

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**ANALISIS Y EVALUACION DEL USO DE LA HISTORIA
CLINICA PERINATAL**

Análisis y evaluación del uso de la Historia Clínica Perinatal, en el Departamento de Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Aldea de San Felipe, municipio de Antigua Guatemala, del Departamento de Sacatepéquez, desde el inicio del sistema Informático Perinatal

TESIS

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala

**POR
PABLO WERNER RAMÍREZ HERNANDEZ**

En el acto de investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Julio de 2001

TITULO

ANALISIS Y EVALUACION DEL USO DE LA HISTORIA CLINICA PERINATAL

SUB TITULO

Análisis y evaluación del uso de la Historia Clínica Perinatal, en el Departamento de Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Aldea de San Felipe, municipio de Antigua Guatemala, del Departamento de Sacatepequez, desde el inicio del sistema informático Perinatal.

INDICE

	Pagina
I Introducción	1
II Definición del Problema	2
III Justificación	3
IV Objetivos	4
V Marco Teórico	5
VI Material y Métodos	13
VII Presentación de Resultados y Graficas	16
VIII Análisis y Discusión de Resultados	31
IX Conclusiones	33
X Recomendaciones	34
XI Resumen	36
XII Bibliografía	37
XIII Anexos	39

I INTRODUCCION

En nuestro país los factores de riesgo que se identifican en el embarazo constituyen una de las causas de morbi-mortalidad, en todos los grupos étnicos especialmente en el grupo indígena. Además las complicaciones perinatales representan un problema frecuente en cualquier institución hospitalaria.

La identificación de los factores de riesgo nos permite determinar entre la población quienes tendrán mayor posibilidad de padecer determinadas enfermedades o complicaciones, por lo que se creo un instrumento en el cual se anote la mínima información pero esencial como lo es la Historia Clínica Perinatal-Base, esta es la encargada de informar el contenido que corresponda al embarazo, parto, puerperio y al recién nacido. Cuenta con un sistema de advertencia sobre factores que aumenta el riesgo perinatal, su ulterior análisis nos lleva a la planificación de la atención del embarazo, parto, puerperio y recién nacidos.

Por tal motivo, se realizó el estudio descriptivo - retrolectivo en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala, tomando como unidad de análisis las Historias Clínicas Perinatales-Base que se encuentran en el sistema informático perinatal del departamento de Obstetricia, con el fin de realizar un análisis de la información y poder determinar el tipo de uso que tienen en la institución.

Al analizar la información obtenida del sistema informático perinatal, existe una diferencia notable en el llenado, habiendo grupos de variables afectados que pueden producir cambios en la evolución del embarazo, por lo cual un control prenatal adecuado es de importancia, pero en los resultados el seguimiento del embarazo es deficiente, aunque de esta manera la existencia de complicaciones perinatales en el Departamento de Obstetricia son bajas.

II DEFINICION DEL PROBLEMA

La Historia Clínica Perinatal - Base (HCPB) uniformiza la documentación que corresponde al embarazo, parto, puerperio, y al recién nacido en el período neonatal inmediato; el orden de la obtención de los datos permite que se realice en un corto tiempo y se agilice su análisis, esta historia presenta los datos mínimos pero indispensables para la planificación de la atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido.

El objeto de la historia Clínica Perinatal - Base (HCPB) es determinar los factores de riesgo a lo que se considera la posibilidad que posee una persona de padecer un daño en la evolución del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, como lo es la edad de la paciente, paridad, escolaridad, pobreza, etc.. Y sobre la base de estos datos se considerará al paciente de bajo riesgo o alto riesgo.

No se ha analizado la información recabada de la Historia Clínica Perinatal - Base, en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, para razonar su uso y poder decir que pacientes son de bajo o alto riesgo y poder aplicar protocolos de atención disminuyendo de este modo la mortalidad perinatal. Este estudio tiene como finalidad de analizar los datos de la Historia Clínica Perinatal - Base; para proponer protocolos de atención en el departamento de Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt..

III JUSTIFICACION

Anualmente ocurren 7.3 millones de muertes infantiles a nivel mundial, de las cuales 300,000 suceden en países desarrollados y el restante ocurre en países Tercermundistas, y se estima que el 98% de las muertes perinatales ocurren en el período comprendido entre las 22 semanas de embarazo hasta el séptimo día de nacido, siendo el promedio del 57 por mil nacidos vivos.

La muerte perinatal en Guatemala se basa en estimaciones, la tasa de mortalidad perinatal es del 45 por mil nacidos vivos (OMS), existe poca información sobre las causas y factores que se asocian a la mortalidad perinatal, en poblaciones indígenas, los mayores contribuyentes a la muerte neonatal son el parto prematuro, presentación fetal anormal, trabajo de parto prolongado, atención del parto (la mayoría por comadronas), igual que las características sociales, culturales y económicas.

Conociendo las causas de los problemas perinatales, el CLAP ha orientado su programa en la búsqueda de soluciones que modifiquen la situación y tiene como propósito mejorar la salud materno infantil con énfasis en el área perinatal y materna. Por lo que crearon el sistema Informático Perinatal el que consta de la Historia Clínica Perinatal -Base y Carnet Perinatal.

Desde que se inició el uso de la Historia Clínica Perinatal - Base, es un aliado de los médicos, la Historia Clínica Perinatal - Base, dirige a la identificación de los factores de riesgo, determinando importantes complicaciones médicas (prolongar la estancia hospitalaria, aumento de costo por paciente y aumentando la mortalidad perinatal). El empleo de protocolos es necesario para llevar a un feliz término el embarazo y el parto.

En el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt se utiliza la Historia Clínica Perinatal desde 1994, no se realiza el análisis de los datos de la Historia Clínica Perinatal - Base, para la aplicación de protocolos de atención, según las necesidades de cada paciente; de ahí la importancia del presente trabajo.

IV OBJETIVOS

General:

Efectuar el análisis de los datos de la Historia Clínica Perinatal - Base, para describir los problemas de mayor riesgo y sugerir soluciones.

Específicos:

- 1- Determinar la proporción de Historias Clínicas Perinatales - Base correctamente llenadas.
- 2- Determinar la asociación de factores de riesgo con complicaciones perinatales.
- 3- Determinar la aplicación de protocolos para la atención del paciente considerado de alto riesgo.

V MARCO TEORICO

A. HISTORIA CLINICA PERINATAL BASE

Es un instrumento de uso sencillo y de bajo costo, el cual cumple con la finalidad de reunir en una sola hoja, la información mínima indispensable para un adecuado control prenatal como:

1. Datos de identificación
2. Antecedentes
 - a. Personales
 - b. Patológicos
 - c. Obstétricos
3. Evolución del embarazo
4. Atención del Parto
5. Atención del Recién Nacido
6. Anticoncepción postevento
7. Control del Puerperio

La historia Clínica Perinatal base (HCPB) deberá uniformizar el contenido de la documentación correspondiente al embarazo, parto, puerperio y el recién nacido en el período neonatal inmediato. Su diagramación general y el instructivo para su llenado deberá facilitar que los datos considerados de importancia sean sistemáticos y uniformemente recabados y registrados en el momento oportuno. El ordenamiento de los datos deberá permitir su recolección realizándolo en un tiempo breve y agilizar su ulterior análisis, ya sea por quién los recogió como también por aquél que no habiéndolo hecho, necesita información incluida en la historia. Esta situación se presenta, por ejemplo, toda vez que el parto no se realiza en la misma institución en donde se efectúa el control prenatal. Lo mismo ocurre cuando el control postparto y pediátrico se realiza fuera de la institución. **(2, 4 - 6, 10)**

En las Figuras 2 y 3 (anexos) se muestra el modelo de la HCPB que junto con el Partograma el CLAP recomienda para todos los casos, Estos dos formularios son suficientes para el bajo riesgo perinatal, que comprende a la mayoría de la población. La HCPB 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 para el miembro del equipo de salud. Una ayuda para el cumplimiento de las normas y para la auditoria. Cuenta además con un sistema de advertencia sobre algunos factores que pueden elevar el riesgo perinatal. Los casilleros correspondientes a las respuestas que sugieren riesgo, están destacados en color amarillo. Este color significa ALERTA. **(1, 5,7, 10)**

El reverso de la HCPB contiene listas abreviadas para la codificación de las patologías más frecuentes del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido. También se ha concluido una lista para la codificación de las indicaciones principales del parto operatorio o de la inducción y una lista de mediación efectuada en el parto.

Carnet Perinatal (CP) (Figuras 4 y 5). El Carnet perinatal es un instrumento de enlace entre los diferentes períodos de atención del embarazo y se requiere que siempre esté en poder de la embarazada, quien lo debe utilizar para que el personal del equipo de salud registre los datos obtenidos de cualquier revisión clínica o para clínica. **(2, 5)**

Es un instrumento que permite integrar las acciones que el equipo de salud realiza durante el embarazo, parto y puerperio. Tiende a evitar la falta de datos que se puede producir en algún momento de estas etapas del proceso reproductivo y con ello contribuye a mejorar la calidad de la atención. Debe estar siempre en poder de la embarazada quien lo utilizará para toda acción médica que solicite en su estado grávido - puerperal. **(2, 4, 10)**

Con el carnet perinatal se asegura:

- 1) Que los datos fundamentales relativos al control prenatal, al ser registrados sistemáticamente en cada consulta, lleguen a manos de quien atiende posteriormente a la embarazada, sea en otro consultorio externo o en el lugar de internación.
- 2) Que los datos de más relevancia de la internación durante el embarazo, parto y postparto sean conocidos por quien tiene a su cargo el control del puerperio.
- 3) Que los datos más importantes para el seguimiento del recién nacido lleguen a conocerse por quien tiene a su cargo el control del niño.

B. PROCESAMIENTOS DE LOS DATOS DE LA HISTORIA CLINICA PERINATAL.

El CLAP ha desarrollado un programa para computadoras personales que permite descentralizar el procesamiento realizándolo en el mismo lugar donde se presta la atención. De esta manera, el personal de salud cuenta con información en el momento en que se la requiere para facilitar la evaluación de la asistencia y para la toma de decisiones. **(2, 10)**

El procesamiento de los datos tiene como resultados una serie de documentos que constituyen un resumen de la actividad de la institución en un período dado de tiempo (estadística básica) o son elementos de investigación más específica (por ejemplo, riesgo relativo, descripción de variables, etc.). **(10)**

El archivo de historias queda en la propia institución, en medio magnético (disquetes o disco), además de los formularios originales. El centro de asistencia emite sus informes periódicos haciendo uso de la computadora y de los programas. Si un centro de cómputo central o regional requiere la información de los partos atendidos, el centro asistencial entregará duplicados de los disquetes que contienen sus historias ya ingresadas y corregidas. El centro de cómputo regional también opera con el SIP que permite consolidar disquetes en un archivo en disco. **(2, 5,10)**

Existe también la posibilidad de procesar los datos de la HCPB fuera del lugar donde se asisten los partos. Esta situación puede darse en aquellos casos en que no sea posible contar con una computadora o que el volumen de casos mensuales no justifique su adquisición.

En estos casos, se debe enviar una copia del formulario de la HCPB desde el lugar donde se realiza la asistencia perinatal a un local de mayor jerarquía que procesa los datos. La copia a enviar es idéntica a la copia que queda en el lugar de atención perinatal y puede obtenerse mediante el uso de papel carbónico, o con papel de calco directo. **(2, 5 - 7)**

Las características salientes del sistema desarrollado puede resumirse en los siguientes puntos.

- a. El procesamiento local de los datos con estos programas fortalece la capacidad de autoevaluación asistencial perinatal mediante el análisis de datos en la propia institución asistencia.
- b. Hace tomar conciencia al personal de la importancia de una documentación completa de las acciones y observaciones de salud.
- c. Proporciona a los entes asistenciales perinatales una herramienta ágil y de fácil manejo para la investigación.

Para implementar las actividades de normatización del control prenatal dirigido a las embarazadas de bajo riesgo es necesario un instrumento que permita identificarlas. Este objetivo se logra al constatar la presencia o ausencia de factores de riesgo. **(5, 10)**

La evaluación del riesgo no es una tarea sencilla. El concepto de riesgo es fundamentalmente probabilístico y la cadena que asocia un factor de riesgo con daño no siempre está definida. En algunos, por ejem.: el daño muerte fetal, deriva claramente de un factor, pero en otros, la relación es mucho más difícil de establecer por desconocimiento del factor o factores intervinientes o por la dificultad en establecer el peso individual de cada uno de ellos, cuando el problema es multifactorial. **(10)**

Los primeros sistemas de evaluación de riesgo fueron elaborados en base a la observación y la experiencia de sus autores, y solo recientemente han sido sometida a evaluaciones, persistiendo aún dudas sobre la calidad como discriminador.

Los sistemas basados en puntaje adolecen aún la exactitud del valor asignado a cada factor y a las asociaciones de ellos y hay grandes variaciones de acuerdo a su aplicación a individuos o poblaciones. Debería elaborarse en cada lugar, luego de conocer el real peso que tienen localmente los factores.

El empleo de métodos como el de la aplicación del listado que como ejemplo se muestra a continuación, permite separar a las embarazadas en dos grupos.

Algunas características cuya presencia en la embarazada la califican de **alto riesgo** y la excluyen del control prenatal de **bajo riesgo**. **(3 - 4, 6, 9)**

Entre los factores que aumentan el riesgo perinatal se citan únicamente aquellos cuyo control requiere actividades no contempladas en esta propuesta y que necesitan acciones de mayor complejidad (norma de alto riesgo) (cuadro 1 anexos)

Cada norma, dependiendo de las características locales deberá tener en cuenta los factores mencionados, así como todos aquellos que se estimen de relevancia local.

C. NIVELES DE ATENCION EN EL CONTROL PRENATAL.

La gestación en la mujer conlleva cierto riesgo, tanto para ella como para el producto de la concepción.

Las causas de riesgo obstétrico-perinatal son variadas, dependiendo de factores biológicos, culturales, sociológicos, ecológicos, psicológicos, epidemiológicos, patológicos, demográficos, económicos, etcétera.

Los recursos limitados de los países latinoamericanos impiden lograr una cobertura completa de la población de embarazadas al más alto nivel tecnológico. Resulta perentorio, entonces, identificar el grupo de mayor riesgo con el fin de orientar los recursos y la tecnología apropiada para atender adecuadamente a este grupo. El 25% de las embarazadas concentra el 75% del riesgo obstétrico - perinatólogo. **(6, 8 - 9)**

Para lograr identificar a este grupo es necesario que la cobertura del programa de control prenatal a nivel cobertura o básico sea la mayor posible. En este nivel, empleando instrumentación diagnóstica adecuada que puede ser muy simple y económica (anamnesis, pesa, huincha de medir, estetoscopio de Pinard, manómetro de presión arterial, hematócrito, albuminuria, etc.) y que puede ser manejada por personal no especializado del equipo de salud (auxiliar entrenada, comadrona, enfermera, médico general), se pueden detectar los casos de riesgos para ser enviados al nivel de atención prenatal secundario, en donde un médico especialista, con los recursos tecnológicos apropiados (amnioscopia estriol urinario, ecografía, registro electrónico, etc.) puede obtener un diagnóstico y proponer una conducta. Posteriormente la paciente puede volver al nivel de atención primario a continuar su control prenatal, puede permanecer en control en el consultorio especializado o puede pasar a un nivel terciario (hospitalización) para obtener una mayor precisión diagnóstica (funcionamiento de la unidad feto-placentaria, edad-gestacional, etc.), recibir algún tipo de tratamiento o la interrupción de la gestación. **(1, 4, 6)**

Del concepto de *riesgo obstétrico perinatal y niveles de atención* se deriva la conceptualización de *regionalización y centralización obstétrico perinatal*. Así, un programa de control prenatal bien concebido dispone que varios o muchos centros de atención primaria viertan sus pacientes a un centro de atención secundaria y a un centro de hospitalización, con la tecnología adecuada para el diagnóstico y tratamiento prenatal, la atención monitorizada del parto y, muy especialmente, una unidad de atención neonatal con los recursos tecnológicos y de personal suficientes. **(7, 10)**

a. Nivel de atención prenatal primario

Puede estar representado por el área rural, el consultorio rural y el consultorio urbano, donde auxiliares, enfermeras, comadronas, médicos generales y en ocasiones médicos especialistas, según el nivel del consultorio, realizan la atención prenatal básica, orientando su labor a la pesquisa y referencia oportuna de la patología materno fetal y a las indicaciones higiénico-profilácticas que requiere el control prenatal.

El profesional que realiza la atención primaria de la embarazada debe conocer el listado de los factores de riesgo materno perinatales, de tal manera que, al detectar la presencia de uno o más de ellos, proceda a la derivación oportuna de la madre al nivel superior de atención. **(9, 10)**

b. Nivel de atención prenatal secundario

Lo constituyen, en nuestro medio, los llamados consultorios de "patologías" (hipertensión, diabetes, cardiopatías, etc.) o consultorios de "alto riesgo perinatal", que deben ser atendidos por un especialista capacitado. Estos consultorios, en el Servicio Nacional de Salud, se encuentran generalmente ubicados en los hospitales regionales y en los hospitales base de las áreas de salud, aunque no necesariamente deben tener esta ubicación.

Este nivel de atención secundaria confirma el diagnóstico sugerido en el primer nivel, pudiendo devolver al primer nivel los casos en que no se confirme patología y los de riesgo menor, proseguir el control ambulatorio de las pacientes con patología y decidir el momento de la hospitalización según pautas específicas. **(8 - 10)**

c. Nivel de atención prenatal terciario

Este nivel corresponde a un centro de hospitalización que reúna las condiciones apropiadas para poder evaluar adecuadamente la condición fetal, atender el parto con el máximo de seguridad para la madre y el feto (monitorización) y disponer de una unidad de neonatología apropiada para el tratamiento de recién nacidos de alto riesgo, en conexión con un centro pediátrico que permita el seguimiento posterior del niño. **(9)**

Después del parto, las madres deben ser referidas al consultorio de nivel primario o secundario, según el tipo de programa, para prestarle atención referente al cuidado de su hijo y planificación familiar.

Las metas en materia de salud se ha fijado la de ampliar la cobertura de servicios de atención prenatal conservando o en casos necesarios elevando la calidad de los mismos.

La capacitación a todos los responsables del Programa de Salud Reproductiva de todo el país, en el uso y manejo del Sistema Informático Perinatal, así como, de sus instrumentos de seguimiento, control del embarazo, parto y puerperio y detección de riesgo obstétrico, desarrollado por el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP). **(3 - 4)**

El sistema está conformado por dos documentos de registro y control de la información perinatal, los cuales además garantizar el control de la evolución del embarazo, a través de un sistema de alertas visuales, le permite al personal de salud, el reconocer oportunamente los factores de riesgo existentes en cada paciente, para que pueda establecer el diagnóstico temprano de cualquier alteración que pueda desencadenar alguna complicación durante el embarazo, tanto para la madre como para su hijo. **(3 - 5)**

Este sistema cuenta con una gran ventaja, puesto que posee una herramienta de análisis automático, diseñado para operar desde una computadora personal, lo cual permite que el personal de salud realice un análisis de su información y pueda contar con estadísticas regionales de primera mano.

Este sistema, diseñado por el CLAP, específicamente para poder capturar y analizar la información registrada en la HCPB, para el uso de este no se requiere de una capacitación especial, cada área del mismo, esta diseñada para brindar al usuario, todas las facilidades a través de una serie de herramientas sencillas. **(4 - 5, 10)**

Las características de este sistema pueden resumirse en los siguientes puntos:

- i. Fortalecer la capacidad de autoevaluación del sistema de atención prenatal, mediante el análisis de los datos de la propia jurisdicción sanitaria, hospital o unidad de atención.
- ii. Concientiza al personal a través de la retroalimentación sobre la importancia de un adecuado registro de la información obtenida a través del control prenatal.
- iii. Proporciona a los integrantes del equipo de salud información ágil y de fácil manejo para la investigación.
- iv. Permite incrementar los lazos de cooperación entre los diferentes niveles de atención prenatal, de parto y postparto.

Con el desarrollo del Sistema Informático Perinatal el CLAP responde a una necesidad de unificación en la recolección de datos de atención perinatal en América Latina y en el análisis de la información como base para la planificación. **(2, 5, 11)**

d. Metas específicas:

- a. Fortalecer la capacidad de autoevaluación asistencial mediante el análisis de datos en la propia institución de asistencia.
- b. Hacer tomar conciencia al personal de la importancia de una documentación completa de las acciones y observaciones de salud.
- c. Proporcionar a las instituciones una herramienta de investigación y auditoría ágil y de fácil manejo.

- d. Incrementar los lazos de cooperación entre el CLAP y las instituciones de salud de América Latina y el Caribe.

La Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) y el Carnet Perinatal son llenados por el personal de salud como parte de su tarea asistencial. Una vez terminada la atención, el personal del propio equipo de salud ingresa los datos a la computadora y en cualquier momento opera los programas del **SIP** para obtener estadísticas acerca de la población autoevaluación y de investigación completamente autónoma. **(5, 11)**

VI MATERIAL Y METODOS

A. Tipo de estudio:

Descriptivo - Retrolectivo

B. Objeto de Estudio:

Historia Clínica Perinatal-Base desde el inicio del Programa, del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.

C. Unidad de análisis:

Historia Clínica Perinatal - Base

D Variable de Estudio

Ver cuadro de variables

E. Recolección de Datos:

Se efectuará un análisis de los resultados en función de la Base de Datos

F. Recursos:

Humanos:

- 1- Personal de Biblioteca
- 2- Secretaria del Departamento de Obstetricia
- 3- Operador del Sistema Informático Perinatal

Materiales:

- 1- Historias Clínicas Perinatales -Base ingresadas en la base de datos del Departamento de Ginecología y Obstetricia.

- 2- Material de oficina.
- 3- Computadora.
- 4- Impresora
- 5- Sistema Informático Perinatal.

Económicas:

1-	Transporte	Q.	360.00
2-	Fotocopias	Q.	225.00
3-	Impresión de Tesis	Q.	<u>1,000.00</u>
		Q.	1,825.00

CUADRO DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA
Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) llenador	Es un documento que recolecta datos indispensables sobre el embarazo, parto, puerperio y recién nacido con las casillas marcadas. En la Historia Clínica Perinatal-Base	Documento que se utiliza en los servicios de control prenatal, emergencia y de labor y parto	Nominal	SI/NO
Factores de Riesgo	Es la posibilidad que posee una persona de padecer un daño	Factores de Riesgo encontrados en la Historia Clínica Perinatal-Base	Nominal	Cardiopatía-HTA- Diabetes - Sensibilización RH - Embarazo Múltiple - Eclampsia - Preeclampsia - Amenaza de Parto Prematuro - Hemorragia 1er. Trimestre - Ruptura prematura de membranas
Control Prenatal	Serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud	Número de visitas hacia el servicio de control prenatal	Numerica	0-2, 3-5 y 6-9
Complicación Perinatal	Patología que se presente entre la semana 22 de embarazo hasta el día 7 de vida del recién nacido	Existencia o ausencia de patologías durante el periodo perinatal	Nominal	SI/NO
Protocolo de Atención	Serie ordenada de medidas terapéuticas adecuadas a un tipo de complicación perinatal	Existencia o ausencia de medidas terapéuticas adecuadas	Nominal	SI/NO

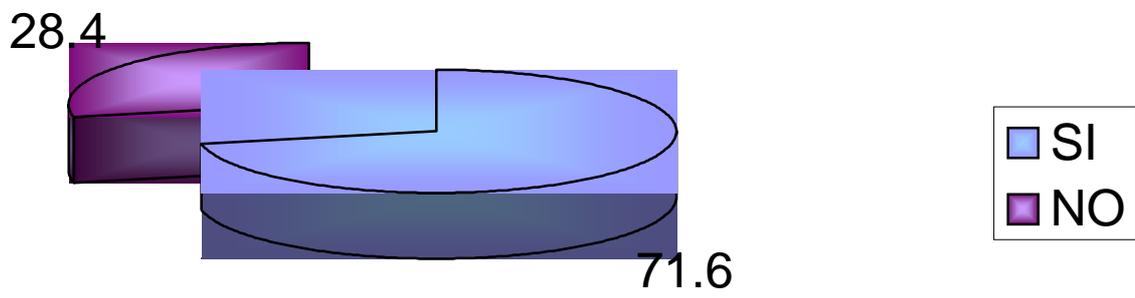
VII PRESENTACION DE RESULTADOS Y GRAFICAS

CUADRO No. I
LLENADO DE LA HCP-BASE

LLENADO	NUMERO	PORCENTAJE
SI	2148	71.6%
NO	852	28.4%
TOTAL	3000	100%

Se tomaron 3000 unidades de análisis, las que se encuentran distribuidas de la siguiente manera: 2148 Llenadas totalmente y 852 no llenadas totalmente, que equivalen a un 71.6% y 28.4% respectivamente. Con lo que se demuestra una diferencia considerable sobre el llenado de la HCP-BASE.

GRAFICA No. I LLENADO DE LA HCP-BASE



FUENTE => CLAP-OPS/OMS SISTEMA INFORMATICO PERINATAL

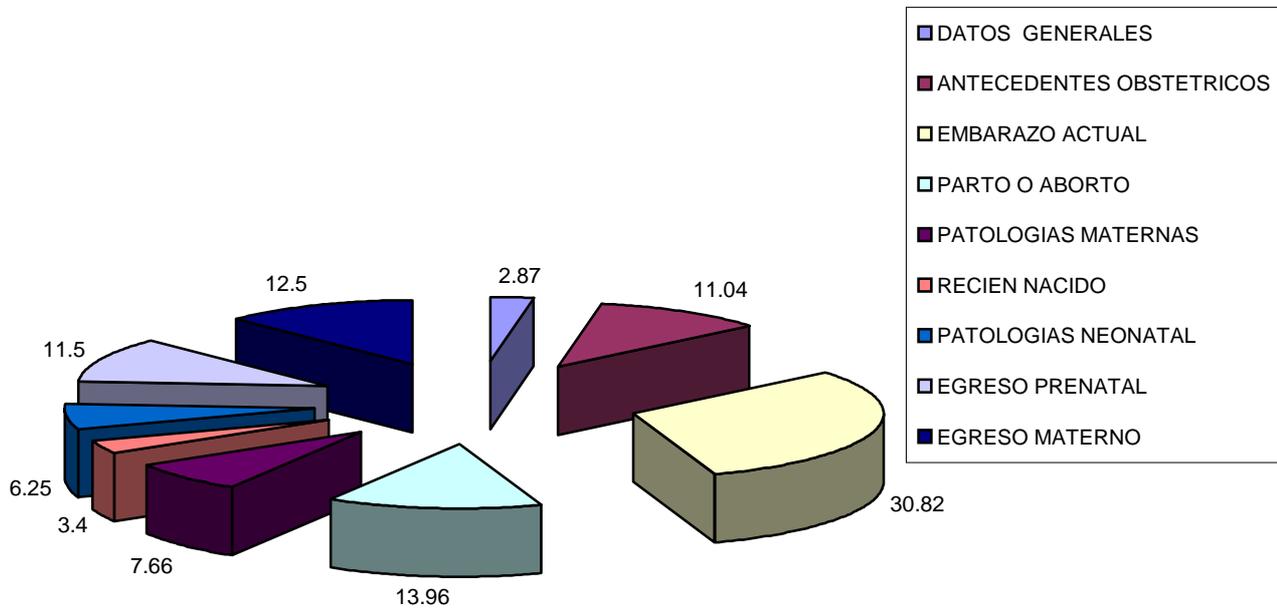
CUADRO II

FALTA DE INFORMACION POR GRUPO DE VARIABLE DEL CLAP

GRUPO DE VARIABLES	NUMERO	PORCENTAJE
Embarazo actual	925	30.82
Parto o Aborto	419	13.96
Egreso Materno	375	12.5
Egreso Prenatal	345	11.5
Antecedentes Obstétricos	331	11.04
Patologías Maternas	230	7.66
Patologías Neonatales	187	6.25
Recién Nacidos	102	3.4
Datos Generales	86	2.87
TOTAL	3000	100

La HCP-BASE cuenta con nueve grupos de variables, según la falta de información los grupos se encuentran de la siguiente manera: Embarazo actual con el 30.82% (925 HCP-BASE); Parto o Aborto con el 13.96% (419 HCP-BASE); Egreso Materno con el 12.5% (375 HCP-BASE); Egreso Prenatal con el 11.5% (345 HCP-BASE); Antecedentes Obstétricos con el 11.04%; (331 HCP-BASE); Patologías Maternas con el 7.66% (230 HCP-BASE); Patologías Neonatales con el 6.25% (187 HCP-BASE); Recién nacidos con el 3.4% (102 HCP-BASE) y Datos Generales con el 2.87% (86 HCP-BASE)..Los datos que son más ausentes dentro de las HCP-BASE son en el grupo de variables del embarazo actual, Parto o aborto, egreso materno.

GRAFICA No. II FALTA DE INFORMACION POR GRUPO DE VARIABLE DEL CLAP



FUENTE => CLAP-OPS/OMS SISTEMA INFORMATICO PERINATAL

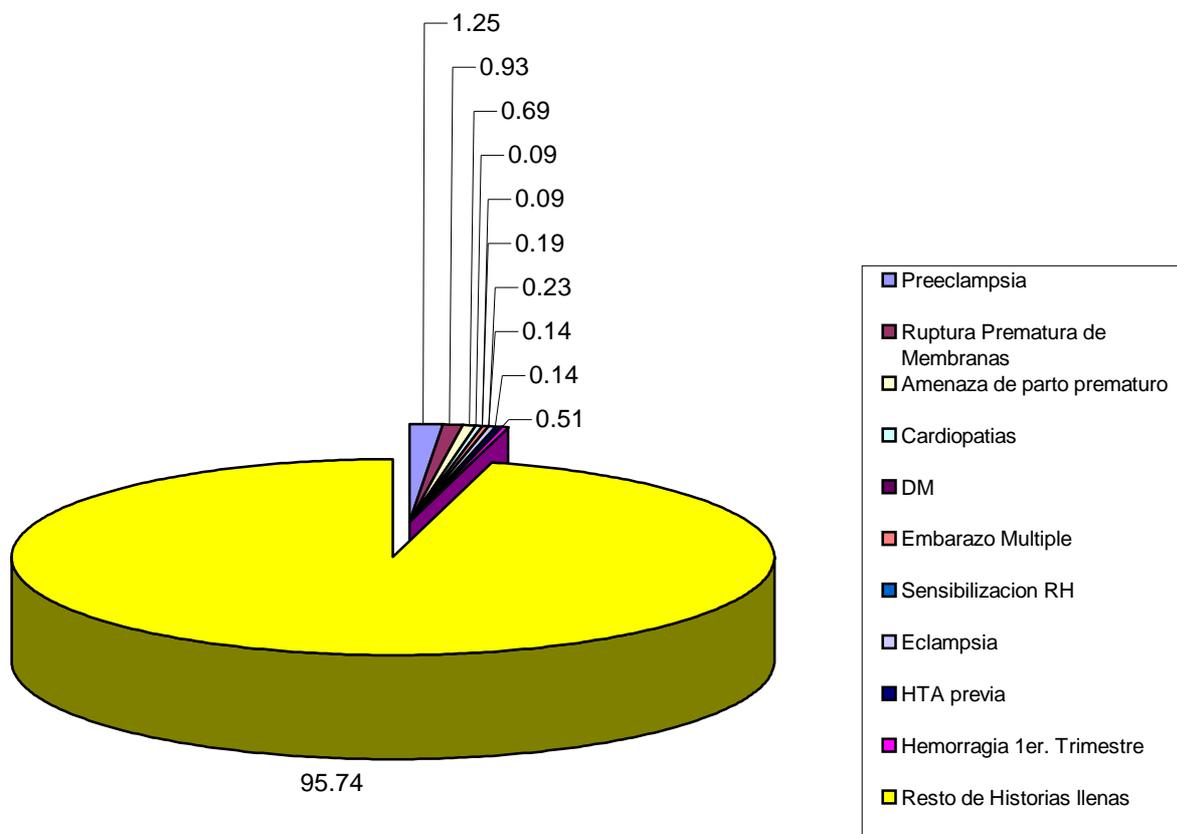
CUADRO III

PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO MATERNOS EN TOTAL DE HCP-BASE LLENAS

FACTORES DE RIESGO	NUMERO	PORCENTAJE
Preeclampsia	27	1.25
Ruptura Prematura de Membranas	20	0.93
Amenaza de parto prematuro	15	0.69
Cardiopatias	2	0.09
DM	2	0.09
Embarazo Multiple	4	0.19
Sensibilizacon RH	5	0.23
Eclampsia	3	0.14
HTA previa	3	0.14
Hemorragia 1er. Trimestre	11	0.51
Resto de Historias llenas	2056	95.74
Total	2148	100

Del Total de las HCP-BASE llenas se encontró que el Factor de Riesgo encontrado con mayor frecuencia fue, la preeclampsia seguida de Ruptura de membranas y amenaza de parto prematuro lo que corresponde en este mismo orden 1.25%, 0.93% y 0.69%.

GRAFICA III PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGOMATERNOS EN TOTAL DE HCP-BASE LLENAS

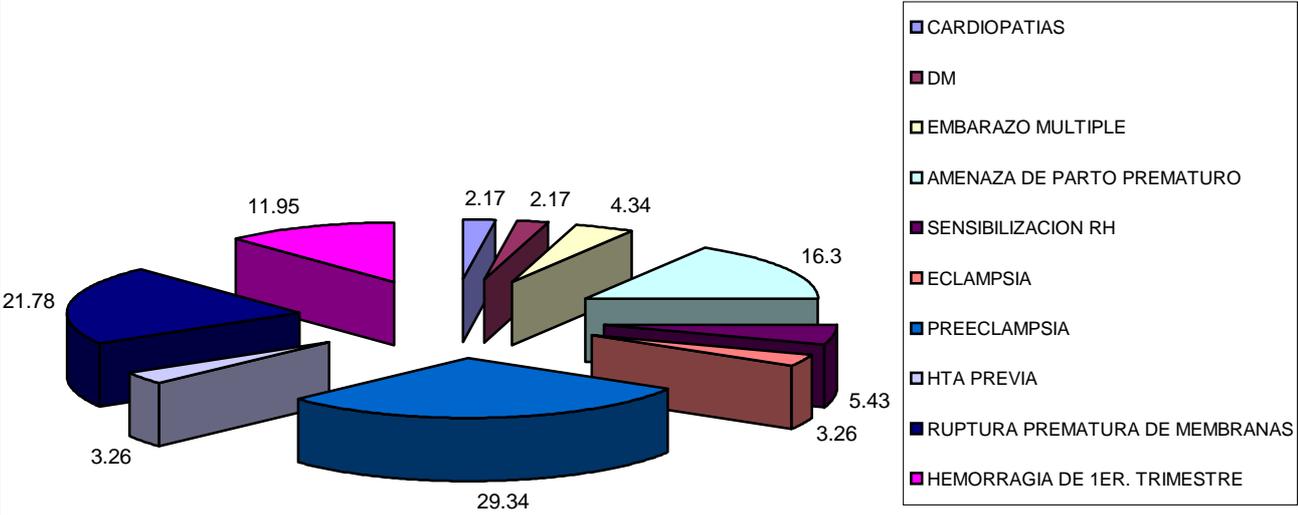


CUADRO IV
PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO MATERNOS

FACTORES DE RIESGO	NUMERO	PORCENTAJE
Preeclampsia	27	29.34
Ruptura Prematura de Membranas	20	21.78
Amenaza de parto prematuro	15	16.30
Cardiopatías	2	2.17
DM	2	2.17
Embarazo Múltiple	4	4.34
Sensibilización RH	5	5.43
Eclampsia	3	3.26
HTA previa	3	3.26
Hemorragia 1er. Trimestre	11	11.95
TOTAL	92	100

Se hallaron 92 HCP-BASE que presentaron factores de riesgo maternos de donde corresponden 27 datos a preeclampsia, 20 a Ruptura Prematura de membrana, 15 a amenaza de parto prematuro, correspondiendo estos a un 29.34%, 21.78% y 16.30%, siendo las que presentan mayor incidencia entre otros resultados tenemos: Cardiopatías 2 casos (2.17%), Diabetes mellitus 2 casos (2.17%), Embarazo múltiple 4 casos (4.34%), Sensibilización RH 5 casos (5.43), Eclampsia 3 casos (3.26), HTA Previa 3 casos (3.26%), Hemorragia del 1er. Trimestre 11 casos (11.95%); estos dan una perspectiva de las incidencias

**GRAFICA No. IV
PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO MATERNOS**



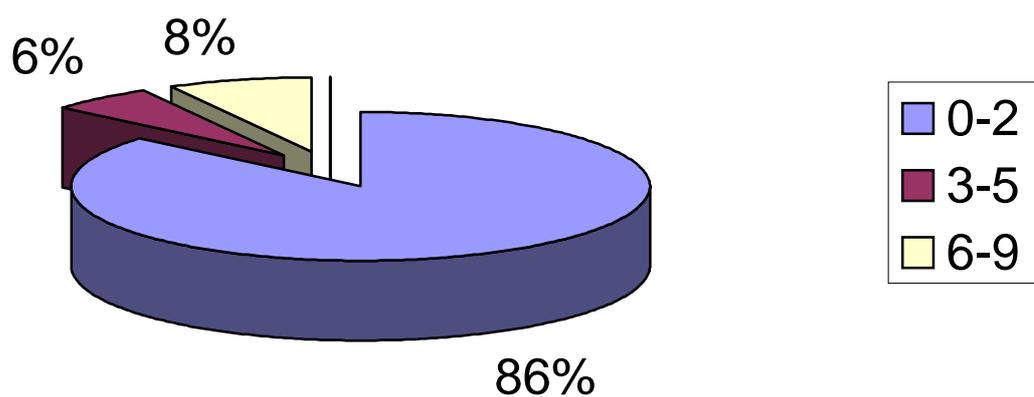
FUENTE => CLAP-OPS/OMS SISTEMA INFORMATICO PERINATAL

CUADRO V
NUMERO DE VISITAS DE CONTROL PRENATAL

CONTROL PRENATAL	NUMERO	PORCENTAJE
0 - 2	2580	86
3 - 5	180	6
6 - 9	240	8
TOTAL	3000	100

Con respecto al control prenatal de la paciente embarazada se determina que de las 3000 HCP-BASE revisadas, EL 86% lo que corresponden a 2580 HCP-BASE no tienen control prenatal, 240 (8%) consultaron de 6-9 veces, lo que se considera un numero de visitas ideales, 180 (6%) consultas de 3-5 veces lo que es aceptable pero no ideales, esto indica que la mayoría de pacientes que llegan a la atención del parto no tienen un seguimiento adecuado del embarazo.

GRAFICA No. V
NUMERO DE VISITAS DE CONTROL PRENATAL



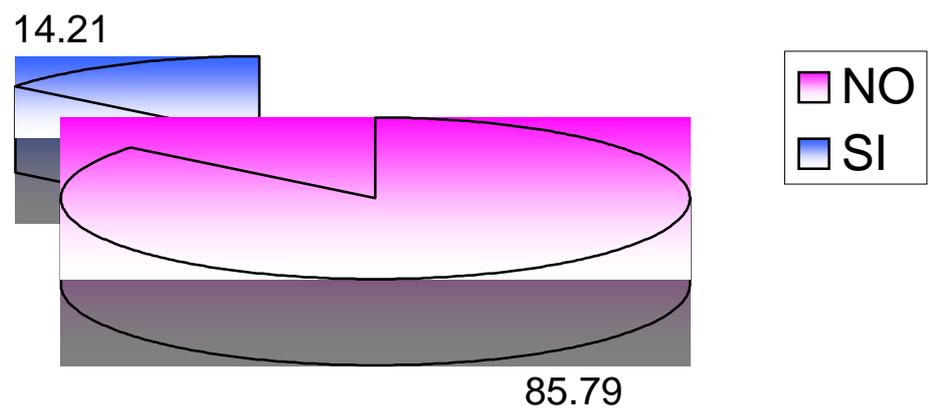
FUENTE => CLAP-OPS/OMS SISTEMA INFORMATICO PERINATAL

CUADRO VI
EXISTENCIA DE COMPLICACIONES PERINATALES

EXISTENCIA DE COMPLICACIONES PERINATALES	NUMERO	PORCENTAJE
NO	2574	85.79
SI	426	14.21
TOTAL	3000	100

La existencia de complicaciones Perinatales se distribuye así: un 85.79% no presentó ningún tipo de complicaciones (2574 casos), el 14.21 % presento alguna complicación durante el período perinatal (426 casos)

GRAFICA No. VI
EXISTENCIA DE COMPLICACIONES PERINATALES



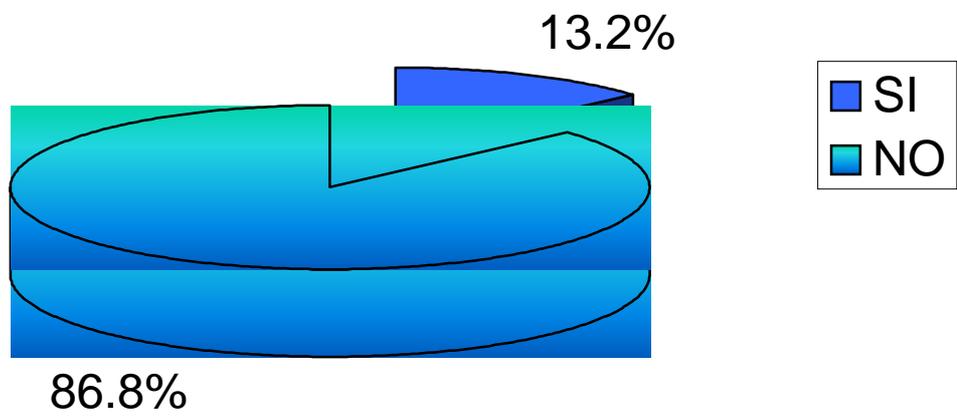
FUENTE=> CLAP-OPS/OMS SISTEMA INFORMATICO PERINATAL

CUADRO VII
EXISTENCIA DE PROTOCOLOS DE ATENCION

EXISTENCIA DE PROTOCOLOS DE ATENCIÓN	NUMERO	PORCENTAJE
NO	2604	86.8
SI	396	13.2
TOTAL	3000	100

Con respecto a la presencia o ausencia de Protocolos, se observa que el 13.2% presentó un protocolo de atención (396 HCP-BASE) y el 86.8% no presentó ningún tipo de protocolo al evaluar la HCP-BASE, ya que no se aplican adecuadamente..

GRAFICA No. VII
EXISTENCIA DE PROTOCOLOS DE ATENCION



FUENTE => CLAP-OPS/OMS SISTEMA INFORMATICO PERINATAL

VIII ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados del estudio Descriptivo-Retrolectivo realizado en el departamento de obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Betancourt, HCP-BASE del sistema informatico perinatal revelan datos interesantes sobre el uso y la aplicación de la información de la HCP-BASE.

El total de la unidad de análisis estudiada comprendió un numero de 3000 HCP-BASE (cuadro No. I) en este cuadro se observa que no existe un 100% en el llenado, donde la razón es que un porcentaje de las HCP-BASE son llenadas en la Emergencia, por lo que la información del Embarazo actual se mantiene ausente (cuadro No. II) sabiendo que en el momento del ingreso de la paciente no porta el carne de control prenatal y no se solicita el expediente en el archivo general de la institución.

Tomando en cuenta sólo las HCP-BASE llenadas existió un total de 92 Factores de riesgo Maternos (Cuadro No. IV) los que representan en su totalidad un bajo porcentaje (cuadro No. III) pero significativo, los tres factores de riesgo con mayor incidencia son preclampsia, Ruptura prematura de Membranas, amenaza de parto prematuro (cuadro No. III y IV) sin duda existe una asociación entre los factores de riesgo y las complicaciones perinatales, estas ultimas en la proporción total de las HCP-BASE tienen una representatibilidad considerable en la evolución del Embarazo y parto (cuadro No. VI).

Existen niveles para la atención en el control prenatal, la importancia de este se basa en una adecuada evaluación y seguimiento del embarazo hasta el parto, los niveles son: primario (auxiliares, enfermeras, comadronas, médicos generales), secundarios: “consultorios de Patologías” (Hipertensión, diabetes, Cardiopatías, etc.), Terciario: (centro de hospitalización), sabiendo esto el control prenatal de las unidades de análisis revisadas, no presentan control prenatal (cuadro No. V) lo que considero como razón es que presentan una atención a nivel primario donde no llevan un registro adecuado, o por factores socioculturales.

Hay existencia de protocolos de atención dentro de la institución pero estos no son aplicados adecuadamente (cuadro No. VII). En esta institución solo existen especialistas de distintos lugares de formación académica, por lo que la experiencia de cada uno de ellos evita la aplicación estándar de un único protocolo de atención.

Como pudo observarse en todas las tablas analizadas, la HCP-BASE es un instrumento de recolección de información esencial para el seguimiento adecuado del embarazo, parto, puerperio; la falta de información de esta implica no saber en que condiciones se encuentra el paciente, y tratar con ella desde el principio, lo que la atención dentro de la institución se hace deficiente.

IX CONCLUSIONES

1. No se realiza una adecuada anamnesis a la paciente para la obtención de información y así realizar un llenado completo de la HCP-BASE.
2. La falta del control prenatal del paciente lleva al personal medico a efectuar un enfoque empírico sobre la evolución del embarazo y se encuentra con una paciente con factores de riesgo y/o complicaciones perinatales
3. La distinta formación Académica de los especialistas que laboran en la institución, evita que se estandarice un protocolo de atención lo que resulta en llevar un manejo medico particular, y no un protocolo estandarizado.

X RECOMENDACIONES

1. Realizar una anamnesis completa de la paciente en la unidad de Control prenatal y Emergencia.
2. Estandarizar en la institución los protocolos de atención del departamento de obstetricia como una norma de atención medica.
3. Efectuar una evaluación anual de la información de la HCP-BASE por medio del sistema informático perinatal
4. Formas de Atención que resultan Beneficiosas Según Organización Mundial de la Salud (OMS).
 - a. Manejo activo de la tercera etapa del parto para reducir la perdida de sangre después del parto
 - b. Tratamiento de la bacteriuria asintomática con antibióticos para la prevención de la pielonefritis en el embarazo y los partos prematuros.
 - c. Profilaxis antibiótica para mujeres que se someten a una cesárea para reducir las complicaciones infecciosas postoperatorias.
 - d. Corticoesteroides administrados antes de un parto prematuro para reducir la mortalidad neonatal, el síndrome de distress respiratorio y la hemorragia intra ventricular.
 - e. Anticoncepción de emergencia para evitar un embarazo después de tener relaciones sexuales sin protección.
 - f. Frotis cervical, para la detección de células endocervicales, displasia y la obtención de un porcentaje general elevado de especímenes adecuados.
 - g. Versión cefálica externa al término del embarazo para disminuir la frecuencia del parto de nalgas y el índice de cesáreas.
 - h. Cirugía laparoscópica para el manejo conservador de embarazos tubáricos de pocos días, sin complicaciones, comparada con cirugía abierta, metotrexato sistémico o metotrexato local guiado por laparoscopia
 - i. Terapia con sulfato de magnesio para mujeres con eclampsia, en lugar de otros anticonvulsivos, para prevenir la aparición de más ataques.
 - j. Complementos yodados, de base poblacional, administrados en áreas con una severa deficiencia de yodo, para la prevención del cretinismo y la muerte infantil causada por deficiencia de yodo.
 - k. Suplementación rutinaria con hierro y folato para prevenir la anemia materna en el parto o a seis semanas del mismo.
 - l. Apoyo social durante el parto para aliviar el dolor y hacer del parto una experiencia positiva, en servicios de salud concurrecidos y orientados a la tecnología.

- m. Tratamiento de la tricomoniasis en mujeres, corto (de dosis única, 48 horas) o largo (5-7 días) con nitroimidazoles por vía oral, para lograr una cura inmediata parasitológica y clínica.
 - n. Zidovudina, nevirapine y parto por cesárea programada para la reducción del riesgo de transmisión materno-infantil de infección por VIH.
5. Formas de cuidado con las que deben balancearse beneficios con perjuicios según la Organización Mundial de la Salud (OMS):
- a. La amnioinfusión durante el parto para el tratamiento de la compresión del cordón es efectiva para corregir anomalías del ritmo cardíaco fetal (RCF), calificaciones de Apgar (menor número de niños con calificaciones Apgar bajas), asfixia en el nacimiento y disminución de porcentajes de cesárea (cuando esta operación está indicada basada únicamente en criterios de RCF), pero no está establecido que la amnioinfusión sea un seguro en cuanto a complicaciones maternas poco frecuentes pero serias.
 - b. La amnioinfusión durante el parto, cuando se observa la presencia moderada o intensa de meconio, es efectiva para reducir la incidencia de meconio y para la disminución del porcentaje de cesáreas, pero está establecido que la amnioinfusión sea un procedimiento seguro en cuanto a complicaciones maternas poco frecuentes pero serias.
 - c. Como parte del manejo activo de la tercera etapa del parto, las preparaciones de ergotina, comparadas con la oxitocina, son más efectivas para la disminución de la pérdida de sangre, aunque se asocian con un incremento menor, pero significativo, en la presión sanguínea, la náusea y el vómito.
 - d. Administrar misoprostol vaginal para la inducción del parto, en dosis de 25 microgramos, cada tres horas o más, es más efectivo que la oxitocina u otras prostaglandinas, pero se asocia con un mayor número de anomalías del ritmo cardíaco fetal y con hiperestimulación uterina.

XI RESUMEN

Con el objeto de efectuar el análisis de los datos de la Historia Clínica Perinatal –Base, se revisó en el sistema informático perinatal del Departamento de Obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Betancourth desde sus inicios (1994) la información de 3000 Historias Clínicas Perinatales-Base.

Los resultados demuestran que existe un llenado completo de las Historias Clínicas Perinatales – Base en su mayoría (71.6%); en la minoría (28.4%) , existiendo información faltante en donde el grupo de variables con mayor déficit en su llenado son las del embarazo actual. Los factores de riesgo que afectan al embarazo con mayor incidencia tenemos: La Preclampsia, seguida por Ruptura prematura de membranas y Embarazo de Parto Prematuro.

Se considera que un adecuado control prenatal es de suma importancia para el seguimiento del embarazo, pero las madres embarazadas sólo consultan en un rango de 0-2 consultas prenatales, aún de esta forma la existencia de complicaciones perinatales son bajas.

Una buena anamnesis con la madre embarazada puede agilizar la obtención de información y poder tener un total llenado de la Historia Clínica Perinatal – BASE, e identificar los factores de Riesgo que puedan tener efecto en el embarazo, parto, puerperio, recién nacido, y poder establecer de esta forma un protocolo de atención de acuerdo a las patologías encontradas y de esta manera llevar el embarazo a un feliz termino.

XI BIBLIOGRAFIA

1. Bocaletti E., Schumacker R.: Mortalidad Perinatal en Guatemala. Estudio Comunitario. Guatemala, Agosto 1999.
2. Boletín "Salud Perinatal". Plan de Actividades del CLAP. Pag. 3 -5 de 37.
<http://WWW.clap.hc.edu.uy/espanol/pubytec/boletin-VOL-16.htm>
3. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP). Mortalidad Materna-Perinatal-Infantil. Reg. 1 -8 de 8.
<http://WWW.clap.h.../e054%20 - mortalidad % 20 materna %20 perinatal %20e%20infantil.ht>
4. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP). Perinatal Situation of the Región. Reg. 1-2 de 3.
<http://WWW.clap.hc.edu.uy/pagina.phtml?e+19%20feb%20200.../iooperinatal%20situation.ht>
5. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP). Sistema Informático Perinatal. Reg. 1 de 1.
<http://WWW.ssa.gob.mx/dgsr/prenatal/sistema-1-8.htm>
6. Farnot Cardoso. El enfoque de riesgo y la Humanización de la atención Obstétrica Grupo Consultivo en Salud Perinatal Washington, D.C. 13 abril de 1992.
7. Instituto de Neonatología y Protección Materno Infantil - IMPROMI-. Instructivas para el uso de la ficha de embarazo de Alto Riesgo Pag. 10 - 13.
8. Khan - Neelofur D.
Modelos de atención Prenatal corriente para el embarazo de bajo riesgo. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS Disco Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2000.
9. Organización Mundial de la Salud La Biblioteca de Salud Reproductiva No. 3, Ginebra 2000, pag. 7-8.
10. Perez S. Alfredo, Peri Antología, Publicaciones Técnicas Mediterráneo, Santiago de Chile 1984, Pag. 29-33
11. Schwarcz R. Díaz Angel. Salud Reproductiva Materna Perinatal, Atención Prenatal y del Parto de Bajo Riesgo, Publicación Científica CLAP No. 1321.01 Pag. 22-33.

12. Sistema Informatico Perinatal -CLAP (OPS/OMS) Sistema Informatico Perinatal – SIP. Pag. 1 de 1
<http://WWW.clap.hc.edu.uy/español/sisinf/sip.htm>

XIII ANEXOS

CUADRO 1

FACTORES DE RIESGO PERINATAL

* CARDIOPATIA	* POLIHIDRAMNIOS
* HIPERTENSION	* OLIGOAMNIOS
* DIABETES	* HEMORRAGIA GENITAL
* TUBERCULOSIS	* AMENAZA DE ABORTO PREMATURO
* HEMOGLOBINA MENOR DE 10 G/L	* ROTURA DE LAS MEMBRANAS OVULARES
* ANTECEDENTES DE MORTALIDAD PERINATAL	* TALLA, MATERNA < 145 CM.
* SENSIBILIZACION RH	* PESO MATERNO PREGRAVIDICO < 45 KG
* MACROSOMIA FETAL	* ESCASO O EXAGERADO INCREMENTO DE PESO MATERNO
* EMBARAZO MÚLTIPLE	
* RETARDO EN EL CRECIMIENTO INTRAUTERINO	* ANTECEDENTES GENETICOS DESFAVORABLES