identificó la calidad del registro del carnet perinatal en la gestación en el hospital “Carlos Lanfranco La Hoz”, en tablas y gráficos; seguidamente se presentará en gráficos de barras, la calidad del registro del carnet perinatal.

TABLA 1

**CALIDAD DE REGISTRO DE LOS DATOS
SOCIODEMOGRÁFICOS Y BIOLÓGICOS
DE LA GESTANTE**

	N	%
MALA	20	13,3
REGULAR	46	30,7
BUENA	84	56,0
Total	150	100,0

Fuente: Ficha de Recolección de datos

En la Tabla 1 se observa que 56% del carnet perinatal presentó una buena calidad de registro de los datos sociodemográficos y biológicos de la gestante, 30,7% una calidad de registro regular y 13,3% una mala calidad de registro en esta área.

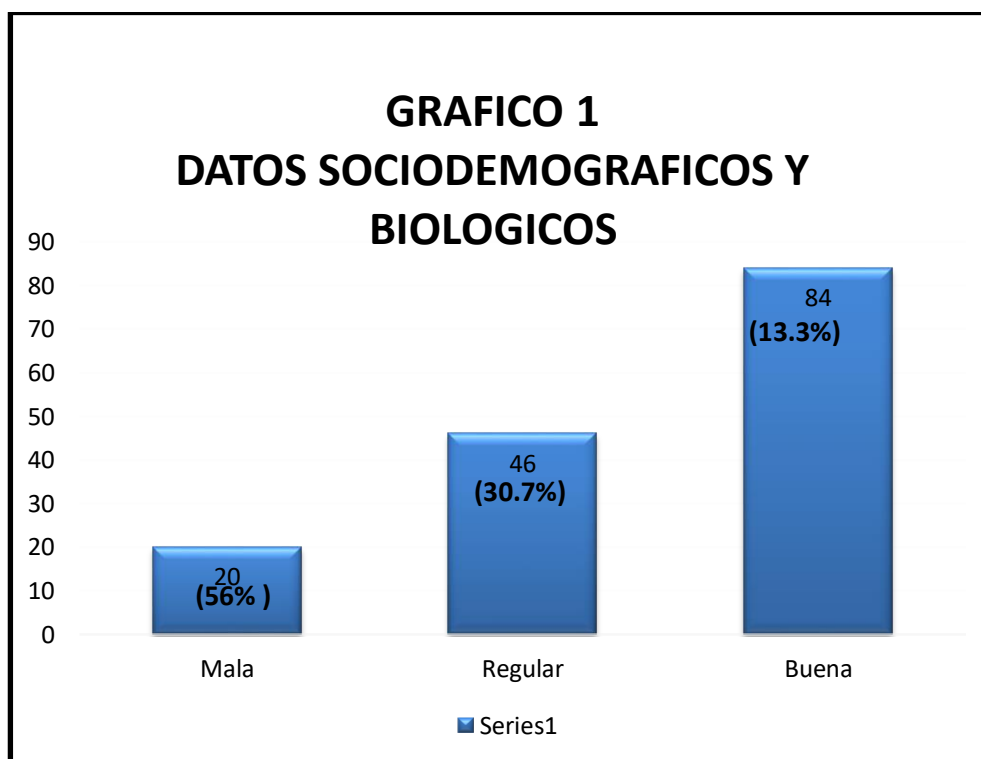


TABLA 2

CALIDAD DE REGISTRO DE LOS ANTECEDENTES FAMILIARES, PATOLÓGICOS Y GINECO-OBSTÉTRICOS

	N	%
Mala	8	5,4
Regular	11	7,3
Buena	131	87,3
Total	150	100,0

Fuente: Ficha de Recolección de datos

En la tabla 2 se muestra que 87,3% de los carnets perinatales presentaron un buen registro de los antecedentes familiares, patológicos y Gineco-obstétricos, mientras que 7,3% y 5,4% presentaron una regular y mala calidad de registro en esta área, respectivamente.



TABLA 3

CALIDAD DE REGISTRO DEL EMBARAZO ACTUAL

	N	%
Mala	16	64,7
Regular	37	24,7
Buena	97	10,7
Total	150	100,0

Fuente: Ficha de Recolección de datos

En la tabla 3 se observa que 64,7% de los carnets perinatales presentaron una mala calidad en el registro sobre el embarazo actual, 24,7% una regular calidad de registro y sólo 10,7% una calidad de registro buena en esta área.

GRÁFICO 3

CALIDAD DE REGISTRO DEL EMBARAZO ACTUAL

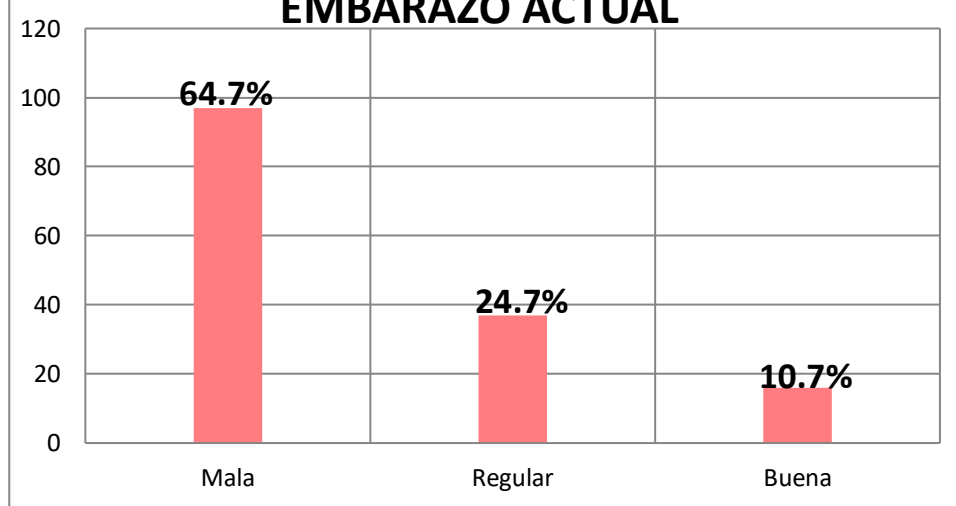


TABLA 4

CALIDAD DE REGISTRO DE LOS EXAMENES DE LABORATORIO

	N	%
Mala	32	21,3
Regular	19	12,7
Buena	99	66,0
Total	150	100,0

Fuente: Ficha de Recolección de datos

La tabla 4 muestra que 66% de los carnets perinatales tuvieron una buena calidad de registro de los exámenes de laboratorio, 21,3% una mala calidad de registro y 12,7% una regular calidad de registro sobre esta área.

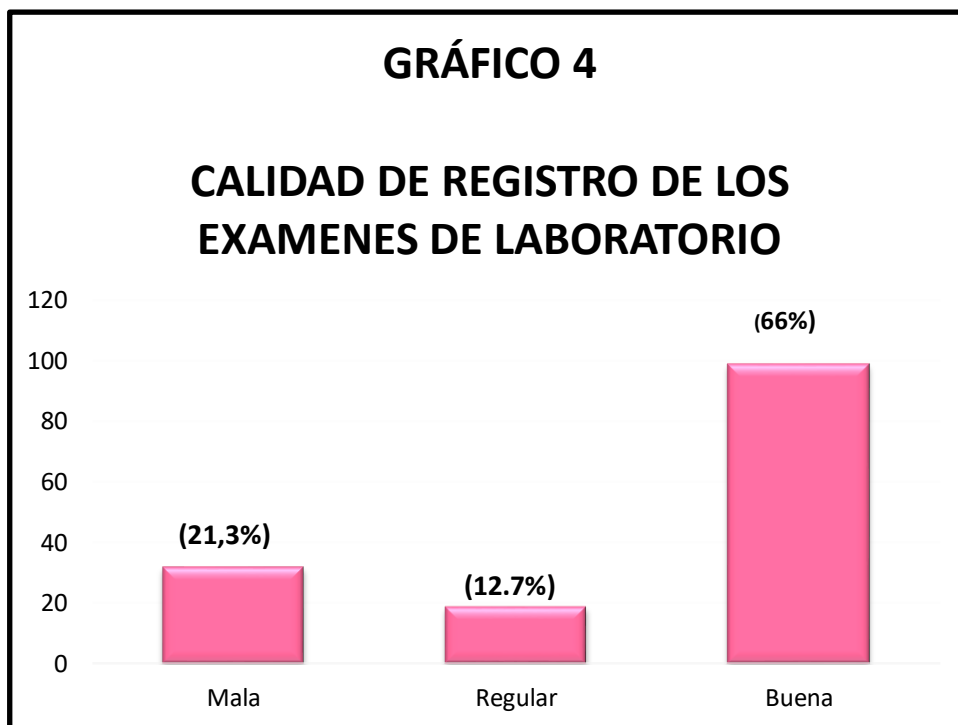


TABLA 5

**CALIDAD DE REGISTRO DEL ATENCION
DEL EMBARAZO ACTUAL**

	N	%
Mala	27	18,0
Regular	49	32,7
Buena	74	49,3
Total	150	100,0

Fuente: Ficha de Recolección de datos

En la Tabla 5 se observa que 49,3% de los carnets perinatales presento una buena calidad de registro en la atención del embarazo actual; además, 32,7% y 18% presentaron una regular y mala calidad de registro en esta área, respectivamente.

GRÁFICO 5

**CALIDAD DE REGISTRO DEL ATENCION
DEL EMBARAZO ACTUAL**

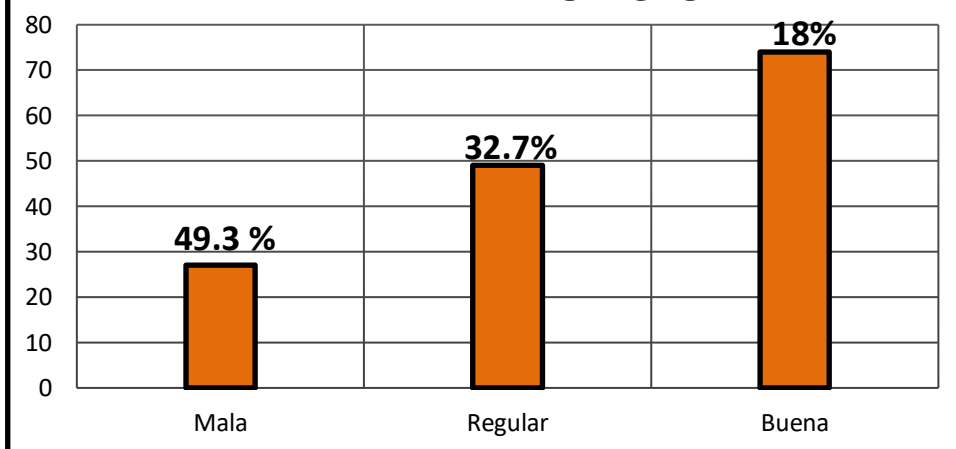


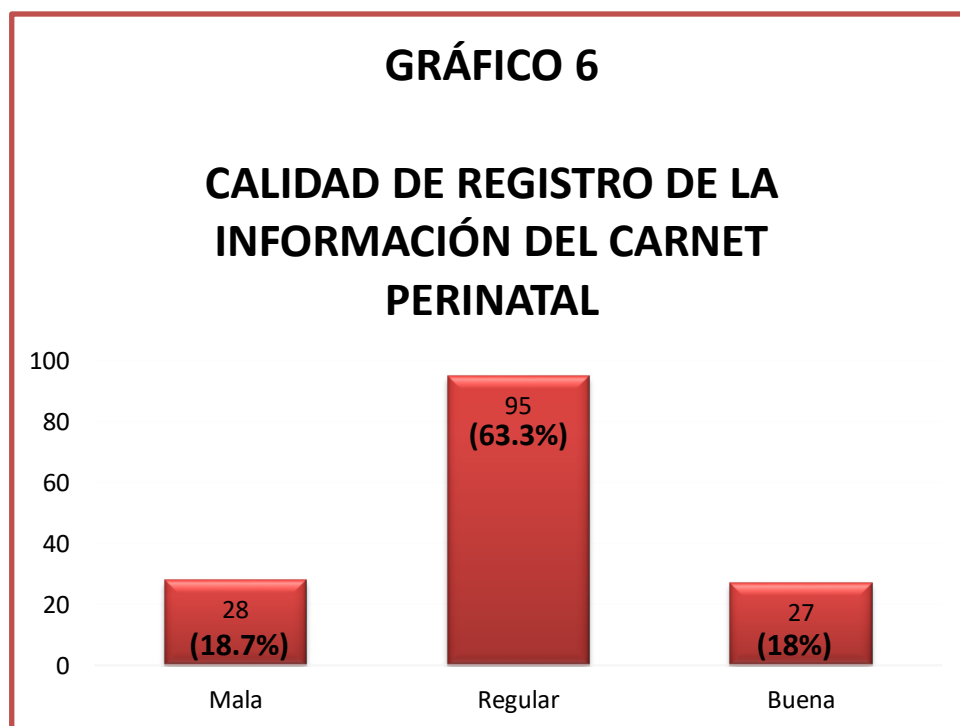
TABLA 6

**CALIDAD DE REGISTRO DE LA
INFORMACIÓN DEL CARNET PERINATAL**

	N	%
Mala	28	18,7
Regular	95	63,3
Buena	27	18,0
Total	150	100,0

Fuente: Ficha de Recolección de datos

La tabla 6 muestra que 63,3% tuvo una calidad de registro regular de la información total de los carnets perinatales, así mismo sólo 18,7% y 18% tuvieron una mala y buena calidad de registro de la información total, respectivamente.



DISCUSIÓN

En la sección de datos sociodemográficos y biológicos se observa que en todos los estudios similares y en este trabajo se obtienen un BUEN registro. En este estudio con un 56%, **Hernández, Romero, Rosales**⁷ logra una clasificación BUENA con un 91.1%, **Sánchez, Zeron**⁵ cumplió un registro superior al 80%, **Gaitán**⁸ donde el mayor porcentaje de calidad de registro fue debido al correcto llenado en este sector y **Gutiérrez**⁴ con 51.9%.

En la sección de antecedentes patológicos familiares, personales y gineco-obstetricos **Hernández, Romero y Rosales**⁷ en su estudio obtuvieron un registro BUENO con un 85.5% y en el 2013 un 92.2%, al igual **Gaitán**⁸ obtuvo un buen llenado y **Zeron y Sánchez**⁵ un registro al 100%. En este estudio también se encontró un registro BUENO con un 87.3% a diferencia del estudio por **Gutiérrez**⁴ donde obtuvo un registro REGULAR con un 98.4%.

En la mayoría de los estudios se encuentra un déficit en el registro del sector del Embarazo actual. En el estudio descrito por **Hernández, Romero y Rosales**⁷ se alcanzó los peores resultados del llenado, calidad MALO con un 42.6% en el I semestre del 2012, aunque mejoro sustantivamente en el 2013 con un 68.7% semejante a **Zeron y Sánchez**⁵ donde se ve que la sección que más debilidades tiene es en los exámenes del laboratorio y Gestación actual donde casi la mitad de los datos del embarazo actual no se encuentran registrados. Los datos son similares a lo encontrado en el presente estudio donde se obtuvo un déficit en la categoría MALA con un 64.7%, a diferencia de **Gutiérrez**⁴ donde sus resultados fueron un registro BUENO con 59.4 %.

En este estudio respecto a los exámenes de laboratorio se encontró un 66% con un registro BUENO, mientras que en el estudio por **Gutiérrez**⁴ se encontró un registro REGULAR con 59.4%, y **Zeron y Sánchez**⁵ la mayoría no se encuentran registrados como se mencionó anteriormente.

De la atención del Embarazo actual, en este estudio se encontraron un registro BUENO con un 49.3%, asimismo en el estudio de **Gutiérrez**⁴ su llenado fue al 100% estos resultados son similares a los encontrados por **Zeron y Sánchez**⁵, pero esto difiere a los resultados descritos por **Gaitán**⁸ donde se encuentra un registro REGULAR.

En un estudio descrito por **Hernández, Romero y Rosales**⁷ el total de registro de Historias Clínicas Perinatales en el I semestre del **2012** a nivel global fue BUENA en más de 60 % de los casos y en el mismo periodo del **2013**, mejoro a más del 70%, esto es semejante a **Gaitán**⁸ que en general también obtuvo un registro CORRECTO en un 56.25 %. De los estudios Nacionales, **Huayana y Huallanca**⁶ también obtuvieron una calidad de registro BUENO en el carnet de atención prenatal con un 64.7%, al igual que **Gutiérrez**⁴ encontró un registro de calidad BUENO con un 83.4 %. A diferencia de los resultados obtenidos en mi estudio donde se obtuvo una calidad de registro REGULAR con un 63.3 % y en otro estudio internacional por **Sánchez y Zeron**⁵ se encontró un déficit en la mayoría de los casos pues la calidad del llenado fue MALA.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

1- Se consigna 150 carnet perinatales revisados, se encontró que el 63,3% tuvo una calidad de registro regular, y el 18,7% tuvo una mala calidad de registro y 18% tuvo una buena calidad de registro.

2- Los carnets perinatales en los ítems de datos sociodemográficos y biológicos tenemos que 56% del carnet perinatal presentó una buena calidad de registro de los datos sociodemográficos y biológicos de la gestante, 30,7% una calidad de registro regular y 13,3% una mala calidad de registro en esta área.

3- Los carnets perinatales en antecedentes patológicos personales, familiares y gineco-obstetricos tenemos que 87.3% de los carnets perinatales presentaron una buena calidad en el registro sobre el embarazo actual, 7.3 % una regular calidad de registro y sólo 5.4% una mala calidad de registro en esta área.

4- Los carnets perinatales en datos de embarazo actual tenemos que 64,7% de los carnets perinatales presentaron una mala calidad en el registro sobre el

embarazo actual, 24,7% una regular calidad de registro y sólo 10,7% una buena calidad de registro.

5- Los carnets perinatales en registro de exámenes de laboratorio tenemos que 66% de los carnets perinatales tuvieron una buena calidad de registro de los exámenes de laboratorio, 21,3% una mala calidad de registro y 12,7% una regular calidad de registro sobre esta área.

6- Los carnets perinatales en el registro de la atención del embarazo actual que 49,3% de los carnets perinatales presento una buena calidad de registro en la atención del embarazo actual; además, 32,7% y 18% presentaron una regular y mala calidad de registro en esta área, respectivamente.

4.2 RECOMENDACIONES

1- Se recomienda al servicio de Gineco-obstetricia evaluaciones periódicas del registro del Carnet de Atención Prenatal, sabiendo que en los últimos años ha habido actualizaciones.

2- Se sugiere a los responsables de la Atención Prenatal del CPN poner énfasis y registrar de manera completa todos los datos en el sector de datos del embarazo actual, sin descuidar los demás sectores; ya que es en este, donde el registro tiene un déficit encontrándose en la categoría mala 64.7 % y este valor pesa en la calidad total del registro, en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

3- Se recomienda que a partir de este estudio se realicen otros estudios para conocer ¿Por qué no registran el carnet de Atención Prenatal de manera completa? ¿Desconocen la importancia? ¿Por la cantidad de pacientes?

**FUENTES DE INFORMACION
DE ACUERDO A LA NORMA VANCOUVER**

1. Fescina RH, De Mucio B, Martínez G, Díaz Rossello JL, Mainero L, Rubino M. Sistema informático perinatal (SIP): historia clínica perinatal: instrucciones de llenado y definición de términos. Montevideo 2011. Disponible en: http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-sifilis&alias=224-sistema-informatico-perinatal-sip-historia-clinica-perinatal-instrucciones-de-llenado-5&Itemid=219&lang=es
2. Castaño KL. Calidad de atención en la atención prenatal: Opinión de las usuarias [tesis para lograr el grado de título de enfermera] Bogotá, Colombia. Pontificia Universidad Javeriana; 2009.
3. Medal M, Rojas R. Mejía A, Calidad del llenado de la hoja de Control Prenatal de pacientes remitidas de atención primaria ingresadas en la sala de Alto Riesgo Obstétrico [sitio en internet]. Consultado: 13 de mayo del 2016. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos66/evaluacion-calidad-historias-clinicas/evaluacion-calidad-historias-clinicas.shtml>
4. Gutiérrez R. Estudio de calidad de información registrada en el carnet de atención prenatal en puérperas hospitalizadas. [tesis para lograr el título profesional de médico cirujano]. Lima, Perú. Universidad Ricardo Palma; 2015.
5. Zeron C, Sánchez J. Calidad del llenado de la Historia Clínica Perinatal en el Hospital Primario Ambrosi Mogorron de San José de Bocay [Tesis para lograr el título de Médico Cirujano]. Managua, Nicaragua. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. 2015.
6. Huayana Q. Ivonet, LLancachahua T. Paola Calidad de información Registrada en el carnet de atención 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) pág. 1-3 OBS 178.

7. Hernández R, Romero M J, Rosales C, Cumplimiento del llenado de las Hojas de la Historia Clínica Perinatal de las pacientes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque en el I Semestre 2012 y 2013. [tesis para lograr el título profesional de Médico Cirujano] Managua, Nicaragua. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2015.
8. Pacheco Aminta, Evaluar el registro de la Historia Clínica Perinatal en el primer control de las gestantes usuarias de la empresa Medica previsional en la consulta externa del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes, primer semestre del 2015. [monografía para optar al título de Médico y Cirujano] Managua, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2015.

ANEXOS

Anexo N°1: Matriz de consistencia

TITULO DE PROYECTO: Calidad del registro del carnet perinatal en el hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el 2017

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización			Método
			Variable	Indicadores		
¿Cuál es la calidad del registro del carnet perinatal en el hospital Carlos Lanfranco la hoz en el 2017?	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la calidad del registro de datos socio-demográficos y biológicos del carnet perinatal. • Determinar la calidad del registro de los datos de antecedentes patológicos familiares, personales, y obstétricos. • Determinar la calidad del registro de los datos del embarazo actual. • Determinar la calidad del registro de los exámenes de laboratorio. • Determinar la calidad del registro de la atención prenatal del embarazo actual. 	No hay hipótesis general por ser un estudio descriptivo.	Calidad del registro del carnet perinatal	Nº de historia clínica Nombre y apellido Establecimiento Salud Nº de identidad Dirección Departamento Teléfono Correo electrónico	Tipo de seguro Código de afiliación Ocupación Edad Estudios Estado Civil Padre del Rn	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN TIPO DE INVESTIGACIÓN Descriptivo, prospectivo de corte transversal. NIVEL DE INVESTIGACIÓN Aplicativo. MÉTODO Cuantitativo porque se vale de los números para examinar datos e información. Con un determinado nivel de error y nivel de confianza. DISEÑO MUESTRAL Población Está constituida 244 gestantes que se controlaron en el mes de abril en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en el año 2017. Muestra El tipo de muestreo fue probabilístico de tipo aleatorio simple. El tamaño de muestra estará conformado por 150 carnet de atención prenatal
				Antecedentes Familiares Antecedentes Personales # Gestas # Abortos # Partos Eutócico Distócico Nacidos vivos	Nacidos muertos Viven Muerto 1ra sem. Después 1ra sem. Fecha gestación anterior. Tipo terminación de ges. Tipo de aborto RN de mayor peso.	
				Captada Remetida por agente común. Peso habitual. Talla Fumadora # de dosis Antitetánica Fecha Ultima Regla EG. Por (Ecografía)	Fecha Probable Parto Hospitalización Emergencia Psicoprofilaxis Examen clínico Examen Odontológico Examen de Mamas Examen de Cérvix Examen de Pelvis	
				Grupo y Factor de sangre Sífilis <20sem Sífilis >20sem Hemoglobina < 20sem	Hemoglobina >20sem VIH Papanicolaou Ex. De orina Glucosa	
				Fecha de la atención Edad Gestacional Peso de la madre Temperatura Presión Arterial Altura Uterina Presentación Frecuencia Cardiaca Fetal Movimientos Fetales Edema	pulso materno consejería P.F Sulfato ferroso Perfil biofísico Visita domiciliaria Responsable Curva de altura uterina Curva de ganancia de peso Número de atenciones	

ANEXO N°2: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Instrumento de recolección de datos

La presente investigación tiene como finalidad evaluar la calidad del registro de información del carnet de la atención prenatal en pacientes atendidas en el HCLLH durante el año 2017.

N^a HC:

N^a

I. Datos sociodemográficos y biológicos: Marcar con aspa (X) la opción completa si el dato se encuentra registrada de forma correcta, o incompleto si el dato no figura o es registrados de forma incorrecta.

- | | | |
|---------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. N° de historia clínica | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 2. Nombre y apellido | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 3. Establecimiento Salud | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 4. N° de identidad | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 5. Dirección | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 6. Departamento | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 7. Teléfono | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 8. Correo electrónico | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 9. Tipo de seguro | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 10. Código de afiliación | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 11. Ocupación | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 12. Edad | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 13. Estudios | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 14. Estado Civil | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 15. Padre del RN. | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |

II. Antecedentes Patológicos Personales, Familiares y Gineco-Obstétrico: Marcar con aspa (X) la opción completa si el dato se encuentra registrado de forma correcta, o incompleto si el dato no figura o es registrados de forma incorrecta.

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| 16. Antecedentes Familiares | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 17. Antecedentes Personales | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 18. # Gestas | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 19. # Abortos | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 20. # Partos | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 21. Eutócico | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 22. Distócico | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 23. Nacidos vivos | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 24. Nacidos muertos | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 25. Viven | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 26. Muerto 1ra sem. | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 27. Después 1ra sem. | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 28. Fecha gestación anterior. | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 29. Tipo terminación de ges. | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 30. Tipo de aborto | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 31. RN de mayor peso. | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |

III. Embarazo Actual: Marcar con aspa (X) la opción completa si el dato se encuentra registrado de forma correcta, o incompleto si el dato no figura o es registrados de forma incorrecta.

- | | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| 32. Captada | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 33. Remetida por agente común. | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 34. Peso habitual. | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 35. Talla | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 36. Fumadora | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 37. # de dosis Antitetánica | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 38. Fecha Ultima Regla | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 39. EG. Por (Ecografía) | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 40. Fecha Probable Parto | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 41. Psicoprofilaxis | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 42. Examen clínico | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 43. Examen Odontológico | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 44. Examen de Mamas | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 45. Examen de Cérvix | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 46. Examen de Pelvis | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |

VI. Exámenes de Laboratorio: Marcar con aspa (X) la opción completa si el dato se encuentra registrado de forma correcta, o incompleto si el dato no figura o es registrados de forma incorrecta.

- | | | |
|------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| 47. Grupo y Factor de sangre | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 48. Sífilis <20sem | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 49. Sífilis >20sem | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 50. Hemoglobina < 20sem | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 51. Hemoglobina >20sem | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 52. VIH | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 53. Papanicolaou | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 54. Ex. De orina | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 55. Glucosa | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |

V. Atención Perinatal del Embarazo actual: Marcar con aspa (X) la opción completa si el dato se encuentra registrado de forma correcta, o incompleto si el dato no figura o es registrados de forma incorrecta.

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| 56. Fecha de la atención | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 57. Edad Gestacional | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 58. Peso de la madre | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 59. Temperatura | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 60. Presión Arterial | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 61. Altura Uterina | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 62. Presentación | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 63. Frecuencia Cardiaca Fetal | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 64. Movimientos Fetales | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 65. Edema | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 66. Pulso materno | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 67. Consejería P.F, | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 68. Sulfato ferroso | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 69. Perfil biofísico | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 70. Visita domiciliaria | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 71. Responsable | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 72. Curva de altura uterina | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 73. Curva de ganancia de peso | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |
| 74. Número de atenciones prenatales | <input type="checkbox"/> Incompleto | <input type="checkbox"/> Completo |

