1

Introducción al Registro de Datos

GUÍA PARA EL REGISTRO DE DATOS EN HOSPITALES DISTRITALES, CENTROS Y PUESTOS DE SALUD

(Texto de autoaprendizaje)

MINISTERIO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL
(Logo)

PSF (Logo)

MotherCare

La Paz - 1998

BEST AVAILABLE COPY

Contenido

Pág.

11 **Introducción a la Guía para el Registro de Datos**

Forma de utilizar la Guía

Estructura del texto

Metodología para la evaluación

Capítulo 1

19 **Introducción al Subsistema de Información en Salud**

Objetivos

Definición de Subsistema de Información en Salud

Etapas del procesamiento de datos

Objetivos de un Subsistema de Información en Salud (SIS)

Características de un Subsistema de Información en Salud

Otras características de este Subsistema de Información en Salud

Instrumentos utilizados por el SIS

Evaluación teórica

Hoja de resultados

Capítulo 2

49 **Los Registros en Salud**

Objetivos

Registros y sus tipos

Registros primarios propuestos por el SNIS

Utilidad de los Registros Primarios Personales

Utilidad actual y futura de los Libros de Registro

Libros de Registro a utilizarse en los diferentes niveles de Establecimientos Sanitarios

Pág.

Libros de Registro de acuerdo al tipo de servicio o programa que los utiliza
Definición de Variable, Categoría y Registro
Evaluación teórica
Hoja de resultados

91 **Capítulo 3**
Historia Clínica Perinatal

Características generales de la Historia Clínica Perinatal
Utilidades fundamentales de la Historia Clínica Perinatal
Niveles de establecimientos sanitarios donde se utiliza la Historia Clínica Perinatal
Responsables para el llenado de la Historia Clínica Perinatal
Normas para el archivo de la Historia Clínica Perinatal
Registros directamente relacionados con la Historia Clínica Perinatal
Características gráficas y de organización de la Historia Clínica Perinatal
Sectores de la Historia Clínica Perinatal y definir su utilidad
Utilidad y forma de llenar los casilleros de color amarillo de alerta
Variables y categorías contenidas en la Historia Clínica Perinatal
Evaluación teórica
Hoja de resultados

Capítulo 4
185 **Variables comunes a casi todos los Libros de Registro**

Objetivos
Tipos de variable según el grado de elaboración previo al Registro
Datos a registrarse después de la etapa de revisión
Variables comunes a todos los Libros de Registro
Listado de los Libros de Registro incluidos en esta Guía
Definición de las 7 variables más frecuentes
Evaluación teórica
Hoja de resultados

Resultados correctos

Introducción a la Guía para el Registro de Datos

Esta **«GUÍA PARA EL REGISTRO DE DATOS EN HOSPITALES DE DISTRITO (BÁSICOS), CENTROS DE SALUD Y PUESTOS DE SALUD»** pretende ser, como se señala tambien en la portada, un **«TEXTO DE AUTOAPRENDIZAJE»**.

¿Qué queremos decir con esta segunda frase? Queremos decir que el texto esta organizado de una determinada forma para que el alumno aprenda repitiendo y practicando. Se van introduciendo ***conocimientos nuevos*** seguidos de ***preguntas***, que se repiten varias veces, que obligan al alumno a ***recordar, relacionar y a obtener conclusiones***

Si usted lee el texto con tranquilidad, respondiendo a todas las preguntas, va aprendiendo con relativa facilidad a ***«registrar sin errores la información que se recoge en los diferentes libros utilizados en los hospitales de Distrito, centros de salud y puestos de salud»***

Cada capitulo termina con una evaluación que permite al propio alumno saber lo que ha aprendido y lo que le queda por aprender. De esta forma, al realizar un repaso, puede usted concentrar mas su atención en las partes en las que haya tenido una «nota mas baja»

4

No se preocupe si la primera vez que lee el texto no obtiene resultados muy buenos. Es la primera vez que usted lo utiliza. Léalo y conteste a las preguntas una segunda y una tercera vez, si lo considera necesario. ***No olvide utilizar siempre un lápiz para contestar a las preguntas***. Así podrá utilizar el texto tantas veces como usted necesite, borrando lo anterior cada vez que vuelva a trabajar con la GUÍA

A partir de la tercera vez que usted trabaje con la GUÍA, es conveniente que ***se reúna con otros compañeros para discutir y contestar juntos a las preguntas*** Entre todos será más fácil resolver las cuestiones planteadas. Si les queda alguna duda, el facilitador del taller podrá solucionárselas.

> **RECUERDE:** ***Conteste todas las preguntas que se le solicitan. La respuesta está siempre en el texto. Léalo primero, e intente escribir sin copiar.***

FORMA DE UTILIZAR LA GUÍA

Evaluación inicial del alumno.

Entrega de los resultados de evaluación.

Entrega de la guía para el registro de datos en hospitales distritales, centros de salud y puestos de salud

Primera lectura del documento ¡No escribir nada!

Segunda lectura ¡Escribir las respuestas con lápiz!

Tercera lectura. Reunirse con otros compañeros para buscar las respuestas correctas.

Repase un capítulo. Cuando esté seguro que lo domina realice la prueba de evaluación de ese capítulo Anote la fecha, registre las respuestas correctas con lápiz en la hoja de respuestas.

Corrija el ejercicio de acuerdo con las instrucciones y ponga la nota correspondiente. ¡No se engañe a usted mismo!

— Anote en la hoja de resultados la fecha y la nota obtenida para ese capítulo Si ha obtenido una nota de 8 (80% de respuestas correctas) o más, pase al siguiente capítulo.

— Si ha obtenido una nota inferior a 8, repase otra vez el capítulo Vuelva a realizar la prueba de evaluación Corríjala, ponga la nota y regístrela junto con la segunda fecha, en la hoja de resultados ¡No pase al siguiente capítulo hasta haber obtenido por lo menos un 8 en la prueba de evaluación! ¡Si puede conseguir un 10, mucho mejor!

— Repase el texto y realice la evaluación cuantas veces considere necesario Utilice siempre una hoja de respuestas diferente Anote la fecha y las respuestas que usted considere correctas ¡No copie las respuestas de la «Hoja de Respuestas»!, si lo hace, ¡aprenderá usted muy poquito!

— Utilice la hoja de respuestas correctas al final del cuaderno para corregir la prueba de evaluación. Después guárdela ¡No realice la prueba de evaluación con la hoja de respuestas delante! ¡Así no aprenderá!

— Cada vez que realice usted una evaluación, corríjala y registre la fecha y el resultado obtenido en la hoja de resultados al final de cada capítulo

— Cuando reciba una visita de supervisión o en un C.A.I., usted puede solicitar que le evalúen en los capítulos que usted sabe que domina Estamos seguros que en la 1ª o 2ª visita de supervisión usted habrá conseguido el 90 o el 100% de conocimientos ¿Habrá usted alcanzado también el 100% de calidad en su registro? ¡Juntos lo comprobaremos!

ESTRUCTURA DEL TEXTO

El Capítulo I «Introducción al Subsistema de Información en Salud» trata de explicar, como su nombre indica, una serie de conceptos generales sobre los Subsitemas de Información en salud.

Como veremos en el Capítulo 2, los datos relevantes de la actividad sanitaria se anotan en una serie de registros personales y de libros de registro.

En estos documentos registramos una serie de datos referentes a los pacientes, a las actividades que se realizan, a los resultados que se obtienen y a las decisiones que se toman. A estos datos diferentes los llamamos ***«variables»***. Veremos esto con más detenimiento en el **Capítulo 2**

Cuando un paciente acude a un servicio, el primer paso es el llenado de su ***Historia Clínica*** (En el **Capítulo 3** analizaremos el llenado de una parte de la Historia Clínica, extremadamente importante para la atención a la mujer embarazada y el recién nacido. la Historia Clínica Perinatal.) El segundo paso es el registro de una serie de ***variables*** en el libro correspondiente. Algunas son comunes a casi todos los libros, otras se hallan presentes sólo en un grupo de libros y otras son específicas de cada libro.

Estudiaremos cómo se registran el primer grupo de variables en el **Capítulo 4**: **«Variables comunes a casi todos los libros de registro».**

> ***Este capítulo, así como los tres precedentes, es de estudio obligatorio para todos los registradores.***

Del Capítulo 5 al 10 se estudian 6 de los 22 diferentes libros de registro de los que consta este modelo de Subsistema de Información en Salud. Estos 6 libros recogen información referente a la mujer y al recién nacido. El resto será objeto de otro texto.

Al inicio de cada capítulo se establecen los objetivos de aprendizaje del mismo. Los objetivos de aprendizaje explican, lo más claramente posible, lo que el alumno debe de saber (objetivos teóricos) y lo que debe de saber hacer (objetivos prácticos) después de haber estudiado el capítulo.

Al final de cada capítulo hay una prueba de evaluación. Cada objetivo teórico se evalúa mediante una o más preguntas. Una vez estudiado el capítulo, usted puede saber qué objetivos ha superado y cuáles no. De esta forma puede usted volver a repasar el tema haciendo mayor hincapié en los objetivos que no ha logrado superar.

No olvide que tiene que escribir con lapiz De esta manera podra borrar lo que ha escrito y trabajar cada capitulo todas las veces que sea necesario para superar los objetivos de aprendizaje propuestos.

Y ahora comience a estudiar El texto le va a parecer a veces repetitivo y hasta pesado, especialmente si ya ha sido capacitado en el tema El texto esta dirigido a personas que se inician en el registro de datos La evaluación inicial le permitira saber qué aspectos ya domina y cuáles necesita repasar o aprender Dedique mas tiempo a los objetivos de aprendizaje que menos domine.

METODOLOGÍA PARA LA EVALUACIÓN

Antes de hacerle entrega de esta Guia para el Registro de Datos, hemos evaluado los conocimientos previos que usted tiene sobre el tema

Le vamos a entregar un documento con los resultados que usted ha obtenido en esta evaluación inicial.

Para cada uno de los objetivos de aprendizaje de esta Guia hay, por lo menos, una pregunta de evaluación.

Al final de cada capitulo hay una página para registrar el resultado obtenido (bien o mal) en cada una de las preguntas (Hoja de Resultados) Recuerde cada una corresponde a un objetivo de aprendizaje

Evaluación inicial

Para no hacer demasiado tediosa la evaluacion inicial hemos seleccionado en algunos capitulos sólo una parte de las preguntas que componen el sistema de evaluación En estos casos no podemos medir el incremento de conocimientos objetivo por objetivo, pero si podemos medir el incremento global por cada tema

Copie los resultados obtenidos en la evaluación inicial en las hojas de evaluación que hay al final de cada capítulo. La primera columna de cada hoja está destinada a esta evaluación inicial. Como usted puede comprobar, no hay una pregunta para cada uno de los objetivos Lo hemos hecho así para que esta evaluación inicial no resulte muy pesada.

Evaluaciones intermedias

Las evaluaciones intermedias las realiza el alumno para medir él mismo los objetivos de aprendizaje que va alcanzando Al final de cada capítulo hay una prueba para evaluar los conocimientos adquiridos después de estudiar el tema. En este caso existe al menos una pregunta para cada uno de los objetivos de aprendizaje propuestos.

La última página de cada capítulo sirve para anotar los resultados de las sucesivas pruebas de evaluación La primera columna está destinada a registrar los resultados de Evaluación Inicial Nosotros le entregaremos estos resultados y usted los transcribirá en esta hoja para todos los capítulos. Las cuatro columnas siguientes están destinadas a las evaluaciones intermedias. En el encabezamiento de cada columna existe un espacio para anotar ***la fecha*** en que usted se ***autoevaluó***.

Estudie cada capítulo las veces que considere necesario. Puede borrar lo que ha escrito las veces que usted necesite. La Evaluación Inicial le dará una idea de lo que usted ya sabe antes de empezar a estudiar. Dedique más tiempo a los capítulos en los que haya obtenido peor nota.

Cuando esté seguro de dominar un capítulo, conteste a las preguntas que hay al final del mismo.

No escriba nada en las hojas de preguntas, si lo hace, al repetir la prueba, las respuestas marcadas pueden confundirlo. ***Escriba siempre sus respuestas en la Hoja de Respuestas***.

Junto a la Guía le vamos a entregar cuatro Hojas de Respuestas. Si necesita más puede solicitarlas o hacer fotocopias.

Para cada pregunta existen cinco posibilidades de respuesta: *a*, *b*, *c*, *d*, ó *e* ***Sólo una de las respuestas es correcta***.

Esto es ***importante***: Si usted marca más de una respuesta (la «a» y la «c», por ejemplo) esa pregunta estará mal contestada, aunque una de las dos respuestas sea la correcta.

Recuerde: Hay una sola respuesta válida para cada pregunta.

Cuando esté seguro de dominar un tema, registre la fecha en una de las hojas de respuesta y conteste a todas las preguntas de un capítulo. Esta vez hágalo con bolígrafo para que quede constancia.

Una vez contestadas todas las preguntas, corríjalas usted mismo. Al final del Cuaderno están las respuestas correctas para todos los capítulos. Una sola respuesta válida por pregunta. Anote la fecha de cada Evaluación Intermedia en las columnas *2*, *3*, *4* ó *5* de la ***Hoja de Resultados*** que hay al final de cada capítulo.

Para cada una de las respuestas anote un «1» si la respuesta esta bien contestada o un «0» si la contestó mal. Anote el resultado de sus respuestas con bolígrafo en la columna correspondiente. Así quedará constancia de sus resultados, y podrá ir viendo el incremento en sus conocimientos. No es necesario que realice todas las Evaluaciones Intermedias sugeridas. En su primera evaluación puede usted haber obtenido más del 80% de calificación y no tener que repetir la evaluación.

Evaluación Final

En una visita de supervisión, o en un C.A.I., usted puede solicitar al Supervisor que le evalúe en los temas que usted considera dominados. Para ello ha utilizado las Evaluaciones Intermedias.

El Supervisor le evaluará en esos temas y anotará los resultados en la columna 6 de la Hoja de Resultados.

Usted podrá solicitar que le examinen en todas las visitas de supervisión que reciba hasta que alcance, al menos, el 80% en su aprendizaje. ***¡Intente conseguir el 100%!***

En una etapa posterior le capacitaremos para que pueda realizar un control de calidad de los datos que registra. Si ha entendido bien toda la metodología para el Registro, su control de calidad será bueno.

11

Capítulo 1

Introducción al Subsistema de Información en Salud

OBJETIVOS

Objetivo general

Definir qué es un Subsistema de Información en Salud, explicar sus objetivos, características y enumerar los instrumentos que utiliza.

Objetivos específicos

Teóricos

1.1. Dar una definición operativa de Subsistema de Información en Salud.

1.1.a. Citar los dos componentes de un SIS.

1.1.b. Enumerar las cuatro finalidades de los componentes.

1.1.c. Definir el campo de acción de un SIS.

1.2. Señalar las diferentes etapas del procesamiento de los datos.

1.3. Exponer cuatro objetivos de un Subsistema de Información en Salud.

1.4. Citar las características que ha de tener un SIS.

1.5. Citar otras características propias de este modelo de SIS.

1.6. Enumerar seis tipos de instrumentos que utiliza un SIS.

DEFINICIÓN DE SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD

Un Subsistema de Información en Salud (SIS) es un ***conjunto de instrumentos y procedimientos*** destinados a ***captar, registrar, procesar y analizar*** los datos de las acciones en salud generados en los diferentes ***Niveles de Atención del Modelo Sanitario.***

De acuerdo a la definición anterior, un SIS (ésta es una manera resumida de llamar a los Subsistemas de Información en Salud) es un conjunto de _____ y ***procedimientos.***

Los ***instrumentos*** son un conjunto de formularios y libros en los que se registra y resume la información. Los ***procedimientos*** es la manera en que los datos que nos interesan son ***captados, registrados, procesados y analizados.***

Por lo tanto, un SIS es un conjunto de ***instrumentos*** y _____ destinados a ***captar***, _____, ***procesar*** y _____ los datos sobre actividades en salud.

Para ***captar*** datos de alguien que utiliza los servicios de salud, lo primero que hacemos es no sólo preguntar (sus datos personales, sus síntomas...), sino explorar (sus signos), solicitar pruebas complementarias (análisis, Rx..) etc...

Una vez que hemos ***captado*** los datos, para que no se nos olviden, los tenemos que _____. Para ello utilizamos una serie de formularios y libros de registro que forman parte del conjunto de _____.

Si no recuerda esta última palabra, no se preocupe. Está usted aprendiendo. Retroceda cuatro párrafos o a la definición del principio de este capítulo y lo recordará. Después, sin copiarla directamente, escríbala (con lápiz).

Los libros de registro no son los únicos _____ que utiliza el Subsistema (¿Se acordó ahora de la palabra?). Los libros de registro, al igual que algunos formularios básicos (historia clínica, boleta de referencia, etc.) sirven para registrar los datos que vamos ***captando***.

Además de ***captar y registrar*** la información, ¿recuerda usted qué otras dos finalidades tiene el conjunto de ***instrumentos*** y _____ que componen el Subsistema de Información en Salud (SIS para los amigos)? _____ y _____.

Repasemos. Un SIS es un conjunto de ***instrumentos y procedimientos*** cuya utilidad es ***captar, registrar, procesar y analizar*** los datos de las acciones en salud. ¿Recuerda usted dónde se generan estos datos?

Si lo recuerda, anótelo

_____.

¡Tiene usted buena memoria! Si no lo recuerda no escriba nada. Ya lo escribirá en una segunda o tercera lectura.

Una vez que hemos ***captado y registrado*** los datos que nos interesan. Tenemos que organizarlos de tal manera que se puedan entender, para que nos digan algo. A esta etapa le llamamos ***procesamiento*** de los datos.

Después de captar y _____ los datos, los tenemos que _____ para que se vuelvan comprensibles.

El ***procesamiento*** de los datos son las diferentes etapas que van desde el ***registro*** hasta la ***obtención de indicadores***. Los indicadores son la forma comprensible de presentar los datos.

Después de ***procesar*** los datos pasamos a la etapa de _____. (No le de reparo, vuelva a leer la definición completa. Terminará aprendiéndola, se lo prometo).

La etapa de ***análisis*** consiste en comparar los datos ya procesados (indicadores) con datos de épocas anteriores, de otros establecimientos y lugares o con metas propuestas. A partir de este momento los datos se convierten en información.

El análisis convierte los datos en información

Esta información ha de utlizarse para la toma de decisiones.

¿Recuerda usted dónde se generan los datos de las acciones en salud? Le voy a ayudar:

Los datos de las acciones en salud se generan en los diferentes ***Niveles*** de _____ del ***Modelo*** _____.

A esto le llamamos ***Campo de Acción*** del Subsistema.

El modelo que vamos a estudiar se utiliza en los

—Puestos de Salud

—Centros de Salud

—Hospitales de Distrito (Básicos)

Intente ahora dar una definición de Subsistema de Información en Salud.

Complete la siguiente frase: Un SIS es un conjunto de _____ y _____ destinados a _____, _____, _____ y _____ los datos de las acciones en salud generadas en los diferentes _____ de Atención del _____ _____.

Veamos ahora si hemos conseguido el primer objetivo de aprendizaje de este capítulo.

1.1.a. Cite los dos componentes de un SIS: _____ y _____.

1.1.b. Enumere las cuatro finalidades de los dos componentes: _____, _____, _____ y _____.

1.1.c. Defina el campo de acción de un SIS: Son los diferentes _____ de _____ del _____ _____.

Como ya dijimos en el apartado anterior, el ***procesamiento*** de los datos son las diferentes etapas que van desde el registro hasta la obtención de los indicadores.

1. Revisión

Una vez registrados los datos, los ***revisamos*** con el fín de detectar ***omisiones e incongruencias***.

Una ***omisión*** sería, por ejemplo, no haber apuntado el sexo o la edad de un paciente. En este caso la única manera de recuperar estos datos es buscarlos en la ***Historia Clínica***. No olvide que la Historia Clínica es un documento fundamental para el Subsistema de Información en Salud (También llamado__.__.__.). Volveremos a este tema en el siguiente capítulo.

Una ***incongruencia*** sería, por ejemplo, que aparezca el sexo masculino en un diagnóstico de carcinoma cérvico-uterino o un parto en un menor de 5 años. También en este caso tendremos que volver a la ***Historia Clínica*** para aclarar el error.

Por lo tanto, la primera etapa del procesamiento de los datos es la ***revisión*** de los registros. Siempre que se pueda, se completarán las ***omisiones*** y se subsanarán las ***incongruencias***. Nunca se supondrán o inventarán datos; únicamente se recuperarán, si han sido registrados en algún otro documento (Historia Clínica, otros libros de registro, protocolo operatorio...).

En la etapa de revisión de los datos se intenta detectar _____ e _____ con el fín de completar y corregir los registros, siempre que sea posible.

2. Codificación, Clasificación y Cálculo

Ya tenemos el registro lo más completo posible. El siguiente paso es la ***codificación y clasificación*** de algunas variables. Un ejemplo de codificación sería el de los diagnósticos. Un ejemplo de ***clasificación*** sería el Peso del Recién Nacido, que lo clasificamos en menos de 2.500 g y de 2.500 g y más.

Después de la etapa de _____ de los datos, en la que se intentan detectar ***omisiones e incongruencias***, se procede a la ***codificación, clasificación y cálculo*** de algunas variables.

Algunos datos se clasifican directamente al registrarlos (por ejemplo, tipo de consulta). En otros casos, se registra primero el dato crudo y después se clasifica en la categoría a la que corresponde. Esta clasificación puede realizarse en el mismo Registro (lugar de residencia) o en un cuadro aparte (diagnóstico). Volveremos a ver esto en el ***Capítulo 4***.

La etapa de ***cálculo***, en los libros que vamos a utilizar, se limita a calcular tiempos a partir de fechas. Al igual que en el caso anterior, estos cálculos se realizan a veces en el Libro y otras veces en un cuadro aparte.

Después de la etapa de ***revisión*** de los datos procedemos a su _____, _____ Y _____.

3. Cómputo

Una vez que hayamos ***codificado, clasificado y/o calculado*** los datos de algunas variables, tenemos que obtener los totales mensuales de las variables que luego utilizaremos en la obtención de los indicadores.

A esta etapa de obtención de los totales mensuales de los datos registrados le llamamos ***cómputo*** de los datos. El ***cómputo*** de datos consiste en sumar los totales de la variables útiles en cada página del registro rellenada durante el mes. Debajo del último registro del mes, anotamos los totales obtenidos en cada página, los sumamos y obtenemos el total mensual.

Anote las tres primeras etapas del ***procesamiento*** de los datos:

La _____, la _____,_____ y _____
y el _____.

4. Control Cruzado de los Totales

Una vez ***revisados, codificados y/o clasificados y computados*** los datos, hacemos un ***control cruzado de los totales*** obtenidos. Por ejemplo, comprobamos si la suma de los totales por grupo de edad coincide con el número total de personas registradas. En caso de que los totales no coincidan, volveremos a la primera etapa, es decir, volveremos a _____ los datos registrados.

Recordemos que la corrección de ***omisiones e incongruencias*** sólo es posible si los datos ***captados*** han quedado ***registrados*** en la ***Historia Clínica***.

¡La Historia Clínica es el ***documento más útil*** para la práctica clínica!

5. Tabulación

En esta etapa disponemos ya de una serie de datos que han pasado dos controles de calidad. Ya podemos pasar a la siguiente etapa que es la ***tabulación*** de los datos. El resto de las etapas que van desde aquí a la ***obtención de indicadores*** no tendrían ninguna utilidad si la calidad de los datos registrados es mala.

> ***La calidad de los datos registrados es fundamental para la obtención de información fiable y útil.***

La etapa de ***tabulación*** consiste en concentrar los datos obtenidos en la etapa de ***cómputo*** en una serie de ***tablas o cuadros*** que nos faciliten la ***obtención de indicadores***.

Los totales mensuales obtenidos en la etapa de _____, se concentran en cuadros. A esta etapa le llamamos etapa de _____.

¿Recuerda usted cuáles són la cinco etapas del ***procesamiento*** de datos que hemos visto hasta ahora? Si lo recuerda, anótelo aquí debajo. Si no lo recuerda, vuelva a

leer ese apartado y luego anótelo. Hágalo con lápiz, de tal forma que pueda borrarlo y repasar el tema todas las veces que usted necesite para aprenderlo.

_____, _____, _____ y _____ , _____, control _____ de los _____ , _____.

Ahora una pregunta más difícil. ¿Recuerda usted cuáles son los dos ***componentes*** de un SIS? Anótelos: _____ y _____.

A propósito ¿Recuerda usted que significa SIS? Seguro que se acuerda. Anótelo para no olvidarlo ya nunca: _____ de _____ en _____.

¿Puede usted recordar cuales son las cuatro finalidades de los dos ***componentes*** de un SIS que acaba usted de anotar? Concéntrese, seguro que se acuerda: _____, _____, _____ y _____.

Desconcéntrese y dígame qué estamos estudiando en este apartado: Las etapas en el _____ de los datos. ¿Cuál es la última etapa que hemos visto? _____.

6. Obtención de Indicadores

En los cuadros o _____ concentramos la información que vamos a utilizar para ***obtener los indicadores***. Además de los datos computados en los libros de registro, necesitamos información de otras fuentes (censos, población cubierta, número de embarazos esperados, metas programáticas, etc.) para poder ***obtener los indicadores***.

La sexta, y penúltima etapa en el ***procesamiento*** de los datos es, por lo tanto, la ***obtención de*** _____.

7. Elaboración de Informes

La última etapa del ***procesamiento de los datos*** es la ***elaboración de informes***.

Después de procesar los datos, ¿Recuerda usted cuál es el siguiente paso?

_____

En este último paso es cuando, mediante comparaciones de los indicadores obtenidos, los datos adquieren sentido y se convierten en ***información***. Mediante el ***análisis*** de los datos obtenemos ***información***.

Repasemos lo visto hasta ahora.

Un Subsistema de Información en Salud (SIS) es un conjunto de ***Instrumentos y Procedimientos*** destinados a ***Captar, Registrar, Procesar y Analizar*** los datos de las acciones en salud generados por los diferentes ***Niveles de Atención del Modelo Sanitario.***

El ***Procesamiento*** de los datos consta de siete etapas:

—***Revisión***

—***Codificación, Clasificación y Cálculo***

—***Cómputo***

—***Control Cruzado de Totales***

—***Tabulación***

—***Obtención de Indicadores***

—***Elaboración de Informes***

Una vez obtenidos los ***Indicadores*** pasamos al ***Análisis*** de los datos. Mediante este análisis los datos adquieren sentido y se convierten en ***Información***.

OBJETIVOS DE UN SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD (SIS)

Se han establecido cuatro objetivos prioritarios del SIS:

1. ***Conocer la realidad de las acciones de salud***
2. ***Servir de apoyo para la toma de decisiones***
3. ***Apoyar al sector para la descentralización político-administrativa***
4. ***Servir de soporte a los diferentes procesos y sistemas de apoyo***

Es evidente que un Subistema de Información en Salud pretende ***conocer la realidad de las acciones en salud.*** Para ello es necesario que el registro sea ***completo y fiable***.

Gracias al SIS, y suponiendo que los registros son _____ y _____,podemos ***conocer la realidad de las _____ en*** _____. Es decir, podemos saber el número de actividades desarrolladas por los diferentes Servicios y Programas en los diferentes Establecimientos Sanitarios.

Conociendo las ***necesidades de salud*** de la población, la ***capacidad del sistema sanitario y la realidad de las acciones en salud*** tendremos una orientación que puede ***servir de apoyo para la toma de decisiones*** en los diferentes Niveles del Modelo Sanitario.

Las ***necesidades de salud*** de la población se pueden conocer mediante encuestas sanitarias realizadas de forma periódica. También podemos obtener una aproximación a estas necesidades mediante las patologías registradas en los establecimientos de salud.

La ***capacidad de sistema sanitario*** podemos conocerla mediante ***encuestas de recursos***. Dentro del SIS se recoge esta información con una

periodicidad anual. Además de los informes anuales, se actualizará la información sobre recursos ***cada vez que haya alguna variación*** en los mismos.

Por lo tanto, el conocimiento de las ***necesidades de salud, de la capacidad del sistema sanitario y de la*** _____ ***de las*** _____ ***en*** _____ nos sirve de apoyo para la _____ de_____ en los diferentes ***Niveles del Modelo Sanitario***.

¿Recuerda usted en qué tres niveles del Modelo Sanitario se va a desarrollar el presente modelo se Subsistema de Información en Salud?

_____, _____ y _____.

Si no lo ha recordado, busque en la página 24. Anótelo aquí encima, sin copiarlo directamente.

Intente ahora recordar los cuatro ***objetivos de un SIS***, vistos hasta el momento. Escríbalos aquí debajo:

1 Conocer la _____ de las _____ en _____.

2. Servir de _____ para la _____ de _____.

3. Apoyar al _____ para la _____ _____-_____

Nos queda un cuarto objetivo, de entre los objetivos prioritarios del SIS, marcados por el Ministerio de Salud y Previsión Social (MSPS):

4. Servir de soporte a los diferentes _____ y _____de _____.

Si cada establecimiento sanitario resume los datos recogidos en formularios diferentes, la comparación y la agregación de estos datos sería prácticamente imposible. Por ello se han diseñado una serie de formularios para informes, que deben remitirse al Nivel Central, y que son iguales para todos los establecimientos sanitarios del país.

La unificación de los modelos de informes es fundamental para que el SIS pueda ***servir de _____ a los _____***.

Intentemos ahora recordar los cuatro objetivos que tiene el Subsistema de Información en Salud. Vayamos por partes. Vamos a intentar primero recordar los «verbos» que definen los objetivos propuestos:

1. _____ la realidad de las acciones de salud

2. _____ de apoyo para la toma de decisiones

3. _____ al sector para la descentralización político-administrativa

4. _____ de soporte a los diferentes procesos y sistemas de apoyo

Se habrá dado cuenta que un verbo, «servir», se repite dos veces. Sólo tiene que recordar dos verbos más.

Ahora que ya sabemos los verbos, intentemos recordar el resto de los enunciados:

1. Conocer la _____ de las _____ de _____.

2. Servir de _____ para la _____ de _____.

3. Apoyar al sector para la _____ _____-_____

3. Servir de _____ a los _____ _____ y _____ de _____.

Hasta el momento hemos estudiado la ***definición del SIS***, con sus ***dos componentes,*** sus ***cuatro finalidades*** y su ***campo de acción***, las diferentes ***etapas en el procesamiento de datos*** y los ***cuatro objetivos del SIS*** (definidos por el MSPS). Intente recordar mentalmente lo estudiado hasta ahora. Si no lo consigue, no se preocupe. Seguiremos insistiendo.

CARACTERÍSTICAS DE UN SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD (SEGÚN EL SNIS)

Un Subsistema de Información en Salud ha de ser:

—***Simple***

—***Agil***

—***Oportuno***

—***De Bajo Costo***

Un Subsistema es ***«Simple»*** si su manejo está adaptado a la capacitación del personal que se encarga de él, si no contiene elementos inútiles que dificulten su manejo y si recoge la información mínima imprescindible para la toma de decisiones.

Un Subsistema es ***«Agil»*** si la recogida, el archivo, la recuperación y la utilización de la información están adaptados a los medios disponibles en el sector.

Un Subsistema es ***«Oportuno»*** si la información puede disponerse en el momento en que sea necesaria.

Un Subsistema es ***«De Bajo Costo»*** si el presupuesto que tiene destinado guarda proporción con el presupuesto global de Salud y si la información que proporciona permite un ahorro en este presupuesto (optimización de los recursos disponibles).

Veamos si recordamos estas cuatro características de un SIS.

Un SIS ha de ser _____, _____, _____ y de _____

_____

No desespere. Hemos visto estos conceptos sólo una vez. Antes de terminar la siguiente página, los habrá aprendido.

Decimos que un Subsistema es _____ si la información puede disponerse cuando sea necesaria.

Decimos que un subsistema es de _____ _____ si guarda proporción con el presupuesto global y posibilita un ahorro.

Decimos que un Subsistema es _____ si recoge la información mínima necesaria para la toma de decisiones.

Decimos que un subsistema es _____ si está adaptado a los medios disponibles en el Sector.

Intentemos ahora otra vez recordar estas cuatro ***características:***

Un SIS ha de ser _____, _____, _____ y de _____ _____.

¿Las ha podido usted recordar esta vez? Seguro que sí.

OTRAS CARACTERÍSTICAS DE ESTE SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD

El presente Subsistema, diseñado por el P.S.F para el SNIS y revisado por MotherCare, tiene las siguientes características propias:

— Ser ***Integrable*** dentro del SNIS del Ministerio de Salud y Previsión Social.

— Ser ***Pertinente*** con la realidad y necesidades de los Establecimientos de Salud, Municipalidades y niveles superiores.

— Ser ***Confiable y Útil*** para la toma de decisiones en los diferentes niveles del Sistema Sanitario.

— Debe de proporcionar ***información para el Ajuste Contínuo*** del propio subsistema.

Decimos que este modelo de Subsistema es _____ dentro del SNIS porque los datos que recoge y procesa pueden ser vaciados en los Informes solicitados por el SNIS y los diferentes Programas de cobertura Nacional. Se obtiene también ***información complementaria en el área Materno-Perinatal***:

- Complicaciones Materno-Perinatales
- Distribución de tabletas de hierro a embarazadas
- Primera Consulta de Salud Sexual y Reproductiva en el Año
- Flujo de Referencias y Contra-Referencias
- Cobertura Real de los Servicios y Programas
- Embarazadas con dos dósis de Toxoide Tetánico

Decimos que es _____ con la realidad y necesidades de los Establecimientos Sanitarios y Municipios porque está adaptado a las posibilidades técnicas y de personal de los tres tipos de Establecimientos Sanitarios contemplados y cubre las necesidades de información de estos niveles.

Es _____ porque unifica la capacitación y evaluación del personal implicado en él y el control de calidad de los Registros e Informes. Es _____ porque puede ser utilizado para la gestión regular de Servicios, Establecimientos y Programas en los niveles contemplados.

Proporciona información para el _____ _____ del propio Subsistema.

Además recoge información útil en el área Materno-Perinatal. Esta información, hasta su inclusión en los informes rutinarios del SNIS, se recoge en un Informe Extra de Salud Materno-Perinatal diseñado por el Proyecto MotherCare. Veremos esto en el capítulo correspondiente.

Intente recordar que tipo de información se recoge en este informe:

- Complicaciones _____-_____.

- Distribución de _____ de _____ a embarazadas

- Primera Consulta de Salud _____ y _____ en el _____

- Flujo de Referencias y Contra-Referencias

- Cobertura Real de los Servicios y Programas

- Embarazadas con dos dósis de Toxoide Tetánico

Volvamos a repasar las características propias de este Modelo de Subsistema de Información en Salud diseñado por _____ para la S.N.S. Tiene que ser:_____, _____, _____ y _____.

Y debe de proporcionar ***información para el Ajuste Contínuo*** del propio subsistema.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS POR EL SIS

Recordemos la definición de ***Subsistema de Información en Salud***:

Es un conjunto de ***instrumentos*** y _____ destinados a ***captar***,_____, _____ y ***analizar*** los datos de las acciones en salud generados en los diferentes Niveles de Atención del Modelo Sanitario.

Tanto la ***captación*** como el ***registro, el procesamiento y el análisis*** de los datos constituyen etapas para conseguir que los datos se conviertan en información. A su vez el ***procesamiento*** está constituido por una serie de etapas que han de realizarse en un orden determinado.

En la columna de la izquierda estan las etapas que constituyen el ***procesamiento*** de los datos. Como habrá podido advertir, están desordenadas Ordénelas en los espacios de la columna derecha.

Control Cruzado de totales _____

Obtención de indicadores _____

Revisión

_____

Tabulación

_____

Cómputo

_____

Codificación, Clasificación y Cálculo _____

En cada una de estas etapas se utilizan diferentes ***procedimientos*** para el manejo de los datos. Cada uno de estos ***procedimientos*** utiliza un tipo diferente de ***instrumentos***.

Dicho de otra forma, para la ***captación, registro, procesamiento y análisis*** de los datos (para convertirlos en información) se utilizan una serie de ***procedimientos*** que precisan de ***instrumentos*** específicos.

Para la ***captación*** de los datos se utilizan una serie de ***procedimientos*** como el interrogatorio, la exploración, los exámenes complementarios, la encuesta, la observación directa, la revisión de documentos, etc.

Para ello son necesarios una serie de ***instrumentos*** como estetoscopio, lámpara, radiografías, pruebas de laboratorio, formularios de encuesta, documentos, etc.

Una vez que los datos han sido ***captados***, es necesario que se ***registren*** en algún tipo de soporte. Los ***Registros y los Instructivos*** para su llenado son el tema de esta Guía. Volveremos con más calma sobre la cuestión.

Cada una de las etapas del ***procesamiento*** de los datos se realiza con ***procedimientos e instrumentos*** propios.

¿Recuerda cuál es la primera etapa en el ***procesamiento*** de los datos? La

---

Después de ***revisar*** los datos registrados (intentando ***corregirlos y completarlos***, siempre que sea posible) hay que codificar y clasificar algunas variables.

Para la ***codificación*** necesitamos también ***instrumentos***. Por ejemplo, para la ***codificación*** de patologías, necesitamos la Clasificación Internacional de Enfermedades. Para la clasificación del lugar de residencia, necesitamos la lista de localidades incluidas en el Area de cobertura, en el Municipio y en el Distrito de Salud.

Hasta ahora hemos visto ***instrumentos*** correspondientes a las siguientes etapas:

Etapas	***Instrumentos***
Registro de datos	Libros de Registro y sus Instructivos
	Historia Clínica e Instructivo
Revisión de los datos	
Codificación y Clasificación	Clasificaciones y Listados

El ***cómputo*** se realiza en el mismo libro de registro. Se contabilizan los totales en cada una de las páginas. Después del último registro del mes, se anotan los totales de cada página y se suman para obtener el total mensual. También el ***control cruzado de los totales*** se realiza en el ***libro de registro***. Para ambos procedimientos se necesitan ***instructivos***.

Anote en la columna de la derecha los ***instrumentos*** que se utilizan en cada una de las etapas señaladas en la columna de la izquierda:

Etapas	***Instrumentos***
Registro de datos	_____de_____ y sus _____.
	_____ _____ e _____.
Codificación y clasificación	_____ y _____.
Cómputo	_____.
Control Cruzado de Totales	_____.

La siguiente etapa es la _____ de los datos. Para ello utilizamos ***cuadros*** (o tablas) en los que se concentran los datos más significativos. En estos mismos cuadros se obtienen indicadores para la planificación y gestión del servicio y del

establecimiento. También son necesarios ***instructivos para la tabulación*** de los datos. En la etapa de tabulación utilizamos, por lo tanto, ***cuadros de consolidado*** y sus ***instructivos***.

De estos cuadros de consolidado se obtienen los datos para la ***elaboración*** de los ***informes*** mensuales solicitados por los niveles superiores del Sistema de Salud:

—Informe Mensual de Actividades del SNIS

—Informe Mensual de Vigilancia Epidemiológica

—Informe Trimestral Extra de Salud Materno-Perinatal

—Otros informes específicos de Programas

En los niveles superiores se realiza una segunda ***tabulación*** concentrando los datos de los establecimientos de su área de influencia.

La penúltima etapa del ***procesamiento*** de datos es la _____ de _____.

Para la elaboración de indicadores necesitamos una serie de ***fórmulas***. Como ya hemos dicho, los datos para la ***elaboración de indicadores*** se obtienen de los cuadros de consolidación y de datos obtenidos de otras fuentes (censos, metas de programas...).

Hasta el momento hemos visto los siguientes ***instrumentos*** utilizados por el SIS:

—Registros y sus instructivos

—Historia Clínica e Instructivo

—Clasificaciones y Listados

—Instructivos para el cómputo

—Instructivos para el Control Cruzado de Totales

—Cuadros e instructivos para la Tabulación

—Fórmulas para la obtención de indicadores

—Modelos de informes y sus instructivos

Intente relacionar los anteriores instrumentos de acuerdo a la etapa en que se utilizan:

Registro de los datos _____

_____

Codificación y Clasificación _____

Cómputo

_____

Control Cruzado de totales _____

Tabulación

_____

Obtención de indicadores _____

Elaboración de informes _____

Resumiendo, podemos decir que un Subsistema de Información en Salud utiliza básicamente los siguientes ***instrumentos***:

—Registros (primarios y secundarios)

—Instructivos

—Clasificaciones y Listados

—Cuadros

—Fórmulas

—Informes

¿Se acuerda ahora qué ***instrumentos se utilizan en la etapa de obtención de indicadores?*** _____.

Repasemos ahora todo el capítulo en conjunto.

Un ***Subsistema de Información en Salud*** es un conjunto de ***Instrumentos y Procedimientos*** destinados a ***captar, registrar, procesar y analizar*** los datos de las acciones en salud generados por los diferentes ***Niveles de Atención del Modelo Sanitario***. En este modelo nos ocupamos de los Puestos, Centros de Salud y Hospitales de Distrito.

Las etapas en el ***procesamiento de datos*** son: ***Revisión, codificación, clasificación y cálculo, cómputo, control cruzado de totales, tabulación, obtención de indicadores y elaboración de informes.***

Los ***cuatro objetivos de un SIS***, de acuerdo con la Secretaría Nacional de Salud, son:

1. ***Conocer la realidad de la acciones de Salud.***
2. ***Servir de apoyo para la toma de decisiones.***
3. ***Apoyar al sector en la descentralización político-administrativa***
4. ***Servir de soporte al sistema de planificación.***

Un SIS ha de tener las siguientes ***características: simplicidad, agilidad, oportunidad y bajo costo***.

Los ***instrumentos*** que habitualmente utiliza un SIS son: ***Registros, Instructivos, Clasificaciones y Listados, Cuadros, Fórmulas e Informes***.

Veamos ahora hasta que punto hemos conseguido los objetivos de aprendizaje de

este capítulo. Complete los siguientes enunciados sin volver a leer el texto anterior. Le servirá para darse cuenta qué objetivos tiene que volver a repasar. Si copia, este ejercicio no tendrá ninguna utilidad. Recuerde que tiene que escribir con lapiz para poder borrar y repetir su lectura todas las veces que usted necesite.

1.1. Dar una definición operativa de Subsistema de Información en Salud

1.1.a. Citar los ***dos componentes*** de un SIS

Un SIS es un conjunto de _____ y _____.

1.1.b. Enumerar las ***cuatro finalidades*** de los componentes

...destinados a _____, _____, _____ y _____.

1.1.c. Definir el ***campo de acción*** de un SIS

...los datos de las acciones en salud generados en los diferentes _____ de _____ del _____ _____.

1.2. Señalar las diferentes etapas del procesamiento de los datos

El ***procesamiento*** de datos consta de las siguientes ***siete etapas***:

_____, _____ y _____, _____ _____, _____, _____ de _____ y _____ de _____.

1.3. Exponer cuatro objetivos de un Subsistema de Información en Salud

Los objetivos de un SIS, según la S.N.S., son:

1. Conocer la _____ de las _____ de _____.

2. Servir de _____ para la _____ de _____.

3. Apoyar al sector en la _____ _____-_____

3. Servir de _____ al _____ de _____.

1.4. Citar las características que ha de tener un SIS

Un Subsistema de Información en salud ha de ser: _____, _____, _____ y de _____ _____.

1.5. Citar otras características propias de este modelo de SIS

Este modelo de SIS es además: _____ en el SNIS, _____ con la realidad, _____ y _____ y además permite el _____ _____ del propio Subsistema.

Se obtiene también ***información complementaria en el área Materno-Perinatal***:

- _____ Materno-Perinatales
- Distribución de _____ de _____ a embarazadas
- _____ _____ de Salud Sexual y Reproductiva en el Año
- _____ de Referencias y Contra-Referencias
- _____ _____ de los Servicios y Programas
- _____ con dos dósis de _____ _____

1.6. Enumerar seis tipos de instrumentos que utiliza un SIS

El SIS utiliza básicamente los siguientes instrumentos: _____,

¿Qué tal? Si ha sido capaz de completar los diferentes enunciados puede pasar a la evaluación final del tema. Si no lo ha conseguido, no se preocupe, lo conseguirá. Fíjese en qué objetivos no ha sido capaz de completarlo todo. Borre lo que ha escrito en los apartados correspondientes y repase los objetivos que no domine totalmente.

Las dos páginas siguientes contienen 10 preguntas para la autoevaluación del presente Capítulo.

NO ESCRIBIR NADA EN ESTAS ***HOJAS DE PREGUNTAS***.

Las respuestas que usted considera válidas las tiene usted que registrar en una ***HOJA DE RESPUESTAS*** que le entregaremos aparte (le daremos 4, pero puede pedir más).

Después de contestar a las preguntas, corrija la Evaluación Intermedia en la ***Hoja de Respuestas***. Las ***Respuestas Correctas*** están al final del texto. No mire estas respuestas hasta que considere que domina el tema y realice una evaluación intermedia.

La última página del Capítulo es la hoja para anotar los resultados (***Hoja de Resultados***). Ya la utilizó usted para la «Evaluación Inicial». Ahora tiene que anotar sus resultados en las columnas de «Evaluación Intermedia».

No realice una Evaluación Intermedia hasta que esté totalmente seguro que domina el tema.

EVALUACIÓN TEÓRICA

1.1. Señale cuáles son los componentes de un SIS ***(Obj. 1.1.a)***

a) Cómputo y Tabulación
b) Registro y Revisión
c) Codificación y Clasificación
d) Instrumentos y Procedimientos
e) Todas las respuestas anteriores son correctas

1.2. Los dos componentes de un SIS estan destinados a: ***(Obj. 1.1.b)***

a) Captar datos
b) Registrar datos
c) Procesar datos
d) Analizar datos
e) Todas las respuestas anteriores son correctas

1.3. El campo de acción de un SIS es: ***(Obj. 1.1.c)***

a) El hospital de distrito
b) La Secretaría Nacional de Salud (SNS)
c) Los puestos de salud
d) Los establecimientos privados
e) Los diferentes niveles de atención del modelo sanitario

1.4. ¿Cuál de las siguientes NO ES una etapa del procesamiento de datos? ***(Obj. 1.2.)***

a) Análisis de la información
b) Tabulación de los datos
c) Codificación y Clasificación
d) Control cruzado de totales
e) Cómputo de los datos

1.5. La etapa de Revisión de los datos tiene la finalidad de detectar ***(Obj. 1.2.)***

a) Codificaciones incorrectas
b) Cálculos mal realizados
c) Omisiones e incongruencias
d) Indicadores mal calculados
e) Todas las respuestas anteriores son correctas

1.6. ¿Cuál de los siguientes es uno de los objetivos prioritarios de un SIS? ***(Obj. 1.3.)***

a) Aumentar la cobertura
b) Mejorar la asistencia
c) Centralizar los servicios
d) Servir de apoyo para la toma de decisiones
e) Todas las respuestas anteriores son correctas

1.7. ¿Cuál de los siguientes NO ES uno de los objetivos prioritarios del SIS establecidos por la SNS? ***(Obj. 1.3.)***

a) Conocer la realidad de las acciones de salud
b) Mejorar la dotación de los establecimientos sanitarios
c) Servir de apoyo a la toma de decisiones
d) Apoyar al sector en la descentralización Político-Administrativa
e) Servir de soporte al sistema de planificación

1.8. ¿Cuál de las siguientes son características que ha de tener un SIS? ***(Obj. 1.4)***

a) Activo e informatizado
b) Agil y oportuno
c) Compacto y veloz
d) Centralizado y jerarquizado
c) Todas las respuestas anteriores son correctas

1.9. ¿Cuál de las siguientes es una característica propia de este modelo de SIS? ***(Obj. 1.5.)***

a) Activo e informatizado
b) Amplio y extenso
c) Compacto y veloz
d) Centralizado y jerarquizado
c) Integrable y pertinente

1.10. ¿Cuál de los siguientes NO ES un instrumento utilizado por el SIS? ***(Obj. 1.6)***

a) Libros de registro
b) Protocolos
c) Instructivo
d) Formulas
c) Cuadros para consolidado

Capítulo 2

Los Registros en Salud

OBJETIVOS

Objetivo General

Clasificar los diferentes tipos de registros (citando su utilidad) según las fuentes que utilizan, según el nivel de establecimiento sanitario donde se utilizan y según el tipo de servicio/programa sanitario. Definir variable, categoría y registro.

Objetivos Específicos:

Teóricos

2.1. Nombrar dos tipos de registros de acuerdo con la fuente de la que se toman los datos.

2.2. Enumerar los diferentes registros primarios personales propuestos por el SNIS.

2.3. Citar tres utilidades de los registros primarios personales.

2.4. Definir la utilidad de los libros de registro.

2.5. Clasificar los diferentes libros de registro a utilizarse de acuerdo con el nivel del establecimiento sanitario

2.6. Clasificar los diferentes libros de registro a utilizarse de acuerdo con el tipo de programa y servicio donde se utilizan

2.7. Libros de registro relacionados con Salud Materno-Perinatal

2.8. Definir variable, categoría y registro.

Práctico

2.1.p. Seleccionar los registros necesarios de acuerdo con los programas y servicios en funcionamiento en el establecimiento sanitario donde trabaja.

REGISTROS Y SUS TIPOS

Llamamos registros ***primarios*** a los documentos en los que se recoge la información ***directamente de la fuente que la produce***. En contraposición, un registro ***secundario*** es aquél que obtiene la información ***de otros registros***.

De acuerdo con este criterio, el ***registro primario básico*** para la captación de información a nivel de un establecimiento sanitario es la ***Historia Clínica***. En ella recogemos información directamente del paciente mediante el interrogatorio, exploración y pruebas complementarias.

Son también primarios los registros de hechos vitales y los de actividades realizadas por el personal sanitario.

De acuerdo con esta clasificación, ***los Libros de Registro*** de los diferentes servicios asistenciales ***se consideran secundarios*** ya que obtienen su información de las Historias Clínicas.

Las ***Historias Clínicas*** son documentos ***personales***, es decir, recogen información de una sola persona. Son también documentos personales los ***protocolos operatorios, las hojas de examen de laboratorio, las boletas de referencia y contra-referencia y los diferentes carnets*** propuestos por el SNIS.

Los ***registros primarios personales*** tienen utilidad para la ***atención directa del paciente***. El facultativo dispone de una información sobre el paciente que le sirve de base para tomar decisiones.

Otra utilidad de estos registros es la de posibilitar investigaciones sobre temas

específicos. Los estudios sobre ***calidad de la asistencia prestada*** toman la información de las Historias Clínicas y de los otros registros primarios personales.

Como ya hemos dicho, la ***información recogida en los Libros de Registro*** de servicios asistenciales y programas preventivos se obtiene de los registros primarios. Los libros de registro no contienen ninguna información que no haya sido registrada antes en los registros primarios.

Los libros de registro nos son útiles para facilitarnos el resumen de datos en la elaboración de informes y en la obtención de indicadores. ***En ningún caso sustituyen a la Historia Clínica.***

Repasemos lo que hemos visto hasta ahora.

Existen dos tipos de registros, los ***primarios*** y los ***secundarios***. Los primarios toman la información directamente de la fuente y los secundarios toman información de los registros primarios.

¿Recuerda cuál es el documento primario más importante de los utilizados en los establecimientos sanitarios?

La _____ _____.

REGISTROS PRIMARIOS PROPUESTOS POR EL SNIS

El ***Subsistema Nacional de Información en Salud*** propone una serie de registros primarios para su utilización en los establecimientos sanitarios. Estos registros son personales, es decir, cada uno de ellos contiene datos de una sola persona. Estos registros y la forma de cómo han de ser cumplimentados, se explican en la publicacion ***«Historia Clínica Única para los Distritos de Salud (Sistemas Locales de Salud). Manual de Instrucciones»***.

Como ya hemos dicho, el registro básico es la ***Historia Clínica***, compuesta por una serie de hojas en las que se registran los datos relevantes de los pacientes.

Esta Historia Clínica está compuesta por una serie de hojas comunes a todos los pacientes y unas hojas especificas de acuerdo con el tipo de persona atendida.

Existen ***Hojas Específicas*** para:

- **Los niños menores de 5 años**
- **La mujer no gestante**
- **La mujer gestante (Historia Clínica Perinatal)**

Los datos registrados en estas hojas forman parte de la ***Historia Clínica***, pero tambien se registran en ***Carnets*** que son entregados a los usuarios.

Para cada una de las hojas específicas existe un ***Carnet personal***. Hay por lo tanto tres tipos de Carnets:

- **Carnet para el niño menor de 5 años**
- **Carnet para la mujer no gestante**
- **Carnet de salud para el embarazo y el parto**

Además de la Historia Clínica General, de las Hojas Específicas y de los Carnets, se utilizan otros tres documentos personales:

— Hoja de protocolo operatorio

— Hoja de exámenes de laboratorio

— Boleta de referencia y contra-referencia

Anote los ***dos tipos de registros existentes de acuerdo con la fuente*** de la que toman la información:

_____ y _____.

El primer tipo recoge la información directamente de la _____. que la _____. El segundo tipo recoge la información de _____ _____.

El ***Registro Primario*** fundamental en los establecimientos de salud es:

la _____ _____.

La ***Historia Clínica*** se compone de una serie de hojas de registro comunes y de una serie de Hojas Específicas para determinado tipo de usuarios.

¿Sabe usted qué tres tipos de Hojas Específicas propone el SNIS para su utilización a nivel nacional?

— Hoja Especial para el _____ _____ de __ _____.

— Hoja para la _____ __ _____.

— Hoja de Historia Clínica _____.

Estas hojas quedan archivadas en la Historia Clínica del paciente en el establecimiento sanitario. La misma información se registra en un documento que se entrega al paciente.

¿Recuerda cómo se llama este documento?

_____

Existen ***tres tipos de carnets*** que se corresponden con las Hojas Especificas de la Historia Clínica. En la columna de la izquierda están reseñadas las tres Hojas Especificas de la Historia Clinica. Escriba usted, en los espacios que hay a la derecha del nombre de cada una de las Hojas Específicas el nombre de los Carnets que se corresponden con estas Hojas.

-Hoja especial para el niño menor de 5 años	-Carnet ___ __ ____ _____ de _ ___
-Hoja para la mujer no gestante	-Carnet ___ __ ____ __ _____
-Hoja de Historia Clínica Perinatal	-Carnet__ ____ para __ ____ y __ ____

¿Seguro que ha completado bien este último apartado? Revíselo.

Los dos primeros Carnets se llaman igual que las Hojas Específicas correspondientes. Recordemos que ambos (Hojas y Carnets) contienen los mismos datos.

El tercer Carnet no se llama exactamente igual que la Hoja Específica correspondiente pero, al igual que en los dos casos anteriores, ambos contienen los mismos datos.

Además de las tres Hojas Especificas y de los tres tipos de Carnets, el SNIS propone otros 3 documentos. ¿Recuerda cuáles son? Le vamos a ayudar un poco:

— **Hoja de Protocolo** _____.

— **Hoja de Exámenes de** _____.

— **Boleta de**_____ **y** _____

UTILIDAD DE LOS REGISTROS PRIMARIOS PERSONALES

Como ya hemos dicho anteriormente, estos ***Registros Primarios Personales*** sirven para la ***atención directa del paciente***. En un mismo documento, el facultativo puede registrar todos los datos referentes a un paciente. La información histórica acumulada sobre cada persona es de utilidad para que el facultativo establezca sus diagnósticos y tome las decisiones pertinentes.

La primera utilidad de los Registros Primarios Personales es la ***Atención Directa del Paciente***.

Imagine usted que para recabar datos sobre episodios patológicos y tratamientos recibidos por un paciente, el facultativo tenga que recurrir a los Libros de Registro. Sería una tarea larga y con probabilidad de que la información hallada no sea completa. El disponer de toda la información referente a un mismo paciente en un documento único posibilita una atención de mejor calidad.

Otra utilidad de las Historias Clínicas, y de los demás Registros Primarios Personales, es la de permitir estudios sobre la ***calidad de la asistencia prestada***.

Por último, como ya hemos dicho anteriormente, de estos Registros Primarios obtenemos la ***información que se anota en los Libros de Registro*** de los servicios de atención a los pacientes. Todos los datos que estos contienen han sido previamente registrados en la Historia Clínica y en los demás Registros Primarios Personales.

Utilizamos los ***Registros Primarios Personales*** (o individuales)

fundamentalmente con ***tres finalidades:***

— La Atención Directa del Paciente

— El Control de Calidad de la Asistencia Prestada

— La Obtención de Datos para los Libros de Registro (secundarios)

Repasemos lo que hemos estudiado hasta ahora.

Los Registros pueden ser de dos tipos _____ y _____.

Los primeros recogen la información directamente de la _____ que la _____.

Los registros secundarios recogen la información de _____ _____.

El Registro Primario Personal básico es la _____ _____.

El SNIS propone una serie de Registros Primarios Personales. Tres de ellos son Hojas Específicas que complementan la Historia Clínica General y que se utilizan para grupos específicos de la población.

¿Recuerda usted qué tres grupos de población utilizan estas Hojas Específicas?

— _____ _____ **de** _____.

— _____ **no** _____.

— _____ _____.

Las dos primeras Hojas llevan el nombre de los grupos que las utilizan. La tercera tiene un nombre ligeramente diferente. Si se acuerda, anótelo aquí debajo. Si no se acuerda, vuelva a repasar el segundo apartado de este Capítulo, fijándose en este punto y, sin copiarlo directamente, anote el nombre de esta Hoja Específica en el siguiente espacio:

Hoja de Historia Clínica ____ **(Para la** _____**).**

Estas tres Hojas Específicas se corresponden con tres tipos de Carnets que conserva el propio paciente. Los dos primeros se llaman igual que sus Hojas correspondientes. ¿Recuerda cómo se llaman?

— Carnet para el _____ _____ **de** _____.

— Carnet para la _____ **No** _____.

El tercer Carnet no se llama Carnet para la Mujer Gestante, aunque recoja la información referente a este grupo de población. ¿Recuerda cuál es su nombre?

— Carnet de _____ **para el** _____ **y el** _____.

Además de la Historia Clínica general, de las Hojas Específicas y de los Carnets, ¿recuerda usted qué otros tres Registros Primarios propone el SNIS?

— Hoja de _____ _____.

— Hoja de _____ **de** _____.

— Boleta de _____ **y** _____.

Intente ahora recordar cuáles son las ***tres utilidades*** que le damos a los ***Registros Primarios Personales***. Si no lo recuerda, lea el apartado correspondiente con detenimiento. Luego, sin volver a mirar, anótelo aquí debajo.

— La Atención _____.

— El Control de _____ **de la** _____.

— La Obtención de Datos para los _____ **de** _____.

LIBROS DE REGISTRO A UTILIZARSE EN LOS DIFERENTES NIVELES DE ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS

El Modelo de Subsistema de Información en Salud que vamos a estudiar se va a utilizar en los siguientes ***Niveles del Sistema Sanitario***:

— **Puesto de Salud (Nivel I).**

— **Centro de Salud (Nivel I).**

— **Hospital de Distrito (Nivel II).**

En primer lugar vamos a ver los ***Libros de Registro*** que se han de ***utilizar en los Puestos de Salud***. Estos mismos libros ***se utilizarán también en los Centros de Salud y en los Hospitales de Distrito***.

En segundo lugar veremos los Libros de Registro que se van a utilizar en los ***Centros de Salud***. Éstos se utilizan junto con los ya vistos en el apartado anterior que, como ya hemos dicho, son de utilización en los tres niveles reseñados.

Por último veremos los Libros de Registro específicos de los ***Hospitales de Distrito***. En estos Hospitales se van a utilizar, además de los específicos, todos los libros utilizados en los otros dos tipos de establecimientos sanitarios.

a) Libros de Registro a utilizarse en Puestos de Salud

Los Libros de Registro a utilizarse en cada tipo de establecimiento sanitario van a depender de los Servicios y Programas que esten funcionando en cada

establecimiento. La lista que presentamos a continuación es solo aproximativa y puede variar de un Puesto de Salud a otro.

1. Consulta Externa (Libro de Registro por Puestos de Salud).

2. Inyecciones, Curaciones y Sueros.

3. Control de la Mujer no Gestante

4. Control Prenatal y Puerperio.

5. Parto y Recién Nacido.

6. Control de Crecimiento y Desarrollo

7. Relaciones con la Comunidad.

8. Visitas Domiciliarias.

9. Hechos Vitales.

En esta Guía no vamos a estudiar los registros del P.A.I. La metodología para el registro de datos y la elaboración de la Grafica están ya establecidos por el propio Programa y el personal responsable de este trabajo ha sido ya capacitado por el propio Programa también.

Lea detenidamente la lista anterior. Observe que hay cuatro grupos. En el primer grupo hay dos libros, en el segundo cinco y en el tercero y cuarto, uno en cada uno.

b) Libros de Registro a utilizarse en los Centros de Salud

Como ya hemos dicho, en los ***Centros de Salud*** se utilizan todos los libros utilizados en los Puestos de Salud. Pero ademas se utilizan otros cuatro libros:

1. Consulta Externa (Libro de Registro por Centro de Salud y Hospital de Distrito)

2. Odontología

3. Hospitalización

4. Laboratorio

En este caso también hemos separado los libros en dos grupos. El primer grupo lo constituyen tres libros y el segundo un solo libro

¿Recuerda cuál es el Libro de Registro que constituye el segundo grupo?

_____

El Libro de Registro de Consulta Externa en Centros de Salud es diferente al utilizado en los Puestos de Salud, pero es igual al utilizado en los Hospitales de Distrito.

Volveremos a repasar los Libros de Registro que se utilizan en Puestos y Centros de Salud en el siguiente apartado.

c) Libros de Registro a utilizarse en los Hospitales de Distrito

En los Hospitales de Distrito, además de los Libros de Registro utilizados en los Puestos y Centros de Salud, utilizaremos también los siguientes Libros:

1. Emergencias

2. Quirófano

3. Diagnóstico por Imagen

4. Anatomía Patológica

5. Fisioterapia

6. Banco de Sangre

7. Lavandería

8. Alimentación

Como ya hemos dicho anteriormente, los Libros a utilizarse en cada establecimiento sanitario va a depender de los servicios y programas que funcionen en el establecimiento. Si, por ejemplo, un Centro de Salud no dispone del Servicio de Odontología, no tendrá nada qué registrar en este Libro y, por lo tanto, no tendrá que utilizarlo.

En el listado anterior de Libros de Registro a utilizarse en Hospitales de Distrito, hemos clasificado los ocho libros en cuatro grupos. En cada grupo hay dos Libros.

Dentro de cada tipo de establecimiento sanitario hemos establecido grupos. En los Libros utilizados en Puestos de Salud hemos establecido cuatro grupos, en los utilizados en Centros de Salud, dos grupos. Los Libros a utilizarse exclusivamente en Hospitales de Distrito los hemos clasificado en cuatro grupos.

Recuerde que en cada nivel de establecimiento sanitario se van a utilizar los libros reseñados, más los utilizados en los niveles inferiores.

¿Cuántos Libros de Registro se van a utilizar en un Hospital de Distrito? (sin incluir el P.A.I.)

_____ Libros de Registro

Si su respuesta ha sido ocho, es que no ha entendido el último párrafo. Vuelvalo a leer. En el Puesto de Salud se van a utilizar ocho Libros de Registro. En un Centro de Salud se van a utilizar cinco Libros más siete de los ocho utilizados también en los Puestos de Salud (El Libro de Registro de Consulta Externa se repite). Es decir:

— en un Centro de Salud se van a utilizar _____ Libros de Registro

— en un Hospital de Distrito se van a utilizar _____ Libros de Registro

Si su última respuesta ha sido veinte es que ha entendido lo que queremos decir Si ha dado cualquier otra respuesta. vuelva a leer esta pagina o repase las sumas que ha hecho.

LIBROS DE REGISTRO DE ACUERDO AL TIPO DE SERVICIO O PROGRAMA QUE LOS UTILIZA

Podemos clasificar las actividades realizadas por un establecimiento sanitario en dos grandes grupos:

— **Actividades Preventivas**

— **Actividades Curativas**

Las ***Actividades Preventivas*** son llevadas a cabo por una serie de ***Programas Preventivos***. Estos Programas desarrollan sus actividades en los tres niveles de establecimientos sanitarios que hemos citado anteriormente. Los Libros de Registro de Actividades Preventivas están reseñados en la lista de Libros a utilizarse en los Puestos de Salud. Esto no quiere decir que sólo se utilizan en este nivel. Como ya hemos dicho anteriormente, en cada uno de los tres niveles de establecimientos sanitarios contemplados, se utilizan los Libros reseñados en ese nivel y en los niveles inferiores.

Revise la lista de los Libros de Registro a utilizarse en los Puestos de Salud (recuerde que se utilizan también en los otros dos niveles). Anote seguidamente los nombres de los cinco Libros de Registro utilizados en ***Actividades Preventivas*** (un quinto Libro sería el del P.A.I. pero no lo vamos a estudiar en esta Guía).

3. Control de la _____ **no** _____

4. Control _____ **y** _____

5. _____ **y** _____

6. Control de _____ y _____

7. Relaciones con la _____

En el mismo listado, hay dos libros para el registro de ***Actividades Curativas*** Anote cuáles son:

_____ _____ (Libro de Registro por Puesto de Salud)

_____, _____ y _____.

El Libro de Registro de ***Visitas Domiciliarias*** no puede clasificarse en ninguno de los dos grupos anteriores ya que en él se registran tanto Actividades ***Curativas como Preventivas***. Por ello lo hemos puesto en un grupo aparte. El Libro de Registro de Hechos Vitales (Nacimientos y Defunciones), no se clasifica en ninguno de estos dos grupos. Por ello constituye tambien un grupo aparte.

Ahora podemos entender por qué hemos clasificado los diferentes Libros de Registro en grupos. Los nueve libros a utilizarse en los tres niveles contemplados pueden clasificarse en cuatro grupos de acuerdo al tipo de actividades registradas:

— Preventivas.

— Curativas.

— Mixto (Curativas y Preventivas).

— Sin Clasificación.

El resto de los Libros de Registro que se utilizan en los Centros de Salud y en los Hospitales de Distrito, se clasifican todos dentro del grupo de Actividades Curativas

Dentro del grupo de ***Actividades Curativas*** podemos subclasificar a estas en 4 grupos.

— **Actividades Asistenciales (Consultas y Hospitalización).**

— **Actividades Auxiliares de Diagnóstico.**

— **Actividades Auxiliares de Tratamiento.**

— **Actividades de Hostelería Hospitalaria.**

Revise la lista de los Libros a utilizarse sólo en los Hospitales de Distrito e intente imaginar cuáles son los ***dos libros*** que se refieren a Servicios de ***«Hostelería Hospitalaria»***.

_ _____ y _____.

Si no ha podido contestar, no se preocupe. Todavía no hemos hablado de ello. Sólo queremos poner a prueba su imaginación.

Sigamos imaginando. Hemos clasificado los ***cuatro Libros de Registro de los Centros de Salud*** (recuerde que se utilizan también ocho de los nueve libros reseñados para los Puestos de Salud) en dos grupos. Los ***cuatro primeros*** libros se incluyen en el grupo de ***Actividades Asistenciales***.

¿Dónde Clasificaría usted al Libro de ***Laboratorio?***

Actividades _____ de _____.

Estamos seguros de que su imaginación ha funcionado y ha contestado correctamente.

De los ***tres Libros*** para el registro de ***Actividades Asistenciales***, dos son para Servicios de Consulta Externa. Uno es para ***Consulta Externa*** General y otro para Consulta Externa de Especialidad, el de ***Odontología.*** El otro es el Libro de Registro de ***Hospitalización***.

En los Centros de Salud sin Servicio de Hospitalización, por supuesto no se utilizará este último Libro de Registro.

Repasemos los diferentes ***Libros de Registro*** que se utilizan en un ***Centro de Salud-Hospital***, clasificándolos en los diferentes grupos:

PROGRAMAS PREVENTIVOS

Control de Crecimiento y Desarrollo.

Control Prenatal y Puerperio.

Planificación Familiar.

Relaciones con la Comunidad.

SERVICIOS CURATIVOS

a) Asistenciales

Consulta Externa (Libros de Registro por Centro de Salud y Hospital de Distrito).

Odontología.

Parto y Recién Nacido.

Hospitalización.

b) Auxiliares de Diagnóstico

Laboratorio.

c) Auxiliares de Tratamiento

Inyecciones, Curaciones y Sueros.

Mixtos o sin Clasificación

Visitas Domiciliarias.

Hechos Vitales.

En los Hospitales de Distrito, ademas de los doce Libros utilizados en los Centros de Salud, se utilizan otros ocho Libros.¿A que grupo pertenecen todos ellos?

Actividades

Revise el listado de Libros a utilizarse solo en Hospitales de Distrito. Clasifique cada Libro de Registro dentro del grupo que le corresponde:

a) Asistenciales _____

_____

b) Auxiliares de Diagnóstico

_____ **por** _____.

_____ _____.

c) Auxiliares de Tratamiento

_____.

_____ **de** _____.

d) Hostelería Hospitalaria

_____.

_____.

LIBROS DE REGISTRO RELACIONADOS CON SALUD MATERNO PERINATAL

Entre los libros estudiados en el apartado anterior, algunos recogen información referente al area de salud materno-perinatal Estos son los libros que estudiaremos en los diferentes cuadernos que componen esta Guía.

En los libros sobre actividades preventivas recogemos información referente a la atención de la ***Mujer no Gestante, de la Mujer Embarazada y de la Atención al Parto y al Recién Nacido.***

En los libros sobre actividades curativas recogemos información referente a ***Complicaciones y Mortalidad Materna y Perinatal.***

Cuaderno 2a

Libros de Registro para Centros de Salud y Hospitales Distritales

Capitulo 5 *Consulta Externa (Centros de Salud y Hospitales de Distrito)*

Capitulo 6 *Control de la Mujer no Gestante*

Capitulo 7 *Control Prenatal y Puerperio*

Capitulo 8 *Parto y Recién Nacido*

Capitulo 9 *Hospitalización*

Capitulo 10 *Emergencias Hospitalarias*

Cuaderno 2b

Libros de Registro para Puestos de Salud

Capitulo 5 *Consulta Externa en Puestos de Salud*

Capitulo 6 *Control de la Mujer no Gestante*

Capitulo 7 *Control Prenatal y Puerperio*

Capitulo 8 *Parto y Recién Nacido*

Entre los libros utilizados en los Puestos de Salud unicamente en uno se registran actividades curativas ¿Cuál es?

_____ _____ (Libro de Registro por Puesto de Salud)

En los Hospitales de Distrito y en algunos Centros de Salud se utilizan tres libros para el registro de actividades curativas. Uno de ellos es el de ***Consulta Externa en Centros de Salud y Hospitales de Distrito*** ?Cuáles son los otros dos?

_____ y _____ _____

Los libros para el registro de actividades preventivas son tres y son comunes a los tres tipos de establecimientos sanitarios. Se refieren a tres diferentes etapas de la mujer en edad fértil: ***Mujer no Embarazada, Mujer Embarazada, Parto y Recién Nacido.***

¿Cuáles son estos tres libros?

_____ de la _____ no _____

_____ _____ y _____

_____ y _____ _____

Recuerde que en los libros de registro sobre actividades curativas obtenemos información sobre

_____ y Mortalidad _____ y Perinatal

Escriba el nombre de los tres libros de registro sobre actividades curativas que se utilizan en los Hospitales de Distrito:

_____ _____ (Libro de Registro por Centro de Salud)

_____

_____ _____

Los tres libros de registro sobre actividades preventivas para las mujeres en edad fértil, como ya sabe, se utilizan en los tres tipos de establecimiento de salud que estamos considerando. Se refieren a tres etapas de la vida de la mujer. Los hemos ordenado de forma secuencial. El primero recoge información sobre actividades preventivas para la Mujer no Gestante, el segundo es el Libro de Control Prenatal

¿Cuál es el tercero?

Libro de Registro de_____y_____ _____

DEFINICIÓN DE VARIABLE, CATEGORÍA Y REGISTRO

Llamamos ***Variables*** a las ***diferentes características*** que describimos referentes a:

— **El individuo o la comunidad** (edad, lugar de residencia, sexo, disgnóstico...)

— **Las decisiones tomadas** (remitido desde, remitido a, análisis solicitados...)

— Los **resultados obtenidos** (curación, defunción, análisis positivo.....)

Categoría es cada una de las ***modalidades diferentes*** que puede adoptar una ***variable***.

Un ***Registro*** son una ***serie de datos*** referentes a una persona, recogidos durante una ***actividad sanitaria***. Ocupan una línea completa de un Libro de Registro

Las variables son. por lo tanto, ***características*** que varían de un individuo a otro. Estas variables se refieren fundamentalmente a:

— El individuo o la comunidad

— Las decisiones tomadas.

— Los resultados obtenidos.

¿Recuerda qué es una categoría?

Es cada una de las _____ _____ que puede adoptar una _____.

Vamos a explicar esto con un ejemplo.

El sexo es una variable, ya que describe una ***característica*** referente a un individuo. Le llamamos variable porque puede variar de un individuo a otro. La variable sexo tiene dos ***categorías*** (al menos oficialmente), que son las modalidades que puede adoptar esa ***variable***: Masculino y Femenino.

En la ***variable diagnóstico***, el número de ***categorías*** es mucho mayor. Los diagnósticos han de quedar clasificados en alguna de las ***categorías***, que agrupadas en 19 grandes apartados, constituyen la ***Clasificación Internacional de Enfermedades (C.I.E.-9)***. Esto será una tarea a realizar por el codificador.

Por lo tanto, una ***variable*** es cada una de las _____que describimos y que se refieren a ***individuos o comunidades, decisiones tomadas o resultados obtenidos***.

Escriba una variable propia de un individuo _____.

Ahora escriba otra referente a una decisión tomada _____.

Una variable que se refiere a los _____ _____ sería, por ejemplo, el resultado de una prueba de laboratorio.

Vuelva leer las definiciones que hay al principio de este apartado. ¿Las entiende ahora mejor?

Complete ahora la siguiente definición:

Un registro son una serie de _____ referentes a una _____, recogidos durante una _____ sanitaria y que ocupan una _____ completa de un Libro de Registro.

Ya veremos que esta definición es válida para casi todos los Libros de Registro. En algunos casos, un registro puede no referirse a un individuo. Es el caso de los registros del Libro «Actividades con la Comunidad».

Resumiendo:

Una ***variable es una característica*** que puede adoptar dos o más modalidades a las que llamamos ***categorías***.

Un ***registro*** ocupa una ***línea completa de un Libro de Registro***. En ella se anotan las diferentes categorías en las que queda incluido un individuo (o un grupo) de acuerdo con las variables contempladas en ese Libro.

Veamos otro ejemplo:

En el Libro de Registro de Parto y Recién nacido anotamos varias caracrerísticas de la mujer y del Recién Nacido. Entrer las característicvas de la mujer que estudiamos y registramos están el Lugar de Procedencia, Edad de la Gestante. Momento del Control Nuevo... A estas características las llamamos ***variables*** porque varían de una mujer a otra (también varían en una misma mujer en dos momentos diferentes).

Cada una de estas ***variables*** puede adoptar dos o más modalidades a las que llamamos ***categorías***. Por ejemplo:

Variables	**Categorías**
— Lugar de Procedencia	Dentro del área de influencia del establecimiento
	Dentro del mismo Municipio
	Dentro del mismo Distrito de Salud
	Fuera del Distrito de Salud
— Edad de la Gestante	Menor a 15 años, de 15 a 19, de 20 a 34, de 35 a 49 y de 50 y mas años.
— Controles Nuevos	Antes de los 5 meses y a partir de los 5 meses.

Llamamos ***Registro*** a la ***línea del Libro de Registro*** en la que quedan anotadas las ***diferentes variables y categorías*** referentes a un individuo.

Hagamos ahora un repaso, objetivo por objetivo, de todo el Capítulo 2.

2.1. Nombrar dos tipos de Registros de acuerdo con la fuente de la que toman los datos.

Primarios y Secundarios

2.2. Enumerar los diferentes Registros Personales propuestos por el SNIS.

— Historia Clínica (General)

— Hoja Especial para el Niño menor de 5 años.

— Hoja para la Mujer no Gestante.

— Hoja de Historia Clínica Perinatal (para la mujer gestante).

— Carnet para el Niño menor de 5 años.

— Carnet para la Mujer no Gestante.

— Carnet de Salud para el Embarazo y el Parto.

— Hoja de Protocolo Operatorio.

— Hoja de Exámenes de Laboratorio.

— Boleta de Referencia y Contra-Referencia

2.3. Citar tres utilidades de los Registros Personales.

— La Atencion Directa del Paciente.

— El Control de Calidad de la Asistencia Prestada.

— La Obtención de Datos para los Libros de Registro (secundarios).

2.4. Definir la utilidad de los Libros de Registro.

— La Elaboración de los Informes Mensuales.

— La Gestión Regular de Servicios, Establecimientos y Programas.

2.5. Clasificar los diferentes Libros de Registro a utilizarse, de acuerdo con el nivel del Establecimiento Sanitario.

a) Libros de Registro a Utilizarse en Puestos de Salud.

1. Consulta Externa (Libro de Registro por Puesto de Salud).
2. Inyecciones, Curaciones y Sueros.
3. Control de la Mujer no Gestante
4. Control Prenatal y Puerperio.
5. Parto y Recien Nacido
6. Control de Crecimiento y Desarrollo.
7. Relaciones con la Comunidad.
8. Visitas Domiciliarias.
9. Hechos Vitales.

b) Libros de registro a utilizarse en Centros de Salud.

Los utilizados en el Puesto de Salud y, además, los siguientes:

1. Consulta externa (Libro de Registro por Centro de Salud y Hospital de Distrito).
2. Odontología.
3. Hospitalización.
4. Laboratorio.

c) Libros de Registro a utilizarse en los Hospitales de Distrito.

Los utilizados en el Centro de Salud y, además, los siguientes:

1. Emergencias.
2. Quirófano.
3. Diagnóstico por Imagen.
4. Anatomía Patológica.
5. Fisioterapia.
6. Banco de Sangre.
7. Lavandería.
8. Alimentación.

2.6. Clasificar los diferentes Libros de Registro a utilizarse, de acuerdo con el tipo de programa y servicio donde se utilizan.

Programas Preventivos

Control de Crecimiento.

Control Prenatal y Puerperio.

Planificación Familiar.

Relaciones con la Comunidad.

Servicios Curativos

a) Asistenciales:

Consulta Externa.

Odontología.

Parto y Recién Nacido.

Hospitalización.

Emergencias.

b) Auxiliares de Tratamiento:

Inyecciones, Curaciones y Sueros.

Quirófano.

Banco de Sangre

Fisioterapia.

c) Auxiliares de Diagnostico.

Laboratorio.

Diagnostico por Imagen.

Anatomía Patologica.

d) Hosteleria Hospitalaria

Lavanderia.

Alimentación

Mixtos o sin Clasificación:

Visitas Domiciliarias.

Hechos Vitales.

2.7. Libros de Registro Relacionados con Salud Materno-Perinatal

Libros de Registro para Centros de Salud y Hospitales Distritales

Capitulo 5 *Consulta Externa (Libro de Registro por Centro de Salud y Hospital de Distrito)*

Capitulo 6 *Control de la Mujer no Gestante*

Capitulo 7 *Control Prenatal y Puerperio*

Capitulo 8 *Parto y Recién Nacido*

Capitulo 9 *Hospitalización*

Capitulo 10 *Emergencias Hospitalarias*

Libros de Registro para Puestos de Salud

Capitulo 5 *Consulta Externa (Libro de Registro por Puesto de Salud)*

Capitulo 6 *Control de la Mujer no Gestante*

Capítulo 7 *Control Prenatal y Puerperio*

Capítulo 8 *Parto y Recién Nacido*

2.7. Definir Variable, Categoría y Registro.

Una ***Variable es una característica*** que puede adoptar dos o más modalidades a las que llamamos ***Categorías***.

Un ***Registro*** ocupa ***una línea completa de un Libros de Registro***. En ella se anotan las diferentes categorías en las que queda uncluido un individuo(o un grupo) de acuerdo con las variables contempladas en este Libro.

2.8. Definir Variable, Categoría y Registro.

Una ***Variable es una característica*** que puede adoptar dos o más modalidades a las que llamamos ***Categorías***.

Un ***Registro*** ocupa ***una línea completa de un Libros de Registro***. En ella se anotan las diferentes categorías en las que queda uncluido un individuo(o un grupo) de acuerdo con las variables contempladas en este Libro.

UTILIDAD DE LOS LIBROS DE REGISTRO

Ya hemos dicho que toda la información referente a un determinado paciente queda registrada y archivada en un documento llamado ***Historia Clínica***. Este documento será de utilidad al facultativo para la ***Atención Directa del Paciente***. También será de utilidad a los gestores para el Control de ***Calidad de la Asistencia Prestada***.

Sin embargo, para la obtención de consolidados de datos, el manejo de la Historia Clínica resulta un tanto engorroso. Para la obtención de resúmenes mensuales sobre actividades y morbimortalidad, si utilizáramos la Historia Clínica como fuente, tendríamos que extraer los datos de todas las Historias manejadas durante ese período de tiempo. Esto nos obligaría a sacar del archivo todas esas Historias y volverlas a archivar. Tendríamos también que extraer de cada Historia la información necesaria para la elaboración de los resúmenes mensuales de entre un gran volumen de información acumulado a lo largo del tiempo.

Con el fin de facilitar la obtención de información para la ***elaboración de los Informes Mensuales*** y para la obtención de indicadores útiles en la ***gestión regular de los Servicios, Establecimientos y Programas sanitarios***, parte de la información registrada en la Historia Clínica se transcribe a una serie de Libros de Registro.

La ***utilidad de estos Libros de Registro*** es, por lo tanto, la de facilitar la ***elaboración de los Informes Mensuales*** solicitados por los niveles superiores del Modelo Sanitario y para la obtención de información útil en la ***gestión regular de Servicios, Establecimientos y Programas Sanitarios.***

Podemos decir que la ***utilidad de los Libros de Registro*** es la de obtener información para:

— La elaboración de los Informes Mensuales

— La gestión regular de Servicios, Establecimientos y Programas

La ***Historia Clínica (y los otros Registros Primarios Personales)*** sigue siendo fundamental para la ***Atención Directa del Paciente.*** Como ya hemos dicho, es muy difícil obtener información sobre un determinado paciente a partir de los Libros de Registro. El primer interesado en disponer de esta información es el propio facultativo que a su vez es el responsable de que se rellene correctamente la ***Historia Clínica.***

Veamos si nos hemos entendido. Complete las siguientes frases:

La ***utilidad*** de los diferentes ***Libros de Registro*** propuestos es:

— La elaboración de los _____ _____.

— La gestión regular de _____, _____ y _____.

¿Recuerda las tres utilidades que tiene la Historia Clínica?

La Atención _____ ___ _____.

El control de _____ de la _____ _____.

La Obtención de Datos para los _____ de _____.

Repasemos los objetivos 2.3. y 2.4. (Vuelva a la primera página de este Capítulo para ver cuáles son)

Los registros personales son ***registros primarios***, es decir, ***toman la información directamente de la fuente*** que la produce. Destacamos ***tres***

utilidades de estos registros:

— La Atención Directa del paciente.

— El Control de Calidad de la Asistencia Prestada.

— La Obtención de Datos para los Libros de Registro.

A su vez, los ***Libros de Registro*** van a sernos ***útiles*** fundamentalmente para:

— La Elaboración de los Informes Mensuales.

— La Gestión Regular de Servicios, Establecimientos y Programas.

Los Libros de Registro no pueden sustituir totalmente a las Historias Clínicas ya que dificilmente se pueden utilizar para la Atención Directa del Paciente.

La utilización de la ***Historia Clínica*** es sobre todo importante para el propio facultativo, ya que le proporciona información para una mejor atención al paciente. Es, por lo tanto, el primer interesado en que se generalice el uso de la ***Historia Clínica*** y de los demás Registros Primarios propuestos por el SNIS.

¿Recuerda usted cuáles son estos Registros Primarios que propone el SNIS?

Hoja Especial y Carnet para el _____ _____ de ___ ____ __.

Hoja y _____ para la _____ __ _____ ..

Hoja de Historia _____ _____ (para la _____ ___ ___ ____)
y Carnet de _____ para el _____ y el _____.

Hay otros tres documentos propuestos por el SNIS:

Hoja de _____ _____.

Hoja de _____ de _____.

Boleta de _____ y _____.

En una primera etapa, vamos a distribuir cinco de estos Registros Primarios propuestos por el SNIS:

Historia Clínica de Consulta Externa

- **Hoja para la mujer no gestante/Carnet para la mujer no gestante.**
- **Hoja de Historia Clínica Personal/Carnet de Salud para el embarazo y parto.**

EVALUACIÓN TEÓRICA

2.1. De acuerdo a la fuente de la que toman los datos, los registros se clasifican como: (Obj. 2.1.)

a) Preventivos y Curativos
b) Asistenciales y Curativos
c) Primarios y Secundarios
d) Primarios y derivados
e) Todas las respuestas anteriores son correctas

2.2. ¿Cuál de los siguientes NO ES un registro primario personal propuesto por el S.N.I.S.? (Obj. 2.2.)

a) Historia Clinica
b) Informe Mensual de Actividades
c) Hoja de Protocolo Operatorio
d) Carnet para el Niño Menor de 5 Años
e) Hoja para la Mujer no Gestante

2.3. ¿Cuál de las siguientes es una utilidad de los registros primarios personales? (Obj. 2.3.)

a) Elaboración de los Informes Mensuales
b) Gestión regular de Servicios, Establecimientos y Programas
c) Vigilancia Epidemiologica
d) Atención directa del paciente
e) Ninguna de las anteriores respuestas es correcta

2.4. ¿Cual de las siguientes es una utilidad de los registros primarios personales que asumen temporalmente los Libros de Registro? (Obj. 2.4.)

a) Atención directa del paciente
b) Control de calidad de la asistencia prestada
c) Obtencion de datos para los Libros de Registro
d) Elaboracion de los Informes Mensuales
e) Gestión regular de Servicios, Establecimientos y Programas

2.5. ¿Cuál de los siguientes Libros de Registro NO SE utiliza en los Puestos de Salud? (Obj. 2.5.)

a) Consulta Externa
b) Emergencias
c) Inyecciones. Curaciones y Sueros
d) Planificación Familiar
e) Hechos Vitales

2.6. ¿Cuál de los siguientes Libros de Registro se utiliza en los Centros de Salud? (Obj. 2.5.)

a) Quirófano
b) Anatomía Patológica
c) Diagnóstico por Imagen
d) Hechos Vitales
e) Fisioterapia

2.7. De acuerdo al tipo de actividades desarrolladas por los Servicios y Programas podemos establecer dos grandes grupos de Libros de Registro ¿Cuáles? (Obj. 2.6.)

a) Primarios y secundarios
b) Primer y segundo nivel de asistencia
c) Para Hospitales de Distrito y para Centros de Salud
d) Auxiliares de Diagnóstico y Curativos
e) Preventivos y curativos

2.8. ¿Cuál de los siguientes Libros de Registro pertenece al grupo de actividades curativas? (Obj. 2.6.)

a) Control de Crecimiento y Desarrollo
b) Inyecciones, Curaciones y Sueros
c) Control Prenatal y Puerperio
d) Planificación Familiar
e) Relaciones con la Comunidad

2.9. ¿Cuál de las siguientes es una definición de Variable? (Obj. 2.7.)

a) Son las diferentes características que describimos de un sujeto
b) Son una serie de datos, referentes a un usuario, que ocupan una línea completa de un Libro de Registro
c) Es cada una de las modalidades diferentes que adopta una variable
d) Son los diferentes diagnosticos que se pueden establecer
e) Todas las respuestas anteriores son correctas

2.10. ¿Cuál de las siguientes es una definición de Categoría? (Obj. 2.7.)

a) Son las diferentes características que describimos de un sujeto
b) Son una serie de datos, referentes a un usuario, que ocupan una línea completa de un Libro de Registro
c) Es cada una de las modalidades diferentes que adopta una variable
d) Son los diferentes diagnósticos que se pueden establecer
e) Todas las respuestas anteriores son correctas

Capítulo 3

Historia clínica perinatal

OBJETIVO GENERAL

Enumerar las características y las utilidades de la Historia Clínica Perinatal, definiendo los instrumentos de registro con los cuales se relaciona, los niveles de establecimientos sanitarios donde se utiliza, los responsables para su llenado y las normas para su archivo. Registrar por completo y correctamente los datos referentes a las variables contenidas en la Historia Clínica Perinatal.

Objetivos específicos

Teóricos

3 1 Citar las características generales de la Historia Clínica Perinatal

3 2 Listar las utilidades fundamentales de la Historia Clínica Perinatal

3 3 Enumerar los niveles de establecimientos sanitarios donde se utiliza la Historia Clínica Perinatal

3 4 Identificar a los responsables para el llenado de la Historia Clínica Perinatal

3 5 Citar las normas para el archivo de la Historia Clínica Perinatal

3 6 Enumerar los distintos registros directamente relacionados con la Historia Clínica Perinatal

3 7 Citar las características gráficas y de organización de la Historia Clínica Perinatal

3.8 Enumerar los distintos sectores de la Historia Clínica Perinatal y definir su utilidad

3.9 Listar, establecer la utilidad y explicar cómo se llenan los casilleros de color amarillo de alerta

3.10 Listar las variables y categorías contenidas en la Historia Clínica Perinatal

Definir, establecer la utilidad y explicar cómo se registran las siguientes variables:

Sector Identificación

3.11 N° de Historia Clínica

3.12 Edad

3.13 Menor de 15/Mayor de 35

3.14 Alfabeta

3.15 Estudios

3.16 Estado civil

Sector Antecedentes

3.17 Antecedentes familiares

3.18 Antecedentes personales

3.19 Gestas

3.20 Abortos

3.21 Partos

3.22 Vaginales

3.23 Cesáreas

3.24 Nacidos vivos

3.25 Nacidos muertos

3.26 Viven

3.27 Muertos 1ª semana

3.28 Muertos después 1ª semana

3.29 Fin anterior embarazo

3.30 Recién Nacido con mayor peso

Sector Embarazo Actual

3.31 Peso anterior

3.32 Fecha Ultima Menstruación (FUM)

3.33 Fecha Probable de Parto (FPP)

3.34 Dudas

3.35 Antitetánica previa

3.36 Antitetánica actual 1ª

3.37 Antitetánica actual 2ª/R

3.38 Grupo

3.39 Fuma

3 40 Hospitalización

3.41 Traslado

3.42 Lugar

3.43 VDRL

3.44 Hemoglobina (Hb)

3.45 Fecha de la consulta

3.46 Semanas de amenorrea

3 47 Peso

3 48 Tensión arterial

3 49 Altura uterina

3 50 Presentación

3 51 Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF)

3 52 Movimiento fetal

3 53 N° de tabletas de sulfato ferroso

Sector Parto/Aborto

3 54 Parto/Aborto

3 55 Origen

3 56 Consulta prenatal N°

3 57 En el hospital

3 58 Con carnet

3.59 Edad gestacional

3 60 Presentación

3 61 Tamaño fetal acorde

3 62 Inicio (trabajo de parto)

3 63 Membranas

3 64 Hora y fecha de ruptura

3 65 Hora (del control de parto)

3.66 Tensión arterial

3 67 Contracciones - frecuencia en 10 minutos

3.68 Contracciones - duración en segundos

3.69 Altura (de presentación)

3.70 Variedades de posición

3.71 Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF)

3.72 Frecuencia Cardíaca Materna (FC Mat.)

3.73 Dilatación cervical

3.74 Meconio

3.75 Patologías maternas

3.76 Terminación

3.77 Hora y fecha de terminación

3.78 Indicación principal de parto operatorio o inducción

3.79 Muerte intrauterina

3 80 Medicación en parto

3 81 Nº Historia Clínica recién nacido

3 82 Atendió parto

3.83 Atendió neonato

Sector Recién Nacido

3 84 Edad por examen físico

3 85 Peso E.G.

3 86 Apgar 1º minuto

3.87 Apgar 5º minuto

3.88 Patologías del recién nacido

3.89 Alojamiento conjunto

3 90 Hospitalizado

Sector Puerperio

3 91 Horas o Días post parto o aborto

3 92 Involución uterina

3 93 Características de loquios

Sector Egreso Recién Nacido

3.94 (Condición)

3 95 Alimento

Sector Egreso Materno

3 96 (Condición)

3 97 Anticoncepción

Prácticos

Registrar, con menos de un 1% de errores u omisiones, información referente a las variables listadas en los objetivos teóricos 3.11- 3.97.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

La ***Historia Clínica Perinatal*** (o ***HCP***) es una de las hojas que componen la ***Historia Clínica Única***. Es un formulario básico que sirve para registrar los datos que vamos recolectando.

Como se acordarán (pueden revisar las páginas 54 y siguientes, si no se acuerdan), la Historia Clínica Única se compone de ***hojas comunes*** a todos los pacientes y de ***hojas específicas*** de acuerdo con el tipo de paciente atendido. La HCP es la hoja específica para la mujer gestante.

La HCP, como las demás hojas de la Historia Clínica Única, es un ***registro primario***, o sea un documento en el cual se recoge la información directamente de la fuente que la produce. En la HCP recogemos información directamente de la paciente gestante mediante el interrogatorio, la exploración y pruebas complementarias.

En el Capítulo 2, sobre los registros en salud, notábamos que ***las historias clínicas son documentos personales***, es decir, documentos en los cuales se recoge información de un sólo paciente. La HCP representa de alguna manera una excepción a esta regla general, pues en ella recogemos no solamente información sobre la mujer gestante, sino también información relacionada con el recién nacido. La HCP nos permite recoger información de un binomio de pacientes: el ***binomio mujer gestante - recién nacido/s***.

En la HCP registramos tanto datos de ***actividades preventivas*** como ***curativas***. Por lo tanto puede considerarse un instrumento de registro mixto.

Para resumir:

La Historia Clínica Perinatal (o _____) es una hoja _____ de la Historia Clínica Única En ella se registra información recolectada directamente de la fuente que la produce Por esta razón se considera un registro _____ . A diferencia de las demás historias clínicas, en la Historia Clínica perinatal no se resume información relacionada con un sólo paciente, sino con un _____ de pacientes: el _____ - _____ _____
La Historia Clínica Perinatal es un instrumento de registro mixto porque en ella registramos tanto datos de _____ como

UTILIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

¿Cuál es la utilidad de la HCP?

La HCP, como todos los registros primarios personales, resulta ser de utilidad fundamental para la ***atención directa al paciente***

Como ya hemos observado en el Capítulo dos (página 57), los registros primarios personales permiten al facultativo registrar todos los datos referentes a un paciente en un mismo documento De esta manera, el facultativo dispone de toda la ***información histórica*** acumulada sobre cada paciente, información indispensable para ***establecer un diagnóstico*** y ***tomar las decisiones pertinentes***. El disponer de toda la información referente a un mismo paciente en un documento único posibilita una atención de mejor calidad

En el caso de la HCP, esta utilidad resulta quizás amplificada, pues este instrumento nos permite disponer, en una sola hoja, de toda la información básica relacionada con un proceso ***—el proceso embarazo / parto / puerperio—*** que cubre un arco de tiempo de casi un año.

¿Hay otras utilidades relacionadas con la HCP? ¡Por supuesto!

La HCP, como los demás registros primarios, permite estudios sobre la ***calidad de la asistencia prestada*** y es una de las fuentes de donde obtenemos la información que vamos anotando en los ***libros de registro*** de los servicios de atención al paciente.

Repasemos:

La HCP es importante para la _____ _____ al _____ _____. Permite resumir toda la _____ _____ relacionada con el paciente y necesaria para _____ un _____ y _____ las _____ _____.

Otras utilidades de la HCP son:

—permitir estudios sobre la _____ de la _____ _____;

—obtener la información que anotamos en los _____ de _____ _____.

USO, LLENADO Y ARCHIVO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

La HCP, como la Historia Clinica Única, está diseñada para su uso, en el ámbito del sistema distrital de salud, a nivel de ***puestos de salud, centros sanitarios y hospitales distritales***. Como todas las hojas especificas de la Historia Clinica Unica, queda archivada en la ***carpeta de la Historia Clínica Única*** del paciente, en el mismo establecimiento sanitario donde se abrió

Para facilitar la recuperación de las Historias Clinicas, además de registrar el numero de Historia Clínica en el carnet que se entrega al paciente, se utilizan ***Tarjetas de Identificación de Pacientes***, archivadas en orden alfabetico en un tarjetero

Cada vez que diagnosticamos con seguridad un **nuevo embarazo** en una

paciente, debemos abrir una nueva HCP, que se añadirá, en la carpeta de la Historia Clínica Única, a eventuales otras HCP relacionadas con embarazos anteriores

En el tiempo, añadiremos nuevos datos a la HCP, empezando en ocasión del primer control prenatal y siguiendo cada vez que encontramos a la paciente, durante el embarazo, al momento del parto (o aborto) y en el puerperio.

¡No se olviden!:

UNA HCP POR EMBARAZO Y UN EMBARAZO POR HCP

¡No podemos mezclar datos de distintos embarazos (aunque sean de la misma mujer) en la misma HCP!

Como hemos observado, abriremos una nueva HCP cada vez que diagnostiquemos un embarazo en una paciente. Sin embargo, no siempre encontraremos a la paciente al momento del diagnóstico de embarazo. En muchas ocasiones, una paciente, que anteriormente nunca había acudido a un servicio sanitario, o que había acudido a otro establecimiento, llega al nuestro en un momento muy avanzado de su gestación, o directamente para el trabajo de parto. En estos casos, abriremos una nueva HCP, intentando completarla o con la ayuda del ***Carnet de Salud para el Embarazo y el Parto***, del cual hablaremos más adelante, y que la mujer debería tener si ya acudió a otro establecimiento, o, por falta de esto, mediante ***interrogatorio***

Ahora que hemos aprendido cuándo y cómo se abre una HCP, tenemos que contestar a otra pregunta ¿Cuándo se cierra una HCP? Para que una HCP pueda considerarse completa y lista para cerrarse, deberíamos haber recolectado toda la información útil, desde el embarazo hasta el momento del egreso de la mujer, después de la atención de parto o aborto

Sin embargo, en la mayoría de los casos la paciente embarazada llega a un primer control y ya no vuelve, o se dirige a otro establecimiento, o muy frecuentemente no busca ayuda para el parto. En estos casos, la HCP quedará incompleta y ***no podrá considerarse oficialmente cerrada***

90

¿Quién llena la HCP? ¡Ustedes, por supuesto! Y, para ser más precisos

—en los establecimientos que cuentan con un ***ginecobstetra***, será él (ella) quien llenará las HCP;

—en los establecimientos que cuentan con por lo menos un ***médico***, el médico llenará las HCP;

—en los establecimientos sin médico, será una ***licenciada en enfermería o un auxiliar*** quien llenará las HCP.

En términos prácticos, llenará la HCP el personal de salud que ***atiende directamente*** a la embarazada.

Por esta razón, y porque en momentos distintos de nuestra historia profesional nos encontraremos en situaciones distintas, ¡todo el mundo debe aprender a llenar un registro primario tan importante como la HCP!

Para resumir:

En el ambito del sistema distrital de salud, la HCP se usa en los _____ de _____, en los _____ y en los _____. Se archiva en la _____ de la _____

Debemos abrir una nueva HCP cada vez que diagnosticamos un _____. ¡Recuerden!: ¡una HCP por _____ y un _____ por HCP!

La HCP se cierra al momento del _____ de la paciente

Encargado del llenado de la HCP, según el tipo de establecimiento y la disponibilidad de personal, puede ser un _____, un _____, una _____ de _____, o una _____. Por lo general, llenará la HCP el personal de salud quien _____ a la embarazada.

REGISTROS RELACIONADOS CON LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

¿Se acuerda lo que aprendimos en el Capítulo 2?: para cada una de las hojas específicas de la Historia Clínica Única existe un carnet personal. El carnet relacionado con la HCP se llama ***Carnet de Salud para el Embarazo y el Parto*** (tambien podemos llamarlo -- es más fácil -- ***Carnet Perinatal***). En el Carnet de Salud para el Embarazo y el Parto se registra la misma información de la HCP, en forma levemente distinta

En el diseño del Carnet Perinatal se ha tratado de mantener la estructura de la HCP Una de sus caras es prácticamente un facsímil de la HCP, lo cual facilita el vaciado de los datos de la Historia al Carnet y permite que los dos documentos contengan información muy similar En la otra cara del Carnet Perinatal, se encuentran los datos de identificacion de la paciente; gráficos de altura uterina y peso materno, y un espacio para anotar exámenes y otros datos de interés.

Debemos ***entregar el Carnet a la paciente*** y pedirle que lo lleve cada vez que acuda a un servicio de salud, durante el embarazo, para la atención de parto, y durante el período de puerperio El Carnet permitirá que los datos de la paciente lleguen a manos de quien la atiende posteriormente, en el caso de que la embarazada decida cambiar de servicios o tenga que trasladarse a otro lugar.

Otro registro que se relaciona directamente con la HCP es el ***Partograma*** Se transferirá al Partograma la información registrada en el ***sector "Parto/Aborto"*** de la HCP

Existen también otros formularios, relacionados con la HCP, útiles en caso de complicaciones Si el embarazo presenta un alto riesgo obstétrico, la informacion de la HCP y del Partograma se complementará con la del ***Formulario Obstétrico Complementario*** En caso de alto riesgo neonatal, cuando el recién nacido se encuentra internado, además de la HCP y del Partograma adoptaremos la ***Hoja de Hospitalización Neonatal*** y la ***Hoja de Enfermería Neonatal***.

HCP, Partograma, Formulario Obstétrico Complementario, Hoja de Hospitalización Neonatal y Hoja de Enfermería Neonatal son los registros fundamentales del ***Sistema Informático Perinatal***.

Finalmente, la información registrada en la HCP, como en los demas registros primarios, se transfiere a los ***libros de registro***. Desde la HCP se vacia información, dependiendo de los casos, entre otros al

—Libro de Control Prenatal y Puerperio

—Libro de Planificación Familiar

—Libro de Registro de Parto y Recien Nacido

—Libro de Hechos Vitales

—Libro de Hospitalización

—Libro de Laboratorio

—Libro de Quirófano

Repasemos:

Desde la HCP, se vacia información a:

—el _____ de _____ para el _____ y el _____ (también llamado _____),

—el _____;

—en caso de complicaciones, a los demás formularios del _____ _____,

—los _____ de _____.

La HCP y el Carnet Perinatal contienen una información muy similar. En el Partograma se vacia la información del sector "_____ / " de la HCP

ORGANIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

La HCP se compone de tres partes principales:

1. **la Página de Anverso,**
2. **la Página de Reverso,**
3. **la Hoja de Observaciones.**

I. La Página de Anverso

Esta página está constituida por una serie de sectores donde se registra información básica relacionada con el embarazo, el parto o aborto, el puerperio y el recién nacido en el periodo neonatal inmediato. Las mayoría de las preguntas son a respuesta cerrada

En esta página se encuentran también algunas líneas blancas para observaciones específicas.

La Página de Anverso está subdividida en los siguientes ***sectores***.

1. ***Sector Identificación***;
2. ***Sector Antecedentes***;
3. ***Sector Embarazo Actual***;
4. ***Sector Parto/Aborto***,
5. ***Sector Recién Nacido***;
6. ***Sector Puerperio***,
7. ***Sector Egreso Recién Nacido***,
8. ***Sector Egreso Materno***.

Profundizaremos la utilidad, el contenido y la organización de cada sector al momento de analizar las variables incluidas en la HCP.

2. La Página de Reverso

En la ***Página de Reverso*** se encuentran ***4 listas para*** la ***codificación*** de patologías y medicaciones que, como veremos, corresponden a un igual número de variables de la Página de Anverso.

Las 4 listas son:

1. ***Patologías del Embarazo, Parto y Puerperio.***
2. ***Patologías del Recién Nacido;***
3. ***Indicación Principal de Parto Operatorio o Inducción.***
4. ***Medicación en parto.***

3. La Hoja de Observaciones

Durante el proceso de llenado de la HCP, tendremos la necesidad, en muchas ocasiones, de ampliar la información que puede entrar en las casillas de la Pagina de Anverso. En esos casos, debemos añadir al formulario base de la HCP una hoja de papel blanco en la cual, además de volver a registrar el ***nombre de la paciente, código del establecimiento*** y ***número de Historia Clínica***, registraremos toda la información que consideramos importante.

La ***Hoja de Observaciones*** es de uso obligatorio para ampliar la información relacionada con las ***casillas amarillas*** de alerta, que analizaremos en los próximos párrafos, y cada vez que registrando información relacionada con una específica variable, marquemos la casilla correspondiente a la categorías "***otro***"

Repasemos:

La HCP se compone de tres partes principales

1 la _____ de _____

2 la _____ de _____

3 la _____ de _____

La pagina de anverso está subdividida en ____ sectores

1. Sector _____

2. Sector _____

3. Sector _____ _____

4. Sector _____ / _____

5. Sector _____ _____

6. Sector _____

7. Sector _____ del _____ _____ _____

8 Sector _____ _____

En la página de reverso se encuentran ____ listas:

1. _____ del _____, _____ y _____;

2. _____ del _____ _____;

3 _____ _____ de _____ _____ o _____;

4. _____ en _____.

En la Hoja de observaciones tenemos que volver a registrar:

- el _____ de la _____;

- el _____ del _____;

el _____ de _____ _____ .

La Hoja de Observaciones es de uso obligatorio cuando marquemos:

_____

- casillas correspondientes a la categoría "_____".

LOS CASILLEROS AMARILLOS DE ALERTA

¿Cuál es la característica quizás más evidente, en la presentación gráfica de la HCP? Estoy convencido que muchos contestarán de la misma manera ***¡las casillas amarillas!*** Si esta no ha sido su respuesta, es muy probable que ustedes no tengan en sus manos el formulario original, pero una fotocopia, en la cual, naturalmente, las partes amarillas no son reconocibles.

¿Por qué, en la HCP, encontramos distintos colores de casillas? El equipo internacional que diseñó la HCP ha pensado que el color amarillo iba a ayudar en subrayar caracteristicas que, de una u otra manera, pueden asociarse con una ***condición de riesgo perinatal***.

Segun esta lógica, son de color amarillo, por ejemplo, todas las casillas que indican la presencia de antecedentes patológicos, acontecimientos obstetricostales como abortos, cesáreas y nacidos muertos, resultados anormales de pruebas clinicas y de laboratorio; patologias maternas y del recién nacido, etc

Cada vez que, en el proceso de registro, marquemos una casilla de color amarillo, una alarma deberia sonar en nuestras cabezas. En estos casos, la ***Hoja de Observaciones*** nos va a servir para ampliar la informacion relacionada con la variable que estamos llenando, para que el cuadro de riesgo de la paciente pueda resultar el mas completo posible

Una sugerencia práctica en algunos casos, especialmente a nivel de establecimientos periféricos, no llega un número suficiente de formularios de HCP Para obviar al problema, pueden fotocopiar tantas HCP cuantas sean necesarias para su trabajo, en la espera que lleguen mas formularios originales También, si no tienen acceso a una máquina fotocopiadora, pueden usar una hoja de papel blanco, en la cual registraran, con formato libre, las mismas variables contenidas en el formulario de HCP En ambos casos, quédense siempre con al menos una HCP original vacia, para ayudarles a interpretar los datos registrados en las fotocopias o en las hojas blancas

Para resumir:

Las casillas amarillas de la HCP indican condiciones de _____

Cada vez que marquemos una casilla amarilla, tenemos que ampliar la información en la _____ de _____.

VARIABLES Y CATEGORÍAS CONTENIDAS EN LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

¿Recuerdan la definición de variable? Con el término ***variable*** se definen las diferentes características que describimos, referentes a la comunidad o el individuo, a las decisiones tomadas y a los resultados obtenidos.

A continuación listamos las 140 variables contenidas en la HCP, subdivididas por sectores. A lado de las variables con categorías definidas, listamos también las categorías. ¿Qué son las categorías de una variable? Como hemos explicado en las páginas 77 y siguientes, las ***categorías*** de una variable son cada una de las modalidades diferentes que puede adoptar la variable misma.

VARIABLE **CATEGORÍA**

Sector Identificación

1. Establecimiento (Establec.)
2. N° Historia Clínica (N° H.C.)
3. Nombre
4. Domicilio
5. Teléfono
6. Localidad

7 Distrito

8. Área

9. Edad (años)

10. Menor de 15	Si
	No
11. Mayor de 35	Si
	No
12. Alfabeta	Si
	No
13. Estudios	Nivel escolar:
	Ninguno (ning.)
	Primaria (prim.)
	Secundaria (sec.)
	Universidad (univ.)

14. Años aprobados (años aprob.)

15. Estado civil	Casada
	Unión estable
	Soltera
	Otro

Sector Antecedentes

16. Antecedentes familiares riesgo:	Patologias y/o condiciones de
	Diabetes

	TBC pulmonar
	Hipertensión
	Gemelares
	Otro
17. Antecedentes personales	Patologias y/o condiciones de riesgo:
	TBC
	Diabetes
	Hipertensión crónica
	Cirugia pélvico-uterina
	Infertilidad
	Otros
18. Gestas	
19. Ninguno o más de tres partos	Si
	No
20. Algún recién nacido (RN) menor de 2500 g	Si
	No
21. Gemelares	Si
	No
22. Abortos	
23. Partos	
24. Vaginales	
25. Cesáreas	

26 Nacidos vivos

27 Nacidos muertos

28. Viven

29. Muertos 1ª semana

30. Muertos después 1ª semana

31. Fin anterior embarazo (mes y año)

32. Recién nacido (RN) con mayor peso (g)

Sector embarazo actual

33. Peso anterior (kg.)

34. Talla (cm)

35. Fecha última menstruación (FUM) (dia, mes y año)

36. Fecha prevista de parto (FPP) (dia, mes y año)

37. Dudas — Si

No

38. Antitetánica previa — Si

No

39. Antitetánica actual primera dosis
(1ª) (mes de gestación)

40. Antitetanica actual segunda dosis o refuerzo
(2ª/R) (mes de gestacion)

41. Grupo — Grupos sanguineos:

A

	B
	AB
	0
42. Rh	Factor Rh:
	Positivo (+)
	Negativo (-)
43. Sensibilización	Si
	No
44. Fuma	Si
	No
45. Cigarrillos por dia	
46. Hospitalización	Si
	No
47. Traslado	Si
	No
48. Lugar (con código)	
49. Examen clinico normal	Si
	No
50. Examen mamas normal	Si
	No
51. Pelvis normal	Si
	No
52. Papanicolau normal	Si

	No
53. Colposcopia normal	Si
	No
54. Cervix normal	Si
	No
55. VDRL	Positiva (+)
	Negativa (-)
56. Fecha VDRL (día y mes)	
57. Hb	
58. Fecha Hb (día y mes)	
59. Fecha de las consulta	
60. Semanas de amenorrea	
61. Peso (kg.)	
62. Tensión arterial máxima/mínima (máx/min) (mmHg)	
63. Altura (alt.) uterina pubis fondo	
64. Presentación (present.)	Presentación fetal:
	Cefálica (cef.)
	Pelviana (pelv.)
	Transversa (tr.)
65. Frecuencia cardiaca fetal (FCF) (latidos/minuto)	

66. Movimiento (mov.) fetal	Presente (+)
	Ausente (-)
67. Nº de tabletas de sulfato ferroso	

Sector Parto/Aborto

68. (Evento)	Parto
	Aborto
69. Origen (con código)	
70. Consulta prenatal (Nº)	
71. (Consulta prenatal) en el hospital	Si
	No
72. (Consulta prenatal) con carnet perinatal	Si
	No
73. Ingreso (día, mes y año)	
74. Temperatura (al ingreso) (°C)	
75. Edad gestacional (gest.) (semanas)	
76. Menos de 37 (semanas)	Si
	No
77. Más de 41 (semanas)	Si
	No
78. Presentación	Presentación fetal:
	Cefálica (cef.)
	Pelviana (pelv.)

	Transversal (trans)
79 Tamaño fetal acorde	Si
	No
80. Inicio	Inicio del parto
	Espontáneo (esp)
	Inducido (ind.)
	Cesarea electiva (ces elect.)
81. Membranas	Condiciones de las membranas
	Integras (int.)
	Rotas (rot.)

82. Hora y fecha ruptura (membranas) (hora, minuto, día, mes)

83. Hora (del control en trabajo de parto)

84. Tensión arterial máxima/minima (máx/min) (mmHg)

85. Contracciones (frecuencia por 10 minutos)

86. Contracciones (durada en segundos)

87. Altura (uterina)

88. Variedad de posición (var. posic.)

89. Frecuencia cardiaca fetal (FCF) (latidos por minuto)

90. Frecuencia cardiaca materna (F C mat) (latidos por minuto)

91. Dilatación cervical (dilat cerv)

92. Meconio	Si
	No

93 Patologías (maternas)	Patologías y/o condiciones de riesgo.
	Ninguna
	Embarazo múltiple (emb múltiple)
	Hipertensión previa (hipert. previa)
	Preeclampsia
	Eclampsia
	Cardiopatía
	Diabetes
	Infección urinaria (infec urinaria)
	Otras infecciones (otras infec.)
	Parasitosis
	R.C.I.U.
	Amenaza de parto prematuro (amen. parto prem.)
	Desproporción céfalo-pelviana (desprop. cef. pelv.)
	Hemorragia 1er. trimestre (hemorragia 1er. trim)
	Hemorragia 2do. trimestre (hemorragia 2do trim)
	Hemorragia 3er. trimestre (hemorragia 3er. trim.)
	Anemia crónica

	Rotura prematura de membranas (rot pre memb)
	Infección puerperal (infec puerp.)
	Hemorragia puerperal (hem. puerp)
	Otras (con códigos)
94. Terminación	Terminación del parto
	Espontánea (espont.)
	Fórceps
	Cesárea
	Otra
95. Terminación (hora, min., dia, mes, año)	
96. Indicación principal de parto operatorio o inducción (con código)	
97. Muerte intrauterina (intraut.)	No
	Si, embarazo (emb.)
	Si, parto
	Si, se ignora el momento
98 Episiotomía	Si
	No
99. Desgarros	Si
	No
100. Alumbramiento espontáneo (alumb espont.)	Si

	No
101. Placenta completa (compl.)	Si
	No
102. Medicación en parto	Ninguna (ning.)
	Anestesia regional (anest. reg.)
	Anestesia general (anest. gen.)
	Analgésicos o tranquilizantes (analges. tranquil.)
	Ocitocina (ocitoc.)
	Antibióticos (antibiot.)
	Otra (con códigos)
103. Nivel de atención	Nivel del establecimiento:
	3º
	2º
	1º
	Domiciliario (domicil.)
	Otro
104. Nº de historia clinica del recién nacido (No H.C. RN)	
105. Nombre del recién nacido (RN)	
106. Atendió el parto	Personal que atendió el parto.
	Médico
	Enfermera / obstetra (enf./obst.)

	Auxiliar de enfermeria (auxil.)
	Estudiante / Empirico (estud./empir.)
	Otro
107. Nombre (de quien atendió el parto)	
108. Atendió al neonato	Personal que atendio al neonato
	Médico
	Enfermera / obstetra (enf./obst.)
	Auxiliar de enfermeria (auxil.)
	Estudiante / Empirico (estud./empir.)
	Otro
109. Nombre (de quien atendió al neonato)	

Sector Recién Nacido

110. Sexo	Femenino (f)
	Masculino (m)
111. Peso al nacer (g)	
112. Menos de 2500g	Si
	No
113. Talla (cm)	
114. Perímetro cefálico (cm)	
115. Edad por examen (ex.) fisico (semanas)	
116. Menor de 37 semanas	Si
	No

117. Peso según edad gestacional (E G)	Adecuada (adec)
	Pequeña
	Grande (gde)
118 Valor del puntaje de Apgar al primer minuto de vida (Apgar 1º)	
119. Valor del puntaje de Apgar al quinto minuto de vida (Apgar 5º)	
120. (Puntaje de Apgar al primer minuto de) 6 o menor	Si
	No
121 Reanimación respiratoria (reanim. respir.) respiratoria empleada:	Técnica de reanimación
	No
	Máscara
	Tubo
122. VDRL	Positiva (+)
	Negativa (-)
123. Examen físico	Normal
	Anormal
124 Patologías (del recien nacido)	Patologías y/o condiciones de riesgo
	Ninguna
	Membrana hialina (memb)
	Síndrome aspiratoria (sind aspirat)

	Apnea
	Otros SDR
	Hemorragia
	Hiperbilirubinia (hiperbilirub)
	Otras patologias hematologicas (otras hematol.)
	Infecciones
	Defectos congénitos (cong)
	Neurológicas
	Metabólicas o nutricionales (metab./nutric.)
	Otras (con códigos)
125. Alojamiento conjunto (aloj. conjunto)	Si
	No
126. Hospitalizado	Si
	No

ector Puerperio

127. Horas o dias postparto o aborto (del control de puerperio)

128. Temperatura

129. Pulso (latidos por minuto)

130. Tensión arterial máxima/minima (máx/min) (mmHg)

131. Involución (invol.) uterina

132 Caracteristicas de loquios

Sector Egreso Recién Nacido (RN)

133. Hora, dia y mes (del egreso)

134. (Condición del recién nacido al egreso)

Sano

Con patologia

Traslado

Fallece

135. Alimento

Tipo de alimentación.

Pecho

Mixto

Artificial

136 Peso al egreso (g)

Sector Egreso Materno

137. Dia, mes y año (del egreso materno)

138 (Condición de la paciente al egreso)

Sana

Con patología

Traslada

Fallece

139 Anticoncepcion

Método anticonceptivo utilizado.

Ninguno

Referido

Condón

D.I.U.

Píldora

Ligadura tubaria

Ritmo

Otro

140 Responsable

En la HCP se encuentran, por lo tanto, ***140 variables*** diferentes, organizadas en ***8 sectores*** distintos. Analizaremos mas detenidamente las variables, sector por sector.

El instructivo para el correcto llenado de todas las variables de la HCP se encuentra en la publicación ministerial ***"Historia Clínica Única e Instrumentos de Registro para la Atención de la Mujer y el Niño."***

A continuacion, analizaremos la definicion, la utilidad y el llenado de algunas variables, subdivididas por sectores de la HCP. Estas variables son las que consideramos puedan crear dificultad, o que requieren de mayor atención para no cometer errores en el registro de la informacion.

En total, ***analizaremos 86 variables***, aproximadamente el 60% del total de variables presentes en la HCP.

Sector Identificación

Este sector contiene ***15 variables*** que nos permiten ***identificar*** y ***describir***, en términos generales, a la mujer embarazada.

El sector se llena, mediante ***interrogatorio*** de la paciente, durante el primer control prenatal, o sea al momento de abrir la nueva HCP.

Si la paciente llega a nuestro establecimiento hacia el final del embarazo, para el trabajo de parto o para su control postparto, y/o después de haber sido atendida en otro

establecimiento, podemos sacar de su ***Carnet Perinatal*** la informacion necesaria para el llenado del sector o, si no ha traido el Carnet, mediante ***interrogatorio***

Analizaremos ahora más detenidamente cinco variables del sector "Identificacion"

Nº DE HISTORIA CLÍNICA

¡Nunca nos cansaremos de repetir que la ***Historia Clínica Única*** es el documento básico para el Subsistema de Informacion en Salud! ¡El documento fundamental para brindar una atención de calidad al paciente!

La Historia Clínica es el único documento que nos permite recuperar toda la información histórica relacionada con un paciente, sin tener que buscar en los libros de registro, entre decenas (¿o centenares?, ¿miles?) de otros pacientes, para intentar reconstruirla.

La HCP —¿cuántas veces lo repetimos?— es parte integrante de la Historia Clínica Única. Por lo tanto, la HCP debería archivarse siempre ***en la misma carpeta*** que reúne todas las demás hojas de la Historia Clínica. En el espacio "***No H.C.***" deberá registrarse el mismo número único que identifica la correspondiente ***Historia Clínica Única***.

A la conclusión de una consulta prenatal, o de cualquier otra actividad de atención a la mujer embarazada, a la puérpera o al recién nacido, será mucho más fácil volver a archivar la HCP en su carpeta correcta, si esta casilla resulta llenada.

Concluyendo, el llenado del espacio definido "No H.C." nos permite:

—***Identificar*** la HCP como parte integrante de una Historia Clinica Única especifica;

—***Archivar rápidamente*** y sin errores la HCP, despues de una cualquiera actividad de atención a la mujer embarazada, a la puérpera o al recién nacido.

EDAD Y MENOR DE 15/MAYOR DE 35

El registro de la variable "***Edad***" no presenta, naturalmente, ningun problema especifico Registraremos en la casilla correspondiente la edad de la paciente, en años cumplidos, al momento del interrogatorio

Sin embargo, la variable "***Menor de 15/Mayor de 35***" merece una aclaracion Lean con atencion el nombre de esta variable en el formulario de HCP que en este momento tienen en sus manos, ¿realmente dice "Menor de 15 Mayor de 35"? Si asi es, no hay ningun problema los embarazos en mujeres menores de 15 años, asi como en las mayores de 35 años, se consideran, por norma, ***factores de riesgo***, y por esa razón la casilla es de color amarillo

Sin embargo, en algunas ediciones del formulario de HCP, hubo un error de imprenta y el nombre de esta variable resulta ser "Menor de 18 años/Mayor de 15" Si reconocen este error en sus formularios, simplemente no se olviden de que es un error y sigan tratando la variable como si fuera "Menor de 15/Mayor de 35" Si la paciente, al momento de abrir la HCP, todavia no ha cumplido 15 años —o si ya ha cumplido 36— marquen esta casilla

ALFABETA

Llenando este primer sector de identificacion, preguntaremos a la paciente si sabe leer y escribir Segun la respuesta, marcaremos la casilla correspondiente ***Alfabeta*** significa que la paciente sabe leer y escribir Si no sabe, marcaremos la casilla "no"

El echo que la paciente pueda ***firmar*** con su nombre y apellido, no es suficiente para poderla considerar alfabeta Si ella sólo puede firmar, marcaremos la casilla "no".

Es importante saber si la paciente puede leer y escribir por dos razones

Primero, el ***analfabetismo*** se considera, por definicion, un elemento de ***riesgo perinatal*** (habrán notado que la casilla "no" es de color amarillo) Segundo, si la paciente no puede leer, usaremos con ella material educativo basado en dibujos e imágenes, y no en texto escrito

Puede ser que, por cualquiera razón, la paciente conteste que puede leer y escribir, aún no siendo verdad En este caso, si, en el curso del mismo encuentro o en los sucesivos nos damos cuenta de la verdad, tendremos siempre la oportunidad de modificar el dato registrado en la HCP

ESTUDIOS

La variable "***Estudios***" tiene 4 categorias: ninguno; (educación) primaria, secundaria; universidad. Durante el interrogatorio, preguntaremos a la paciente si ha participado de algún curso en el sistema formal de educación. Si la respuesta es "no" marcaremos la casilla "ning.". Esta casilla es de color amarillo: si la paciente no ha asistido a cursos, ni siquiera un año de básico, es muy probable que no sepa leer ni escribir. Esta condición debe alertar al personal de salud.

Si la respuesta es "si", marcaremos la casilla correspondiente al máximo nivel alcanzado por la paciente, aunque no haya sido completado. En la variable "***Años aprobados***", registraremos el número del último curso que la paciente ha aprobado.

Veamos si el llenado de esta variable está claro, con un ejemplo:

Una paciente embarazada acude al servicio de Consulta Externa para un control prenatal A la pregunta: "¿Asistio Ud a la escuela?" la paciente contesta: "Fui al básico por tres años, pero no complete el tercer año" ¿Que casilla marcaremos con una x?

a) ning.

b) prim.

c) sec.

d) univ

e) ninguna casilla

Respuesta: _____

Y. ¿qué número registraremos en la casilla "años aprob."?

a) 0

b) 1

c) 2

d) 3

e) 5

Respuesta: _____

Bueno, la paciente dijo que ha atendido por lo menos algunos años del ciclo básico. Por esta razón, la respuesta correcta a la primera pregunta es: b) prim

También, la paciente dijo que no completó el tercer año de básico. Tendremos que registrar en la casilla "años aprob." el numero 2, que indica el número de años completados con éxito por la paciente Por esto, la respuesta correcta a la segunda pregunta es c).

ESTADO CIVIL

La variable "***Estado civil***" indica la condición de la paciente al momento de la primera consulta prenatal, o sea de la consulta durante la cual se abre la nueva HCP.

La categoria "***unión estable***", describe la condición de concubinato. la mujer convive permanentemente con un compañero (desde hace por lo menos un año), sin estar casada con el.

La casilla "***otro***" se marcara si la mujer embarazada esta legalmente separada de su esposo, es divorciada o viuda

Resumiendo:

El "Sector Identificacion" contiene _____ variables que nos permiten _____ y _____ a la mujer embarazada.

Este sector se llena mediante _____ de la paciente, o vaciando información anteriormente registrada, en otro establecimiento, en su _____ _____.

En la casilla denominada "No H.C.", registramos el mismo número único que identifica la _____ _____ _____ de la paciente.

En la variable "Edad" registramos la edad de la paciente en _____ _____.

Marcaremos la casilla "Menor de 15/Mayor de 35" si la paciente, al momento del primer control prenatal, todavia no ha cumplido _____ años, o si ya ha cumplido _____ años.

Si la paciente sabe leer y escribir, en la variable "Alfabeta" marcaremos la casilla _____. En caso contrario, marcaremos la casilla _____.

En la variable "Estudios", marcaremos la casilla correspondiente al _____ _____ alcanzado por la paciente, aunque no haya sido completado.

En "Años aprobados", registraremos el número del _____ _____ que la paciente ha _____.

En "Estado civil", marcaremos la casilla "otro" si la paciente es _____ _____ de su esposo, es _____ o _____ (y especificaremos su condicion en la Hoja de _____).

Sector Antecedentes

El segundo sector de la HCP es el sector "***Antecedentes***"

Las 17 variables de este sector resumen las ***patologías y condiciones*** de las cuales ha sufrido, en elpasado, la paciente o algun miembro de su familia y que podrian influenciar negativamente el embarazo actual

Deberiamos llenar el sector "Antecedentes" durante la primera consulta prenatal, mediante ***interrogatorio*** de la paciente Sin embargo, como en el caso del anterior sector "Identificación", si la paciente llega a nuestro establecimiento en una fase avanzada del embarazo, para el parto o un control de puerperio, despues de haber atendido a otro establecimiento, podemos registrar la información del sector sacándola de su ***Carnet Perinatal*** o, faltando eso, mediante interrogatorio.

En el último apartado del sector, se registran datos relacionados con el historial obstétrico de la paciente No se olviden que todas las variables de este apartado se refieren sólo a los ***embarazos anteriores*** Aquí, ***NO*** registraremos ***NINGUNA*** información relacionada con el embarazo actual, para el cual existe un sector específico.

Analizamos ahora 14 variables de "Antecedentes", completando el análisis del sector con un ejercicio práctico.

ANTECEDENTES FAMILIARES

La variable "***Antecedentes familiares***" se llena, mediante interrogatorio, con datos que se refieren a los ***parientes directos*** de la embarazada, a su pareja y a los parientes directos de su pareja ¿Quienes son los parientes directos? Ellos son

—los cuatro abuelos (dos paternos y dos maternos);

—el padre y la madre;

—las hermanas y los hermanos,

—los hijos.

Aunque en el instructivo oficial de la HCP no se mencionen expresamente a los ***parientes directos de la pareja***, es importante que entren en el analisis de los antecedentes familiares porque pueden transferir al recién nacido eventuales patologías hereditarias.

En la variable "***Antecedentes familiares***" ***NO*** entran los antecedentes de la paciente. Para ellos tenemos que llenar la variable "***Antecedentes personales***" y el grupo de variables que se encuentran en el apartado de "***Antecedentes obstétricos***".

¡No se olviden!: cada vez que marquemos una casilla amarilla, indicando la presencia de una patología especifica en la familia de la paciente, tenemos que ampliar la información, si resulta posible, en la ***Hoja de Observaciones*** de la HCP Esto es de fundamental importancia cuando la casilla marcada se refiera a la categoría "otros"

Ahora, ¡completaremos un ejercicio de prueba!

Una paciente llega al servicio de Consulta Externa de nuestro establecimiento para su primer control prenatal. Durante el interrogatorio, nos comunica que:

—"Mi padre sufrió de hipertensión crónica"

—"Uno de mis hermanos murió por un cáncer de estómago"

—"El esposo de mi tia Martita tiene diabetes"

¿Qué registraremos en el apartado "Antecedentes familiares"?

a) marcaremos las casillas "no" de TBC pulmonar y gemelares, y la casilla "si" de diabetes, hipertensión y otros

b) marcaremos las casillas "no" de TBC pulmonar y gemelares, y la casilla "si"

de diabetes, hipertension y otros Añadiremos información en la hoja de observaciones, en relacion a las tres casillas "si" que hemos marcado

c) marcaremos las casillas "no" de diabetes, TBC pulmonar y gemelares, y la casilla "si" de hipertension y otros

d) marcaremos las casillas "no" de diabetes, TBC pulmonar y gemelares, y la casilla "si" de hipertension y otros Añadiremos información en la hoja de observaciones, en relacion a las dos casillas "si" que hemos llenado

e) marcaremos las casillas "no" de TBC pulmonar y otros, y las casilla "si" de diabetes y hipertension Añadiremos información en la hoja de observaciones, en relacion a las dos casillas "si" que hemos llenado.

Respuesta. _____

Fácil, ¿verdad?

Bueno, si no resultara tan fácil, podemos analizar el problema juntos

¿Cuáles de las personas nombradas por la paciente son ***familiares directos***? ¡Correcto!: el padre y el hermano El esposo de la tía Martita no es un familiar directo y por eso su diabetes no se considera un antecedente familiar. Podemos eliminar las respuestas a), b) y e)

Ya nos acercamos a la respuesta correcta. Las respuestas c) y d) son muy similares. ¿Qué falta en la respuesta c) para que pueda considerarse completa? No se olviden: cada vez que marquen una casilla amarilla, y de manera especial si es una casilla relacionada con la categoria "otros", la ***Hoja de Observaciones*** nos permite ampliar la información recolectada, quizas haciendo mas preguntas a la paciente, para que el cuadro que estamos componiendo resulte lo más completo posible. ¡Por cierto!, ¡la respuesta correcta es la d)!

ANTECEDENTES PERSONALES

La variable "***Antecedentes personales***" es muy similar a la variable "Antecedentes familiares", que ya hemos analizado La única diferencia es que, en este caso, registraremos sólo información relacionada con la paciente embarazada

Observen que la categoria "***otros***" dispone de espacio suficiente para especificar la condición. Aqui tambien es buena norma utilizar la Hoja de Observaciones para completar la informacion recolectada

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

El apartado de "***Antecedentes obstétricos***" contiene 15 variables que nos permiten resumir la información obstétrica histórica más importante de la mujer embarazada. ¡Cuidado!, este apartado nos sirve para registrar sólo información relacionada con embarazos anteriores Los datos del actual embarazo ***NO*** se registran aquí, sino en el siguiente sector, denominado "Embarazo actual".

GESTAS

En la casilla de la variable "***Gestas***" registraremos el número total de embarazos que la paciente tuvo ***ANTES*** del actual. Registraremos la suma de los embarazos que han llegado a término y de los que se han concluido con un aborto

ABORTOS

En la casilla "***Abortos***" registraremos el numero total de abortos que la paciente tuvo en el pasado

PARTOS

Esta casilla nos permite registrar el numero total de partos que la paciente tuvo en pasado Podran fácilmente observar que ***la suma de abortos y partos debe corresponder al número*** registrado en la casilla "*Gestas*", o sea

$$N^{o}\ abortos + N^{o}\ partos = N^{o}\ gestas$$

Sin embargo, existe una ***excepción*** a esta regla, ¿cual? ¡Quizas muchos de ustedes ya hayan adivinado! ¡Claro!, ¡en el caso de ***embarazos múltiples*** tendremos ***más partos*** (y/o abortos) ***que gestas***! Por ejemplo, si una paciente tuvo un embarazo anterior y dio luz a dos gemelos, registraremos el numero 01 en la casilla "Gestas" y el número 02 en la casilla "Partos"

Relacionadas con la variable "Partos" hay ***tres variables con casilla de color amarillo***, que representan un igual número de factores de riesgo perinatal Las tres variables "peligrosas" son.

—paciente con ***ningún parto*** anterior o con ***más de tres partos*** anteriores,

—paciente con algún ***recién nacido*** con peso ***menor de 2500g***,

—paciente con ***uno o más partos gemelares*** anteriores.

Tenemos que preguntar a la paciente en relación a sus partos anteriores, para marcar cualquiera de las tres casillas amarillas, que describa sus antecedentes obstétricos

VAGINALES Y CESÁREAS

También, relacionadas con la casilla "Partos" hay dos casillas (dos variables) más: "***Vaginales***" y "***Cesáreas***". Mediante interrogatorio podemos llenar

correctamente las dos casillas ¡Aquí tambien hay un poco de matemática! Por supuesto, es evidente que.

Nº vaginales + Nº cesáreas = Nº partos

También en este caso puede presentarse una excepción: ***si un embarazo múltiple se concluye con una cesárea***, anotaremos 1 sola cesárea, pero 2 (o más) partos (o sea productos)

La variable "Cesáreas" es otro factor de riesgo perinatal y por eso tiene casilla de color amarillo.

NACIDOS VIVOS Y NACIDOS MUERTOS

También relacionadas con la variable "Partos" (que sean vaginales o cesáreas no tiene importancia), hay dos variables más: "***Nacidos vivos***" y "***Nacidos muertos***". Siempre mediante interrogatorio, podemos descubrir, y registrar en las casillas correctas, el número de hijos de la mujer embarazada que nacieron vivos y cuántos nacieron muertos. Una vez más, el total de nacidos vivos y muertos debe corresponder al total de partos registrados.

VIVEN, MUERTOS 1ª SEMANA Y MUERTOS DESPUÉS 1ª SEMANA

Las últimas tres variables en esta "cadena" de variables relacionadas son

—"***Viven***", o sea los nacidos vivos que todavía, al momento del interrogatorio, siguen viviendo.

—"***Muertos 1a semana***", los nacidos vivos que murieron antes del séptimo día cumplido de vida.

– "*Muertos después la semana* . los nacidos vivos que murieron despues de cumplir el séptimo dia de vida

Y aqui llegamos a la ultima de nuestras formulas matematicas, siendo que

Nº viven + Nºuertos la semana + Nº muertos después la semana = Nº nacidos vivos

No se olviden de las 3 fórmulas que hemos presentado seran utiles para chequear los datos registrados y descubrir eventuales errores

Nunca se olviden que, cuando marcan una casilla amarilla, la Hoja de Observaciones esta allá, hecha para registrar y conservar en el tiempo toda la información útil para construir un cuadro completo de los factores de riesgo que nuestra paciente enfrenta.

FIN ANTERIOR EMBARAZO

En esta casilla registraremos, con el sistema de las dos cifras, ***el mes y el año*** en los cuales la paciente reporta haber terminado su último embarazo, anterior al actual. No olviden que un embarazo puede concluirse no solamente con un parto, pero también con un aborto.

Por ejemplo, en el caso de una mujer que dio luz, por última vez, en agosto de 1997 y que no haya abortado entre esa fecha y el embarazo actual, registraremos en la casilla correspondiente: 0897

RECIÉN NACIDO CON MAYOR PESO

"**Recién nacido (RN) con mayor peso**" es la última de las 15 variables que componen el apartado "Antecedentes obstetricos" Al abrir la nueva HCP, y

completando el interrogatorio de la paciente, le preguntaremos si se acuerda el peso de su recién nacido mas "gordito" Anotaremos su respuesta, expresada en gramos, en la casilla correspondiente.

Repasemos, ahora:

El "Sector Antecedentes" contiene _____ variables que resumen _____ y _____ de las cuales ha sufrido, en pasado, la paciente o algún _____ de su _____.

El sector se llena, durante el primer control prenatal, por _____ o vaciando información anteriormente registrada, en otro establecimiento, en su _____ _____.

En este sector se registra información relacionada sólo con los _____ _____. NO registraremos ninguna información relacionada con el embarazo actual.

La variable "Antecedentes familiares" se llena con datos que se refieren a los _____ _____ de la embarazada. Se consideran parientes directos a:

—los cuatro _____;

—el _____ y la _____;

—las _____ y los _____;

—los _____;

—la _____ de la embarazada

La variable "Antecedentes personales" nos permite registrar información relacionada con la _____ _____.

El apartado "Antecedentes obstétricos" resume la información _____ _____ de la mujer embarazada.

En "Gestas" registraremos el numero total de embarazos que la paciente tuvo _____ del _____

En "Abortos" registramos el _____ _____ de abortos que la paciente tuvo en _____

En "Partos" registramos el _____ _____ de partos que la paciente tuvo en _____

El número de abortos mas el numero de _____ debe resultar igual al número de _____ La unica excepcion a esta regla se presenta si la paciente, en pasado, hubo uno o más _____ _____.

Relacionadas con la variable "Partos" hay tres variables que constituyen factores de riesgo perinatal. Esas son

—paciente con _____ _____ anterior o con mas de _____ partos anteriores,

—paciente con algún _____ _____ con peso menor de _____ g,

—paciente con uno o más _____ _____ anteriores

El número de partos vaginales mas el número de _____ es igual al número de _____.

También, el total de nacidos vivos más el total de _____ _____ debe corresponder al total de _____ registrados.

Los nacidos vivos pueden subdividirse en tres categorias:

1. Los que todavia _____.
2. Los _____ en la _____ semana;
3. Los muertos _____de la primera semana.

La última fórmula matemática analizada en relación con este apartado es la siguiente.

Nº que viven - Nº de muertos en la _____ semana Nº de muertos _____ de la primera semana = Nº _____

En la casilla "Fin anterior embarazo" registraremos el _____ y el _____ en los cuales la paciente reporta haber terminado su último embarazo

Anotaremos en la casilla "RN con mayor peso" el peso, expresado en _____ del recién nacido de mayor peso que tuvo la embarazada, según cuanto se acuerde

CONCLUIMOS EL ANALISIS DEL APARTADO DE ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS CON UN EJERCICIO PRÁCTICO

Para concluir el análisis del apartado de "Antecedentes obstétricos", intentamos contestar a las preguntas relacionadas con el siguiente ***estudio de caso***.

Contestando al ***interrogatorio sobre antecedentes obstétricos***, una paciente, embarazada al tercer mes, llegada a nuestro servicios de Consulta Externa, para un control prenatal el 10 de marzo de 1998, nos ofrece el siguiente cuadro

La paciente tiene 5 hijos Tenía 6 hijos, pero uno murió, hace un año, a la edad de 18 meses. También, una vez tuvo un hijo que nació muerto. El hijo de mayor peso, al nacer, era de 3 kilos y cien gramos. Dos de sus hijos son gemelos, nacidos por vía vaginal. En dos ocasiones, tuvo cesáreas Antes del actual embarazo, la paciente tuvo 2 abortos. Su último aborto ha sido exactamente hace 10 meses. Todos los hijos nacieron con peso mayor de 2500 gramos

Analicen con cuidado los datos disponibles e intenten contestar las siguientes preguntas: ¡tómense todo el tiempo necesario y después confronten sus respuestas con la página siguiente!

NO SE OLVIDEN:

EL EMBARAZO ACTUAL NO ENTRA EN LOS DATOS QUE VAMOS REGISTRANDO

EN EL APARTADO DE ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

1. La paciente tuvo _____ gestas

(Cuando tengamos campo para dos cifras en la casilla y la respuesta sea menor a 10, de poner un "0" antes del digito significativo - Ej.. en la casilla "Gestas", si la respuesta es "5", anotaremos "05")

La paciente tuvo:

2. _____ abortos

3. _____ partos

4. _____ partos vaginales

5. _____ cesáreas

6. _____ nacidos vivos

7. _____ nacidos muertos

De los hijos que la paciente tuvo

8. _____ viven

9. _____ murieron durante la primera semana de vida

10 _____ murieron despues de cumplir la primera semana de vida

11 La casilla "Ninguno o más de tres partos", ¿se marca? (contestar SI o NO). _____

12. La casilla "Algún RN menor de 2500g", ¿se marca? (contestar SI o NO): _____

13. La casilla "Gemelares", ¿se marca? (contestar SI o NO): _____

14 En la casilla "Fin anterior embarazo" registraremos. _____

11. En la casilla "RN con mayor peso" registraremos: _____ g.

Antes de pasar a leer las respuestas correctas en la próxima pagina, ¡intenten contestar solos!

RESPUESTAS

La paciente tuvo:

1. 08 gestas

La paciente dice haber tenido 6 hijos nacidos vivos, de los cuales uno murió, y un hijo nacido muerto. Esto suma 7 partos. También dice haber tenido 2 abortos. El total de partos (7) más abortos (2) daria 9 embarazos. Sin embargo, la paciente tuvo 2 gemelos esto significa que al final de un embarazo hubo dos partos (los dos partos por cesárea). Por eso, la respuesta correcta es: 09 - 01 embarazos (embarazo gemelar) = 08 embarazos.

2. 02 abortos

La paciente reporta haber tenido 2 abortos.

3. 07 partos

El número de partos es la suma del número de nacidos vivos y de nacidos muertos La paciente tuvo 6 nacidos vivos y un nacido muerto, por un total de 07 partos (1 embarazo bi-gemelar, llevado a término, da origen a 2 partos y 2 hijos).

4. 05 partos vaginales

La paciente tuvo 7 partos, de los cuales 2 con cesárea. Los partos vaginales deben ser 7 - 2 = 05.

5. 02 cesáreas

BEST AVAILABLE COPY

La paciente reporta haber tenido 2 cesareas

6. 06 nacidos vivos

La paciente tiene, a la fecha del interrogatorio, 5 hijos vivientes A estos hay que añadir el hijo que nació vivo y murio cuando tenia 18 meses, llegando a un total de 06 nacidos vivos

7. 1 nacidos muertos

La paciente reporta haber tenido un hijo nacido muerto

De los hijos que la paciente tuvo:

8. 05 viven

9. 0 murieron durante la primera semana de vida

10. 1 murió después de cumplir la primera semana de vida

11. La casilla "Ninguno o más de tres partos" se marca (contestar SI o NO): SI
La paciente tuvo, en total, 07 partos.

12. La casilla "Algún RN menor de 2500g" se marca (contestar SI o NO). NO
La pacientes afirma no haber tenido hijos de bajo peso (menos de 2500g).

13. La casilla "Gemelares" se marca (contestar SI o NO): SI
La paciente tuvo dos gemelos.

14. En la casilla "Fin anterior embarazo" registraremos: 0597

Si la paciente está embarazada al tercer mes, en fecha 10 de marzo de 1998, y si su último aborto ha sido hace 10 meses, ese ultimo aborto debe haber concluido su último embarazo, antes del actual Sacando 10 meses a marzo 1998, resulta mayo 1997.

15. En la casilla "RN con mayor peso" registraremos: 3100 g.
Es el peso, en gramos, que la paciente atribuye a su recién nacido más grande.

BEST AVAILABLE COPY

SECTOR EMBARAZO ACTUAL

El sector "***Embarazo Actual***" contiene ***35 variables*** que nos permiten registrar la información más importante relacionada con la presente gestacion

Contrariamente a los dos sectores anteriormente analizados, no llenaremos por completo el sector "Embarazo Actual" durante el primer encuentro con la paciente El proceso de registro de la informacion relacionada con este sector se va cumpliendo durante todo el embarazo, en ocasión de los ***controles prenatales***.

Como pueden observar, este sector se divide en dos apartados principales En el primero registraremos, al momento del primer control prenatal, ***información general*** relacionada con el estado de salud de la paciente. En el segundo, organizado en ***nueve columnas***, registraremos datos obtenidos durante los varios controles prenatales. ***Cada columna corresponde a un control prenatal***.

En el sector "Embarazo Actual", se registran datos obtenidos mediante ***interrogatorio, exploración clínica*** . de la paciente y ***pruebas complementarias***.

Vamos a analizar unas cuantas variables del sector, en total 27, para aclarar eventuales dudas y facilitar el proceso de registro.

APARTADO DE INFORMACIÓN GENERAL

PESO ANTERIOR

En esta casilla registraremos, en Kg., el ***peso habitual de la paciente antes del actual embarazo*** Podemos obtener el dato mediante interrogatorio. Es evidente que el dato registrado representará, en muchos casos, sólo una aproximación

de la realidad, siendo que no todas las mujeres conocen con exactitud su peso habitual.

FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN (FUM)

Continuando el interrogatorio de la paciente, le preguntaremos la fecha (***día, mes y año***) en la cual tuvo ***inicio su última menstruación***. Esta fecha se define ***FUM***: Fecha de la Ultima Menstruación. Es importante registrar este dato para poder estimar la fecha probable de parto.

Si la paciente no recuerda con exactitud, tenemos la oportunidad de registrar su duda, como veremos más adelante.

La fecha de la última menstruación se registra con el sistema usual de las dos cifras. Por ejemplo, en el caso de que quisiéramos registrar la fecha 3 de marzo de 1998, llenaremos la casilla apropiada (FUM) como sigue: 030398.

FECHA PROBABLE DE PARTO (FPP)

Una vez que tengamos el dato de FUM, podemos calcular la ***fecha probable de parto (FPP)*** Si tenemos un calendario obstétrico, cualquiera que fuese, como por ejemplo el gestograma del CLAP, el procedimiento de cálculo será inmediato

Sin embargo, si no tenemos instrumentos de auxilio, podemos aplicar la siguiente formula

(FUM + 10 dias) - 3 meses = probable día y mes del parto

Un ejemplo nos aclarara las dudas Si una mujer nos indica que su último ciclo menstrual tuvo inicio el dia 4 de febrero de 1998, aplicaremos la fórmula como sigue:

4 - 10 = 14 de febrero

BEST AVAILABLE COPY

2. 14 de febrero - 3 meses = 14 de noviembre

Las 40 semanas de embarazo deberían cumplirse alrededor del día 14 de noviembre de 1998.

Y ahora un ejercicio para Ustedes.

Una mujer declara que su FUM ha sido el día 29 de octubre de 1997. ¿Cuál es su FPP?

a) 19 de julio de 1998

b) 19 de enero de 1998

c) 8 de agosto de 1998

d) 8 de febrero de 1998

e) 29 de julio de 1998

Respuesta: _____

¡Apliquen la fórmula con cuidado y encontrarán fácilmente la respuesta correcta!

1. FUM = 29 de octubre

2. 29 de octubre + 10 días = 8 de noviembre

3. 8 de noviembre - 3 meses = 8 de agosto

4 FPP = 8 de agosto de 1998 (080898 en la casilla FPP de la HCP)

La respuesta correcta es la c)

DUDAS

La variable "***Dudas***" nos permite registrar si la paciente recuerda con exactitud su FUM

En el caso en el cual la paciente recordara con exactitud (por ejemplo porque lo había registrado en un almanaque, en su casa) marcaremos la casilla NO de la variable "Dudas" ***(NO = no hay dudas)***.

En el caso contrario, marcaremos la casilla amarilla SÍ ***(SÍ = hay dudas)***, no se puede calcular con exactitud la FPP)

ANTITETÁNICA PREVIA

En el apartado Antitetánica, la variable "Antitetánica previa" se refiere a las ***vacunaciones*** que la embarazada ha recibido ***en el pasado***, antes del actual embarazo Si la mujer ha recibido un curso completo de tres dosis y no han pasado más de 10 años desde la última, podemos considerarla protegida, marcar la casilla SÍ y dejar vacías las casillas de la siguiente variable: "Antitetánica actual". En caso contrario, marcaremos la casilla NO.

ANTITETÁNICA ACTUAL 1ª

Si la embarazada no esta protegida contra el tétano (hemos marcado la casilla NO en la anterior variable), debemos vacunarla en ocasión de los controles prenatales. Si nunca recibio vacunas en el pasado, le administraremos ***dos dosis***, con un intervalo minimo de 30 dias En este caso, anotaremos en la casilla "1ª" el ***mes de gestación*** en que le administramos la primera dosis y en "2ª/R" el ***mes de gestación*** de la segunda dosis

BEST AVAILABLE COPY

ANTITETÁNICA ACTUAL 2ª/R

Sin embargo, si la embarazada recibió un curso completo, pero pasaron más de 10 años desde la última dosis, ***una dosis de refuerzo*** será suficiente para protegerla durante el actual embarazo. Dejaremos la casilla "1ª" vacía y registraremos en la casilla "2ª/R" el ***mes de gestación*** en que le administramos la dosis.

GRUPO

En la casilla de la variable "***Grupo***" (la casilla rectangular a la derecha del cuadro del apartado correspondiente) registraremos el grupo sanguíneo de la paciente ***(A, B, AB o 0)***.

Es importante obtener este dato mediante ***prueba de laboratorio*** y no limitarse a preguntar a la paciente.

FUMA

La variable "***Fuma***" se refiere al hábito de la paciente durante el embarazo actual Si la paciente ha fumado en elpasado, pero ha dejado de fumar una vez embarazada, marcaremos la casilla NO

En el caso que la paciente siga fumando, marcaremos la casilla amarilla SÍ y anotaremos el ***número promedio de cigarrillos consumidos en un día*** en la casilla correspondiente

HOSPITALIZACIÓN

La variable "***Hospitalización***" se refiere a si la embarazada ha sido internada en algún establecimiento, por lo menos una vez durante el actual embarazo, antes de ser internada por el trabajo de parto. Por eso, podemos marcar la casilla NO sólo al momento del parto, si la mujer nunca ha necesitado hospitalización. En caso contrario, marcaremos la casilla SI.

TRASLADO

De la misma manera, tenemos que esperar hasta el parto antes de poder eventualmente marcar la casilla NO de la variable ***"Traslado"***.

¿Qué significa "Traslado"? Significa que la mujer, en algún momento de su embarazo actual, ha sido ***referida*** desde nuestro establecimiento ***a otro establecimiento***, muy probablemente de nivel superior, para continuar su atención en un medio quizás más adecuado.

Si esto ha pasado, marcaremos la casilla amarilla **SI**. Si la paciente ha sido siempre atendida en nuestro establecimiento, hasta la atención de parto, marcaremos la casilla ***NO***

¡Atencion! ***NO*** debe considerarse traslado la remisión temporaria de la paciente a otro establecimiento en ocasion de interconsulta, exámenes complementarios o tratamiento especifico

LUGAR

Si hemos marcado la casilla amarilla SI de la variable "Traslado" también tenemos que registrar, en la variable "***Lugar***" el ***nombre y el código*** del establecimiento al cual hemos referido nuestra paciente.

VDRL

Durante el embarazo, y generalmente al momento de la primera consulta pre-natal, es norma pedir una prueba de laboratorio para la detección de la sífilis. El estudio más común, en nuestro medio, es la ***VDRL***, aunque una nueva técnica, llamada ***RPR***, más rápida y sencilla, se ha introducido recientemente en Bolivia.

En el apartado relacionado con la VDRL tenemos dos variables: la variable "***VDRL +/-***" y la variable "***(Fecha de la toma de la muestra)***". En las casillas de la primera variable marcaremos el resultado de la prueba, si es positivo o negativo, mientras en la casilla de la segunda variable registraremos la fecha en la cual tomamos la muestra, como dia y mes, con el sistema del doble digito.

Notarán que tenemos casillas suficientes para anotar los resultados de ***dos pruebas de VDRL***, desarrolladas en dos momentos distintos del embarazo actual.

HEMOGLOBINA (Hb)

Tambien, tenemos un apartado para registrar la ***concentración de hemoglobina en la sangre*** En el apartado correspondiente, tenemos ***3 casillas (variables)***

Una casilla ***(Concentración de Hb)***, de color blanco y que permite registrar

hasta dos cifras, nos sirve para anotar el resultado de la prueba de laboratorio, medido en gramos de hemoglobina por 100 mililitros de sangre.

La segunda casilla ***(Fecha)*** nos sirve para registrar la fecha ***(día y mes)*** de la toma de la muestra.

Tendremos que marcar la tercera casilla ***(Valor anormal)***, la única de color amarillo, sólo en el caso que el resultado de la prueba sea un valor anormal.

¡No se olviden de la ***Hoja de Observaciones!*** Si tenemos un valor anormal de concentración de hemoglobina, un valor que quizás nos indique anemia de la embarazada, además de marcar la casilla amarilla correspondiente de la HCP, deberemos añadir información en la Hoja de Observaciones. La misma Hoja nos servirá para anotar pruebas de concentración de hemoglobina posteriores a la primera.

Repasemos, ahora:

El sector "Embarazo Actual" contiene _____ variables que nos permiten registrar información relacionada con la _____ _____.

En este sector, la información se registra a lo largo de todo el _____, en ocasión de los _____ _____. Cada _____ del sector corresponde a un control prenatal.

Los datos para este sector se obtienen mediante _____, _____ _____ de la paciente y _____ _____

En la casilla "Peso anterior" registramos el _____ _____ de la paciente _____ del actual embarazo

En "FUM" (_____ de la _____ _____), registramos _____, _____ y _____ en el cual hubo inicio la _____ _____ de la paciente. Si la paciente no se acuerda con seguridad su FUM, en la variable "Dudas" marcaremos la casilla _____. Si la paciente esta segura de la fecha, marcaremos la casilla _____.

La FPP (_____ _____ de _____) se calcula a partir de la FUM, según la fórmula:

(FUM + _____ días) - _____ meses = probable día y mes del parto.

La variable "Antitetánica previa" se refiere a las _____ que la embarazada ha recibido en _____. Si la mujer ha recibido un _____ _____ de _____ dosis y no han pasado más de _____ _____ desde la última, marcaremos la casilla _____ y dejaremos vacías las casillas correspondientes a la variable "_____ _____".

Si la embarazada nunca recibió vacunas en el pasado, le administraremos _____ dosis, con un intervalo mínimo de _____ días. Anotaremos en la casilla "_____" el mes de gestación en que le administramos la primera dosis y en "_____" el mes de gestación de la segunda dosis.

Si la embarazada recibió un curso completo en el pasado, pero pasaron más de _____ años desde la última dosis, dejaremos la casilla "_____" vacía y registraremos en la casilla "_____" el mes de gestación en que le administramos una dosis única de refuerzo

En la casilla "Grupo (sanguíneo)" registraremos el resultado de la _____ de _____ (A, B, AB, 0).

La variable "Fuma" se refiere sólo al período del _____ _____, no al pasado de la paciente En la casilla apropiada registraremos el _____ _____ de _____ consumidos en un día.

Si la paciente, en algún momento de su embarazo, ha sido internada en un establecimiento por razones distintas del _____ de _____, marcaremos la casilla _____ de la variable "Hospitalización".

También, si la paciente ha sido remitida a otro establecimiento de nivel superior, durante el _____, marcaremos la casilla _____ de la variable "Traslado" y registraremos el nombre y el _____ del establecimiento de referencia en la variable "_____" ¡No se olviden! *No* debe considerarse traslado la

remisión temporánea de una paciente en caso de _____,

_____ _____ o _____ _____.

En la casilla VDRL +/- registramos el resultado de la prueba, si _____ o _____, y, a lado, la fecha de la muestra, en _____ y _____.

En el apartado Hb (Concentración hemática de _____), registramos el resultado de la prueba en _____ de hemoglobina por _____ mililitros de sangre. También, registramos la fecha de la muestra, en _____ y _____, y marcamos la casilla amarilla de "Valor _____", cuando apropiado.

APARTADO DE CONTROLES PRENATALES

Como ya observamos, el segundo apartado de "Embarazo Actual" está organizado en ***nueve columnas***, cada una útil para registrar información de ***un control prenatal***.

En la parte superior de cada columna aparece un número que corresponde al ***número de control prenatal***.

¿Qué haremos en el caso (en verdad muy raro) en el cual una mujer embarazada atienda a mas de nueve consultas prenatales?

Bueno, ¡el problema tiene una solución sencilla! Simplemente, utilizaremos un ***segundo formulario*** de HCP, en el cual, además de los datos de las demás consultas prenatales (las consultas Nº 10, 11, etc.), volveremos a registrar el ***nombre de la paciente***, el ***código del establecimiento*** y el ***número de Historia Clínica Única*** Engraparemos este segundo formulario al primero, para evitar que se pierda

Seguramente habran notado los ***triángulos amarillos*** que aparecen en cada casilla para el registro de datos clinicos ¿Para qué sirven? ¡Ya habrán adivinado! Debemos marcar con una pequeña cruz todos los triángulos correspondientes a casillas donde hemos registrado ***datos*** que puedan considerarse ***anormales***. Esto

nos ayudará en el seguimiento, durante el embarazo, de condiciones potencialmente peligrosas.

FECHA DE LA CONSULTA

En esta casilla registramos la ***fecha de cada consulta prenatal***, con el sistema de las dos cifras (día, mes y año).

SEMANAS DE AMENORREA

Esta casilla nos sirve para registrar el ***número de semanas de embarazo cumplidas***, desde la FUM hasta la fecha de la consulta actual.

Buscaremos el dato de FUM en la casilla correspondiente, en la primera parte de este mismo sector. y, con la ayuda de un almanaque, contaremos el número de semanas completas que han pasado desde esa fecha hasta la fecha del control prenatal

PESO

En esta casilla registramos el ***peso de la paciente embarazada***, en Kg.

Teoricamente, deberiamos pesar a la paciente sin zapatos y en ropa interior. En muchos casos esto no es posible. pues las mujeres del campo no se acostumbran a quedarse en ropa interior frente a un desconocido. en especial modo si éste es de sexo masculino Pesaremos a la mujer con su ropa, y sacaremos del peso que leemos en la balanza unos 3-4 Kg En las consultas posteriores. tendremos cuidado de sacar siempre el mismo número de Kg del peso indicado por la balanza.

TENSIÓN ARTERIAL

Esta casilla nos permite registrar la ***tensión arterial máxima y mínima*** de la paciente, en milímetros de mercurio (mm Hg).

¡No se olviden que tendremos que tomar esta medición ***a la paciente sentada!***

ALTURA UTERINA

En esta casilla anotamos la ***altura*** que alcanza el ***fondo del útero***, desde el borde superior del pubis. Como sabemos, la altura uterina se mide en centímetros.

PRESENTACIÓN

Esta variable nos permite anotar, en forma abreviada, el ***tipo de presentación*** o situación del bebé en el interior del útero Escribiremos ***CEF*** para una presentación cefálica, ***PELV*** para una presentación pelviana o podálica y ***TR*** para una presentación transversa. Si el embarazo es pequeño o no podemos verificar la presentación, marcaremos con una raya (-) la casilla de "Presentación".

FRECUENCIA CARDÍACA FETAL ("FCF")

Escribiremos en esta casilla el número de ***latidos fetales*** escuchados en un minuto.

MOVIMIENTO FETAL

Si durante el control prenatal detectamos ***movimientos fetales***, registraremos un signo "+" en esta casilla. En caso contrario, anotaremos un signo "-".

Nº DE TABLETAS DE SULFATO FERROSO

En esta casilla registramos el ***número de tabletas de sulfato ferroso*** que hemos entregado a la paciente durante el control prenatal.

En algunas versiones anteriores del formulario de HCP, esta variable no aparece En su lugar hay una línea blanca, sin título. Si Ustedes tienen en sus manos una versión antigua del formulario, añadan el título "Nº de Tabletas de Sulfato Ferroso" en la penúltima linea de las columnas de control prenatal y registren este dato.

Anteriormente, nos enseñaban que la mejor estrategia para la entrega de las tabletas de sulfato ferroso era la de entregar 30 tabletas por consulta, empezando en el cuarto o quinto mes Supuestamente, esta estrategia permitia mejorar la cobertura de consultas prenatales repetidas y hacia que las pacientes recibieran sulfato ferroso en el periodo del embarazo en el cual es más necesario.

Sin embargo, varios estudios han demostrado el fracaso de esta estrategia. Lo unico que se lograba, en la mayoria de los casos, era que las mujeres recibieran sólo las primeras 30 tabletas y que, de toda manera, no volvieran para un segundo o tercer control.

La ***nueva estrategia*** que el Ministerio está promoviendo se basa en la entrega de al menos 90 tabletas de sulfato ferroso ***desde la primera consulta prenatal***, sin importar el mes de embarazo en el cual dicha consulta cae.

Si entregamos las 90 tabletas desde la primera consulta, tenemos la esperanza que, aunque la mujer no vuelva para una consulta sucesiva, sin embargo tome ese número mínimo de tabletas. Si, al momento de la entrega, explicamos con palabras sencillas los beneficios de tomar el sulfato ferroso, y preparamos a la mujer para que conozca sus posibles efectos colaterales, podemos lograr aumentar el número de embarazadas que toman un curso mínimo de 90 tabletas. Tendremos siempre la oportunidad, si la mujer vuelve para controles sucesivos, de reforzar el mensaje educativo y de entregarle eventualmente más sulfato ferroso.

Podemos utilizar la línea blanca que sigue a la línea de sulfato ferroso para añadir algún otro dato importante, relacionado con el control, o quizás el nombre del clínico que atendió en la consulta.

Resumiendo:

Cada columna del sector corresponde a _____ _____ _____.

Si la paciente atiende a más de _____ controles prenatales, registraremos la información de los controles posteriores en un segundo formulario de _____. En este segundo formulario tenemos que volver a registrar:

—el _____ de la _____.

—el _____ del _____.

—el _____ de _____ _____

_____

Marcaremos los triangulos amarillos que aparecen en cada casilla cuando en esa casilla se registren _____ _____.

La "Fecha de la consulta" se registra en _____, _____ y _____.

En la variable "Semanas de amenorrea" registramos el número de semanas _____ entre la FUM y la fecha de la _____ _____

El "Peso" de la paciente embarazada se registra en _____, posiblemente midiéndolo con la mujer sin _____ y en _____ _____.

La "Tensión arterial", expresada en _____ de mercurio, se toma a la paciente _____.

En la casilla "Altura uterina" anotamos la altura que alcanza el _____ del _____, desde el borde superior del _____, medida en _____.

En la variable "Presentación" debemos anotar, en forma _____, el tipo de presentación o situación del bebé en el interior del útero, escribiendo CEF para una presentación _____, PELV para una presentación _____ o _____, TR para una presentación _____, o marcando una raya si no podemos _____ la _____.

En la casilla "FCF" registramos el número de _____ _____ escuchados en un _____.

Si durante el control prenatal detectamos movimientos fetales, registraremos un signo _____ en la casilla correspondiente. En caso contrario, anotaremos un signo _____.

Al final de cada control prenatal, registramos el _____ de tabletas de sulfato ferroso entregadas Según la nueva _____ propuesta por el Ministerio, entregaremos a la paciente _____ tabletas desde el _____ control prenatal

SECTOR PARTO/ABORTO

El sector ***Parto/Aborto*** es el mas amplio de la HCP. Contiene ***42 variables*** que nos permiten registrar los datos mas importantes relacionados con el ***período de dilatación, parto y alumbramiento*** Este mismo sector puede utilizarse también en caso de aborto

En el sector encontramos casillas útiles para registrar datos generales relacionados con las distintas fase del parto/aborto y con las ***patologías*** que la mujer puede sufrir durante el embarazo, parto y puerperio.

En "Parto/Aborto" hay también un apartado, organizado en columnas, que se parece bastante al apartado de controles prenatales en "Embarazo Actual". En este apartado registraremos los datos relacionados con los ***controles*** clínicos periódicos, ***durante el proceso de parto/aborto***.

La información para el llenado del sector "Parto/Aborto" se obtiene mediante ***interrogatorio***, ***exploración clínica*** de la paciente y ***pruebas complementarias***.

¡Analizamos juntos algunas de las variables (29) de este sector!

PARTO/ABORTO

En la casilla sombreada en la cual aparecen los dos términos "Parto" y "Aborto", hay dos casillitas blancas, una al lado de cada uno de los términos. Si la mujer está dando a luz, marcaremos la casilla relacionada con ***Parto***. Si la mujer se encuentra en proceso abortivo, marcaremos la casilla apropiada

ORIGEN

Si la paciente ha tenido sus controles prenatales en un ***establecimiento distinto*** del establecimiento donde la estamos atendiendo para su parto/aborto, registraremos el ***nombre y el código*** del anterior establecimiento en esta casilla. Si no hubo cambio de establecimiento, dejaremos la casilla vacía

CONSULTA PRENATAL Nº

En esta casilla anotaremos el ***número de consultas prenatales*** que la paciente ha tenido, no importa si en nuestro establecimiento o en otro. Para registrar este dato usaremos dos cifras, poniendo "00" si no tuvo controles prenatales.

Para llenar la casilla de esta variable, sacaremos los datos del ***Carnet Perinatal*** de la paciente o, en su ausencia, los obtendremos por ***interrogatorio***.

EN EL HOSPITAL

Marcamos la casilla ***SÍ***, cuando la paciente ha tenido sus controles prenatales en el mismo establecimiento donde se la está atendiendo para su parto o aborto. En caso contrario, marcamos la casilla amarilla ***NO***.

Para llenar las casillas de esta variable, sacaremos los datos del ***Carnet Perinatal*** de la paciente o, en su ausencia, los obtendremos por ***interrogatorio***.

CON CARNET

Marcamos la casilla ***SÍ***, cuando la paciente se presenta para la atención de parto/aborto con su ***Carnet Perinatal*** En caso contrario, marcamos la casilla amarilla ***NO***

EDAD GESTACIONAL

La casilla ***Edad gestacional (en semanas)*** nos sirve para registrar el numero de semanas de embarazo cumplidas, desde la FUM hasta la fecha de ingreso de la paciente para el trabajo de parto aborto

Buscaremos el dato de FUM en la casilla correspondiente, en la primera parte del sector de Embarazo Actual y, con la ayuda de un almanaque, contaremos el ***número de semanas cumplidas*** que han pasado desde esa fecha hasta la fecha de ingreso.

Además, marcaremos la casilla amarilla ***Menor 37/Mayor 41*** si nuestros cálculos nos dan como resultado una edad gestacional menor de 37 semanas cumplidas ***(pretérmino)*** o mayor de 41 semanas cumplidas ***(postérmino)***.

PRESENTACIÓN

Esta variable tiene ***3 casillas:*** presentación ***cefálica***, ***pelviana*** y ***transversa***. Marcaremos las casilla relativa al tipo de presentación que diagnosticamos en el momento inicial del trabajo de parto.

TAMAÑO FETAL ACORDE

Marcaremos la casilla ***SÍ***, si la altura uterina nos sugiere un ***tamaño fetal acorde con las semanas de amenorrea cumplidas***. En caso contrario, marcaremos la casilla ***NO***.

INICIO

La variable ***Inicio*** tiene ***3 categorías*** inicio ***espontáneo***, inicio ***inducido*** y ***cesárea electiva*** Marcamos la casilla que hace a nuestro caso.

Si marcamos una de las dos casillas amarillas de inicio inducido o cesárea electiva, deberemos llenar, más adelante, la casilla ***Indicación principal de parto operatorio o inducción***

MEMBRANAS

En este apartado registramos la ***condición de la bolsa amniótica*** al momento del ingreso de la paciente en trabajo de parto. Si la bolsa está integra, marcaremos la casilla ***INT***; si está rota, la casilla ***ROT***. En la casilla correspondiente, habra que anotar la hora y la fecha en que se produce, o se produjo, la rotura.

Resumimos lo visto hasta ahora:

El sector "Parto/Aborto" contiene _____ variables para el registro de información relacionada con el período de _____, _____ y _____, o con el proceso _____.

En este mismo sector, podemos anotar las patologías que la mujer sufrió durante el _____, _____ y _____.

En el último apartado del sector, organizado en _____, registraremos información relacionada con los _____ _____ periódicos, durante el proceso de _____ / _____.

La información para el llenado del sector "Parto/Aborto" se obtiene mediante _____, _____ _____ de la paciente y _____ _____

En la variable "Parto/Aborto" marcaremos la casilla correspondiente al _____ actualmente en desarrollo

Si la paciente ha tenido controles prenatales en un _____ distinto del establecimiento donde la estamos atendiendo para su parto/aborto, registraremos el _____ y el _____ del anterior establecimiento en la casilla "Origen"

En la variable "Consulta prenatal N°", registramos el _____ total de _____ _____ a los cuales la paciente atendió, en nuestro

establecimiento o en otro. Podemos sacar la información del _____ _____ de la paciente o, faltando eso, por _____.

Si la paciente atendió a sus controles prenatales en el mismo establecimiento donde es atendida para parto/aborto, marcaremos la casilla _____ de la variable "En el hospital". En caso contrario, marcaremos la casilla _____.

Si la paciente llegó al parto/aborto con su Carnet Perinatal, marcaremos _____ en "Con carnet". En caso contrario, marcaremos _____.

En la casilla "Edad gestacional" registramos el número de _____ _____ desde la FUM (_____ de la _____ _____) hasta la fecha de _____ para el trabajo de parto/ aborto. Marcaremos la casilla "_____ / _____)" si el resultado de nuestro cálculo nos da un número de semanas menor de 37 o mayor de 41.

En la variable "Presentación" registramos una de las tres categorías posible: _____, _____ o _____.

Marcaremos la casilla SÍ, si la _____ _____ nos sugiere un tamaño fetal acorde con las _____ de _____ cumplidas.

También la variable "Inicio" tiene tres categorías: _____, _____ y _____ _____. Si marcamos las casillas "Inducido" o "Cesárea electiva", también debemos llenar la variable "Indicación principal de parto operatorio o inducción", utilizando los códigos que encontraremos en la lista "_____ _____ de _____ _____ o _____", en la _____ de _____ del formulario de HCP

En este apartado registramos la condición de la _____ _____ al momento del ingreso de la paciente en trabajo de parto. Si la bolsa está integra, marcaremos la casilla INT, si esta rota, la casilla ROT. En la casilla correspondiente, habra que registrar la _____ y la _____ en que se produce, o se produjo, la _____

APARTADO DE TRABAJO DE PARTO

HORA

En la primera linea de las columnas para el registro de los datos de controles clinicos durante el parto/aborto, registramos la ***hora (hora y minutos)*** de cada control, considerando el día de 24 horas.

Por ejemplo, si un control empieza a las cuatro y media de la tarde, registraremos: 16.30. En este caso también, queda válida la codificación con doble cifra.

TENSIÓN ARTERIAL

Es importante acordarnos que, durante el parto, la ***tensión arterial máxima y mínima***, medida en milímetros de mercurio (mm Hg), ***NO*** se toma durante los periodos de contracción uterina, pero ***SÍ*** se toma ***entre dos contracciones***, en el periodo de relajamiento Registraremos la medición en la casilla apropiada.

CONTRACCIONES - FRECUENCIA EN 10 MINUTOS

Un dato importante para el control del desarrollo de trabajo de parto es la ***Frecuencia de contracciones en 10 minutos***. Utilizando un reloj, contaremos el numero de contracciones en los 10 minutos que siguen al momento de inicio del control y registraremos el resultado en la primera parte de la casilla denominada ***"Contracciones"***

CONTRACCIONES - DURACIÓN EN SEGUNDOS

En la segunda parte de la misma casilla, registraremos la ***duración en segundos de una contracción***, medida desde el inicio del endurecimiento uterino, hasta la relajación

ALTURA

Esta variable se refiere al ***descenso de la presentación por el canal del parto***. Indicaremos el plano de Hodge correspondiente, utilizando la notación I, II, III o IV.

VARIEDADES DE POSICIÓN

Anotaremos aqui la ***variedad de posición de la cabeza fetal en el canal del parto***. Usaremos las siglas.

DA = derecha anterior

DP = derecha posterior

IA = izquierda anterior

IP = izquierda posterior

DT = derecha transversa

IT = izquierda transversa

OS = occípito sacra

OP = occípito púbica

FRECUENCIA CARDÍACA FETAL

Anotaremos el número de ***latidos fetales*** por minuto, tomados entre o durante las contracciones.

FRECUENCIA CARDÍACA MATERNA

La segunda parte de la casilla para los datos de frecuencia cardíaca está reservada para el registro de la ***frecuencia cardíaca materna***. No se olviden que la frecuencia cardíaca materna, en latidos por minuto, se mide ***FUERA*** de contracción.

DILATACIÓN CERVICAL

Anotaremos aqui la ***dilatación cervical alcanzada***, en centímetros.

MECONIO

Si, durante el trabajo de parto, apareciera ***meconio o el líquido*** fuera ***meconial***, debemos anotar con una *M* o con una *X* en el triángulo amarillo correspondiente

Resumiendo:

En la primera línea de las columnas para el registro de datos de _____ _____ durante el parto/aborto, registramos, en _____ y _____, el momento inicial de cada control.

La "Tensión arterial" de la paciente se mide _____ dos _____, en el período de _____.

El dato de "Contracciones - frecuencia en 10 minutos" se obtiene contando el _____ de _____ en los 10 minutos que siguen al momento de _____ del _____.

En la segunda parte de la casilla "Contracciones - duración en segundos" registramos la duración en _____ de una contracción, desde el comienzo del _____ uterino hasta la _____.

La variable "Altura" se refiere al descenso de la presentación en el _____ del _____, indicando el _____ de _____ correspondiente.

La posición de la cabeza fetal en el canal del parto se registra usando _____ apropiadas.

En la casilla "Frecuencia cardíaca fetal" anotamos el _____ de _____ fetales registrados en un minuto, _____ dos contracciones

En la segunda parte de la casilla "Frecuencia cardiaca" registramos la _____ _____ _____, medida en _____ por minuto fuera de _____.

En la variable "Dilatación cervical" anotaremos la dilatación alcanzada, en _____.

Si durante el parto apareciera meconio o el liquido fuera _____, lo indicaremos marcando con una _____ o una _____ el triángulo amarillo

PATOLOGÍAS MATERNAS

En la variable de "***Patologías maternas***" tenemos la oportunidad de marcar las casillas correspondientes a todas las patologías ***del embarazo, parto y puerperio***, a medida que se realicen los diagnosticos

¿Pueden imaginar cuándo podremos marcar la única casilla blanca del apartado, o sea la casilla que corresponde a la categoria "***ninguna***"? ¡Muy bien! ¡Sólo cuando estamos cerrando la HCP, sin haber detectado ninguna patología!

Al final del listado, hay una casilla para registrar "***otras patologías***". Si diagnostican patologías que no son parte de la lista, tienen que marcar esta casilla y añadir el código correspondiente (lo encontrarán en el reverso del formulario de HCP, en la sección "***Patologías del Embarazo, Parto y Puerperio***"). En las casilla para los códigos, tienen espacio suficiente para registrar ***hasta 4 distintos códigos*** de patologia.

La casilla "***Embarazo múltiple / orden***" merece un análisis más profundizado Cuando en un parto haya más de un producto, marcaremos la casilla correspondiente y registraremos la información del ***primer recién nacido*** (identificado con el numero "1" en la casilla "Orden") en la misma HCP de la madre. Registraremos la información de los ***siguientes recién nacidos*** en formularios de HCP separados, volviendo a registrar el código del establecimiento, el número de Historia Clinica Unica y los nombres de la madre, e indicando en la casilla "Orden" el numero de orden del neonato al cual se refiere la informacion registrada. Podemos engrapar los distintos formularios para que no se pierdan y puedan consultarse conjuntamente

TERMINACIÓN

En relación al apartado ***Terminación***, tenemos que marcar la casilla que corresponda, según la forma de terminación del parto o aborto. Tenemos además que registrar, en las casillas correspondientes, el ***instante en que hubo ? oficialmente término el embarazo*** (hora, minutos, día, mes y año, con codificacion a dos cifras).

INDICACIÓN PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCIÓN

¿Habíamos marcado, en la variable "Inicio", las categorías "***inicio inducido***" o "***cesárea electiva***"? Si la respuesta es afirmativa, deberemos registrar en esta casilla la ***indicación principal*** a raíz de la decisión tomada.

En la casilla amarilla de dos cifras registraremos también el ***código correspondiente***, que podemos identificar en el listado "***Indicación Principal de Parto Operatorio o Inducción***", en el reverso del formulario de HCP.

MUERTE INTRAUTERINA

La variable "***Muerte intrauterina***" tiene cuatro categorías. La única relacionada con una casilla blanca es la categoría "***NO***". Si no hubo muerte intrauterina, marcaremos esta casilla

En el caso que sí, se haya producido muerte intrauterina, incluyendo los abortos, debemos marcar la casilla correspondiente al ***momento de la muerte:*** ya sea durante el ***embarazo***, o en el ***parto***, o si ***se ignora el momento*** exacto.

MEDICACIÓN EN PARTO

Esta variable nos permite registrar el tipo de ***medicación*** que se suministró a la paciente, al momento del parto/aborto, o sea durante el ***período de dilatación y expulsivo***. ?

En el caso el medicamento suministrado no sea listado en ninguna de las categorías propuestas, marcaremos la casilla correspondiente a "**otra**" y añadiremos el número de ***código***, identificándolo en la lista "***Medicación en Parto***", en el reverso del formulario de HCP. Tenemos la posibilidad de identificar, por código, hasta dos medicamentos

Nº HISTORIA CLÍNICA RECIÉN NACIDO

Si, por cualquiera razón, se decide abrir una ***Historia Clínica Única para el recién nacido***, separada de la Historia Clínica de la madre, debemos registrar aquí el número de la nueva Historia.

ATENDIÓ PARTO

En relación a la variable "***Atendió parto***" debemos marcar la casilla correspondiente a la ***categoría profesional*** del personal que atendio el parto y registrar su ***nombre*** a continuacion

ATENDIÓ NEONATO

Lo mismo haremos con la categoría profesional y nombre de quién prestó ***atención inmediata al recién nacido***.

Repasemos, ahora:

La variable "Patologías maternas" se llena con datos de patologías relacionadas con los tres periodos de _____, _____ y _____ _____. La casilla "Ninguna" puede eventualmente marcarse sólo al momento del ___ _____ de la HCP En el caso de que tengamos que marcar la casilla "Otras patologías", encontraremos los códigos correspondientes en la lista de "_____ del _____, _____ y _____", en la _____ de _____ del formulario de HCP.

Si un parto da origen a más de un producto, registraremos la información relacionada con el primer nacido en el mismo formulario de _____ de la madre. Utilizaremos otros formularios para los demás recién nacidos, registrando el _____ en el cual nacieron en la casilla correspondiente de la variable "_____ ___ _____".

En la variable "Terminación" marcaremos la casilla apropiada y registraremos el instante en que hubo oficialmente término el embarazo, en _____. ? _____, _____, _____ y _____.

Si hubo "Muerte intrauterina", incluyendo los abortos, la variable correspondiente nos permite registrar el momento de la muerte en el _____, en el _____, o si se ignora el momento exacto. Si no hubo muerte, marcaremos la casilla "_____"

En la variable "Medicacion al parto" registraremos el tipo de fármacos que suministramos a la paciente durante el periodo de _____ y _____ Si marcamos la casilla "Otra", encontraremos los codigos correspondientes en la lista "_____ en _____", en la de _____ del formulario de HCP

En el caso, por cualquiera razon, de que se decida abrir una Historia Clinica Única separada para el recien nacido, registraremos el _____ de la nueva _____ _____ en la casilla "Nº Historia Clinica RN"

Las variables "Atendió parto" y "Atendió neonato" nos permiten registrar la _____ _____ y el _____ del personal que atendió durante el proceso de parto y que dio _____ _____ al recién nacido.

SECTOR RECIÉN NACIDO

Las 17 variables del sector "***Recién Nacido***" nos permiten registrar información relacionada con las primeras horas del neonato, antes que egrese de nuestro servicio

En caso de un ***aborto*** o una ***muerte fetal***, las únicas casillas que debemos llenar son las de ***sexo y peso***

La información para el llenado del sector "Recién Nacido" se obtiene por ***exploración clínica*** del neonato y ***pruebas complementarias***.

Analizamos ahora más detenidamente 7 variables de este sector.

EDAD POR EXAMEN FÍSICO

En esta casilla debemos anotar la ***edad del recién nacido***, estimada por examen fisico segun la técnica de Capurro

PESO E.G.

Aquí anotaremos, si consideramos el ***peso del recién nacido adecuado a su edad***. estimada por examen físico.??

APGAR 1^{0} MINUTO

En esta casilla registramos el ***puntaje*** obtenido por el recién nacido, ***según la escala de Apgar***, al ***primer minuto*** de vida.

APGAR 5^{0} MINUTO

Llenaremos esta variable con el ***puntaje*** que el recién nacido ha obtienido, ***según la escala de Apgar***, al ***quinto minuto*** de vida. Marcaremos la casilla amarilla si es de 6 o menor.

PATOLOGÍAS DEL RECIEN NACIDO

Esta variable se registra de manera muy similar a la variable "Patologías maternas" La única diferencia fundamental es que, para llenar las casillas de ***códigos*** de la categoría "otras", tenemos que hacer referencia al listado "***Patologías del Recién Nacido***", en la hoja de reverso de la hoja de HCP.

ALOJAMIENTO CONJUNTO

Si el recién nacido permanece con la madre, marcaremos la casilla ***SÍ*** En caso contrario, cuando el neonato venga alojado en un ambiente distinto. marcaremos la casilla ***NO***.

HOSPITALIZADO

Si, después del parto, el niño debe quedarse, por cualquiera razón de salud, en la ***sala de internación de neonatología*** o ***pediatría***, registraremos el echo marcando la casilla ***SÍ***. En caso contrario marcaremos la ***NO***.

Resumiendo:

El sector "Recién Nacido" contiene _____ variables para el registro de información relacionada con las primeras horas del neonato. antes de su _____ de nuestro servicio

En caso de aborto o _____ _____, las únicas casilla que debemos llenar son las del _____ y del _____.

La información para el llenado de este sector se obtienen por _____ _____ _____ del neonato y _____ _____ _.

En la casilla "Edad por examen fisico" anotamos la _____ del _____ _____, estimada por _____ _____ según la tecnica de Capurro

En la casilla "Peso E G " anotaremos si consideramos el peso del _____ ___ __ _____ adecuado a su _____. estimada por examen fisico

En las casillas "Apgar 1º minuto" y "Apgar 5º minuto" anotaremos el _____ _____

que el recién nacido obtiene, según la _____ de _____, respectivamente al _____ y al _____ minuto de vida

En el registro de la variable "Patologías del recién nacido", cuando marquemos la casilla de la categoría "otras" debemos hacer referencia al listado de códigos "_____ del _____ _____", en la _____ de _____ del formulario de _____

Si el neonato, después del parto, permanece con la mama, marcaremos, en la variable "Alojamiento conjunto", la casilla _____ En caso contrario, marcaremos la casilla _____.

Si el recién nacido, por cualquiera razón de salud, debe permanecer internado después del parto, marcaremos la casilla _____ de la variable "_____" En caso contrario, marcaremos la casilla _____.

SECTOR PUERPERIO

El sector "***Puerperio***" de la HCP, organizado en ***columnas***, nos permite registrar datos clínicos de hasta ***tres controles de puerperio***, efectuados antes del egreso de la puérpera.

La información para este sector se obtiene a través de la ***exploración clínica*** de la puérpera Analizamos ahora 3 de las 6 variables de este sector

HORAS O DÍAS POST PARTO O ABORTO

En esta casilla tenemos que especificar ***cuánto tiempo ha pasado entre*** el momento de la terminacion del ***parto/aborto*** (chequear en la casilla apropiada la hora, minuto, dia, mes y año de terminacion) y el momento del ***control de puerperio***

Pondremos ***H***. si han pasado sólo horas y ***D*** si hablamos de días

Un ejemplo práctico La hora de terminación de parto de una mujer es 14 50 del 08/02/98.

Los 3 controles de puerperio han sido desarrollados en los siguientes momentos

1er Control 18:00 del mismo día del parto. En la casilla correspondiente a Horas/Días registraremos: _____

2do Control. 10:00 del día siguiente. En la casilla correspondiente a Horas/Días registraremos: _____

3er Control 18.00 del día siguiente. En la casilla correspondiente a Horas/Días registraremos: _____

Resuelvan Ustedes el problema, y sólo después chequeen sus respuestas

El primer control tuvo inicio 3 horas y 10 minutos después de la terminación En la casilla correspondiente registraremos, redondeando: H. 03.

El segundo control tuvo inicio 19 h y 10 minutos después. Registraremos: H. 19.00.

El tercer control se desarrolló más de 24 horas (y menos de 48) después de la terminación Podemos anotar: D. 01.

INVOLUCIÓN UTERINA

Esta variable nos permite registrar información relacionada con la ***retracción uterina***. Anotaremos la letra correspondiente al resultado de nuestra observación ***B*** (Buena), ***R*** (Regular) o ***M*** (Mala)

CARACTERÍSTICAS DE LOQUIOS

Anotaremos aquí si los ***loquios*** son: ***H*** (Hemáticos), ***SS*** (Sero-Sanguinolentos) o ***S*** (Serosos), o bién: ***A*** (Abundantes), ***M*** (Moderados) o ***E*** (Escasos).

Repasemos:

El sector "Puerperio" contiene _____ variables, organizadas en _____ columnas, para el registro de datos clínicos de la _____, antes de su egreso.

La información necesaria para el llenado de este sector se obtiene por _____ _____ _____ de la puerpera.

En la casilla "Horas o días post parto o aborto" registramos cuánto tiempo ha pasado entre la _____ de _____ o _____ y el momento del _____ de _____ Si han pasado menos de _____ horas, registraremos el dato en horas, añadiendo la anotación H. Si han pasado más de _____ horas, registraremos el dato en _____, con la anotación _____.

La variable "Involución uterina" nos permite registrar información relacionada con la _____ uterina. Anotaremos la _____ correspondiente al resultado de nuestra _____: B (_____), R (_____) o M (_____).

Anotaremos en la casilla "Características de loquios" si los loquios son. H (_____), SS (_____-_____) o S (_____); o bien: A (_____), M (_____) o E (_____)

SECTOR EGRESO RECIÉN NACIDO

En el sector "***Egreso Recién Nacido***" registramos información básica

relacionada con las condiciones del neonato, al momento de su egreso del establecimiento donde ha nacido

La información para el registro de las ***4 variables*** de este sector se obtiene por ***observación clínica*** del neonato Profundizaremos el registro de dos de estas variables

(CONDICIÓN)

La "***Condición del Recién Nacido al egreso***" es una variable que cuenta con cuatro categorías, en realidad no homogéneas. Consideramos egreso la salida del neonato de nuestro establecimiento, cualquiera sea su condición.

Si el neonato sale sin condiciones patológicas aparentes, marcaremos la casilla "***sano***" (la unica blanca). Si el recién nacido egresa en condiciones patológicas, pero no se lo refiere a ningún otro establecimiento, marcaremos la casilla "***con patología***". Si estamos refiriendo el neonato a otro establecimiento, marcaremos "***traslado***". Si el neonato muere, marcamos "***fallece***".

NO SE OLVIDEN QUE, EN CASO DE MARCAR UNA CASILLA AMARILLA, ¡TENEMOS SIEMPRE QUE AÑADIR INFORMACIÓN EN LA HOJA DE OBSERVACIONES!

ALIMENTO

En relacion a esta variable, podemos marcar la casilla "***pecho***" sólo si la leche materna es la ***fuente única*** de alimentacion para el recién nacido En caso contrario, marcaremos la casilla "***mixto***" o "***artificial***"

Repasemos:

El sector "Recién Nacido" contiene _____ variables que resumen las condiciones del _____, al momento de su _____ del establecimiento donde ha nacido

La información necesaria para el registro de las variables se obtiene por _____ _____ del neonato.

Con el término egreso, indicamos la _____ del neonato del establecimiento, cualquiera sea su _____.

En la variable "Alimento", podemos marcar la casilla de la categoría "Pecho" sólo si la leche materna es la _____ _____ de alimentación para el recién nacido

SECTOR EGRESO MATERNO

El último sector de la HCP es el sector "***Egreso Materno***". Similarmente al anterior sector, aquí registramos información básica relacionada con la puérpera, al momento de su egreso.

La información para el llenado de este sector se obtiene por ***observación clínica*** de la puérpera. De las 4 ***variables*** que conforman el sector, analizaremos 2.

(CONDICIÓN)

Registraremos los datos relacionados con esta variable de la misma manera que los datos de condicion del neonato al egreso

ANTICONCEPCIÓN

En relación a esta variable, marcaremos la alternativa que corresponda, de acuerdo al método elegido

Si la puérpera ha sido referida a otro establecimiento para recibir consejería sobre el tema después de su egreso, marcaremos la casilla "***referida***".

Para concluir:

El sector "Egreso Materno" contiene _____ variables utiles para describir la condición de la _____ al momento de su _____ del establecimiento donde ha dado luz. La información para el llenado del sector se obtiene por _____ _____ de la puérpera.

En la variable "Anticoncepción", marcaremos la casilla "Referida" si la mujer ha sido referida a otro _____ para recibir _____ sobre el tema, después de su _____.

EVALUACIÓN TEÓRICA

3.1 La HCP es: **(Obj. 3.1)**

a) un registro primario exclusivamente para actividades preventivas
b) un registro primario exclusivamente para actividades curativas
c) un registro primario mixto
d) un registro secundario exclusivamente para actividades preventivas
e) un registro secundario mixto

3.2 La HCP es útil para: **(Obj. 3.2)**

a) obtener información para la elaboración directa de los informes mensuales
b) obtener indicadores útiles en la gestión regular de los servicios, establecimientos y programas de salud
c) registrar la información necesaria para la atención directa a la mujer embarazada y al recién nacido
d) monitorear en el tiempo el estado de salud de los familiares directos de la mujer embarazada
e) monitorear en el tiempo la evolución del recién nacido. durante la hospitalización neonatal

3.3 En un hospital distrital, responsable del llenado de la HCP es: **(Obj. 3.4)**

a) exclusivamente el ginecobstetra
b) el ginecobstetra o, a su falta, el director del establecimiento
c) el médico con mayor ancianidad
d) el ginecobstetra o, a su falta, otro médico
e) alternativamente, en el orden, el ginecobstetra, un médico general, una licenciada y una auxiliar

3.4 La HCP: **(Obj. 3.5)**

a) se queda con el personal que la llenó
b) se envía al establecimiento donde la mujer recibirá atención de parto
c) se conserva en un archivo exclusivo para HCP
d) se archiva en la carpeta de la Historia Clínica Unica
e) se entrega a la paciente. o a un pariente directo

3.5 El Carnet de Salud para el Embarazo y el Parto: **(Obj. 3.6)**

a) se archiva con la HCP
b) se archiva, en orden alfabético en un tarjetero
c) se entrega a la paciente
d) se queda con el médico responsable para el seguimiento de la paciente embarazada
e) se envía al establecimiento donde la paciente recibirá, supuestamente, atención de parto

3.6 En la Página de Reverso del formulario de HCP se encuentra: (Obj. 3.7)

a) el instructivo para el llenado de la HCP
b) espacio para el registro de observaciones
c) casillas para el registro de información básica relacionada con el embarazo, parto y puerperio
d) listados de enfermedades, indicaciones y medicamentos, y respectivos códigos, relacionados con cuatro variables de la página de anverso
e) datos de antecedentes de la paciente y sus familiares directos

3.7 Es obligatorio utilizar la Hoja de Observaciones cuando: (Obj. 3.7)

a) la paciente llega a nuestro establecimiento ya en una fase avanzada del embarazo
b) en la Página de Anverso, se marca una casilla de color amarillo
c) en pasado, la paciente ya había atendido a nuestro servicio, por embarazo
d) en la Página de Reverso, se marca una casilla correspondiente a una categoría "otro"
e) en los dos casos definidos en las respuestas b) y d)

3.8 Cuando se marca una casilla amarilla de la HCP: (Obj. 3.9)

a) hay que alertar de inmediato a la paciente o a un familiar directo
b) hay que ampliar la información en la Hoja de Observaciones
c) hay que referir la paciente a un establecimiento de nivel superior
d) hay que invitar a la paciente para que atienda a las 9 consultas prenatales del formulario de HCP
e) no hay que hacer nada de lo antes indicado

3.9 Si la paciente afirma haber completado el ciclo primario (básico + intermedio) y asistido hasta segundo medio, sin completar el año, en las variables "Estudios" y "Años aprobados" registraremos respectivamente: (Obj. 3.15)

a) "primaria" y "1"
b) "primaria" y "2"
c) "secundaria" y "1"
d) "secundaria" y "2"
e) "secundaria", dejando vacía la casilla de "Años aprobados"

3.10 En el apartado de "Antecedentes obstétricos" se registra: (Obj. 3.17/3.30)

a) información relacionada con todos los embarazos de la paciente, incluyendo el actual
b) información relacionada con todos los embarazos de la paciente, excluyendo el actual
c) información relacionada exclusivamente con los anteriores embarazos que llegaron a término
d) información relacionada exclusivamente con los anteriores embarazos que no presentaron complicaciones
e) información relacionada con el embarazo actual

3.11 El número total de "Gestas": (Obj. 3.19)

a) corresponde siempre al número de partos
b) corresponde siempre al número de partos más el número de abortos
c) corresponde siempre al número de partos más el número de abortos, con excepción de los embarazos gemelares
d) corresponde siempre al número de partos vaginales más el número de cesáreas
e) corresponde siempre al número de partos vaginales, más el número de cesáreas, más el número de abortos

3.12 El número de "Nacidos vivos": (Obj. 3.24)

a) corresponde al número de hijos que viven, más el número de los que murieron durante la primera semana, más el número de los que murieron después de la primera semana
b) corresponde al número de partos, menos el número de muertos durante la primera semana
c) corresponde al número de partos menos el número de muertos durante la primera semana o más tarde
d) corresponde siempre al número de gestas menos el número de abortos
e) corresponde al número de partos

3.13 Las columnas del sector "Embarazo Actual": **(Obj. 3.31/3.53)**

a) se llenan cuando la paciente tiene problemas durante el embarazo
b) corresponden cada una a un control prenatal
c) no son suficientes para el registro de un número adecuado de controles prenatales
d) se llenan vaciando la información del Libro de Registro de Control Prenatal y Puerperio
e) permiten registrar datos para el seguimiento del embarazo, parto y puerperio

3.14 La "Fecha Probable de Parto" (FPP): **(Obj. 3.33)**

a) permite organizar con anticipación el traslado de la paciente a un hospital de tercer nivel
b) es un indicador de calidad de la atención
c) puede calcularse exclusivamente mediante un gestograma
d) puede calcularse con exactitud, aunque la paciente tenga dudas en relación a la FUM
e) a falta de un calendario obstétrico, se calcula, a partir de la FUM, añadiendo a esta diez días y restando tres meses

3.15 La casilla SI de la variable "Traslado" se marca: **(Obj. 3.41)**

a) si la paciente, en algún momento del embarazo, ha sido referida a un establecimiento de nivel superior
b) si la paciente ha sido remitida temporáneamente a otro establecimiento para una ecografía u otro examen complementario
c) si la paciente necesitó ser trasladada de su hogar al establecimiento, para atención de parto
d) si las condiciones de la paciente permiten su traslado al establecimiento para los controles prenatales
e) si la paciente ha sido atendida en un solo establecimiento, hasta el cierre oficial de la HCP

3.16 En la linea "Nº de tabletas de sulfato ferroso" de las columnas de control prenatal se registrará: **(Obj. 3.53)**

a) el número promedio de tabletas entregadas por control prenatal. hasta un máximo de treinta
b) el número de tabletas que la mujer declara haber tomado. en el período de tiempo entre el anterior control y el actual
c) el número de tabletas que la mujer pide, empezando con el cuarto mes de embarazo
d) el número total de tabletas entregadas a la paciente hasta la fecha del control prenatal actual
e) el número de tabletas entregadas a la paciente durante el control prenatal actual

3.17 El tamaño fetal se considera acorde: (Obj. 3.61)

a) si concuerda con el resultado de la ecografía
b) si su estimación, por medición de la altura uterina, concuerda con las semanas de amenorrea
c) si tiene más de 50 cm.
d) si está relacionado al peso después del nacimiento
e) nada de lo indicado

3.18 La "Edad por examen físico": (Obj. 3.84)

a) corresponde a la evaluación de Capurro
b) es la estimada por ecografía
c) corresponde a la altura del fondo uterino
d) se estima 24h después de nacido
e) nada de lo indicado

3.19 La "Involución uterina": (Obj. 3.92)

a) debe medirse en centímetros
b) se mide recién 24h después del parto
c) se anota oportuna y obligatoriamente en tres diferentes tiempos
d) corresponde a la altura uterina antes del parto
e) nada de lo indicado

3.20 Si la paciente, al momento del parto, fallece a causa de una grave complicación: (Obj. 3.96)

a) no se llenará el sector "Egreso Materno"
b) en el sector "Egreso Materno" no se registrara fecha, pero si se marcara la casilla "fallece"
c) en el sector "Egreso Materno" se registrará la fecha del fallecimiento y se marcará la casilla "fallece"
d) en el sector "Egreso Materno" se registrará la fecha del fallecimiento, se marcará la casilla "fallece" y se añadirá información en la Hoja de Observaciones
e) en el sector "Egreso Materno" se marcarán las casillas "con patol" y "fallece", añadiendo información en la Hoja de Observaciones

Capítulo 4

Variables comunes a todos los Libros de Registro

OBJETIVOS

Objetivo general

Registrar correctamente los datos referentes a las variables comunes a todos los Libros de Registro.

Objetivos específicos

Teóricos

4 1 Clasificar las variables contenidas en los diferentes Libros de Registro según el grado de elaboración previa al registro y según la etapa en que se registran

4.2 Listar las variables que son comunes a todos los Libros de Registro

Definir, establecer la utilidad y explicar como se registran las siguientes variables

4.3 Fecha.

4.4. Número de Orden.

4.5. Número de Historia Clinica

4.6. Procedencia

4.7 Recibo de Ingreso

4 8. Primera Consulta de Salud Reproductiva en el Año

4 9 Observaciones.

Prácticos

Registrar, con menos de un 1% de errores u omisiones, información referente a las siguentes variables

4 1p Fecha

4 2p Numero de Orden

4 3p Numero de Historia Clinica

4 4p Procedencia

4.5p Recibo de Ingreso.

4.6p Primera Consulta de Salud Reproductiva en el Año

4.7p Observaciones.

TIPOS DE VARIABLE SEGÚN EL GRADO DE ELABORACIÓN PREVIO AL REGISTRO

En el Objetivo 1.2. (Capítulo 1) estudiamos las diferentes etapas del Procesamiento de los datos. ¿Recuerda cuáles son? Complete el siguiente listado:

— Revisión

— _____, _____y _____.

— Cómputo.

— Control _____ de Totales.

— _____.

— Obtención de Indicadores

— Elaboración de _____

Si no ha podido completar el listado, vuelva a repasar el Objetivo 1.2 del **Capítulo 1**.

Ahora ya sabe que la segunda etapa en el Procesamiento de los datos es la ***Codificación, Clasificación y Cálculo***

Los datos que se han de registrar en los diferentes Libros vistos en el Capítulo anterior, pueden clasificarse en ***tres grupos*** de acuerdo al ***grado de elaboración*** (o ***procesamiento***) que necesiten antes de registrarse

En los Libros hay espacios para el registro de ***datos crudos***, para el registro de

categorías (datos clasificados) y para el registro de ***tiempos*** (requieren realizar ***cálculos***).

Los ***datos crudos*** son los que no requieren ninguna elaboración previa a su registro Se registra el dato tal cual se recoge de la fuente (Historia Clínica) Son datos crudos la Procedencia, los Diagnósticos, etc

Hay datos que tienen que ser ***clasificados*** antes de su registro en el Libro Es decir, hay que determinar a qué ***categoría*** pertenecen para luego registrar directamente ésta. Para algunas de las variables hay, en el mismo Libro, columnas para registrar directamente la categoría a la que pertenecen. Es el caso de la variable «sexo» No se registra el sexo de la persona atendida, se determina a qué categoría pertenece (Masculina o Femenina) y se señala con una M o una F en la casilla correspondiente Existen algunas variables más en las que el número de categorías se limita a dos y que se señala en el mismo registro a cuál de ellas pertenece la persona atendida En otros casos el número de categorías es mayor: Tipo de Consulta tiene 3, Grupo de Edad puede tener hasta seis...

Por último, hay datos que tienen que ser ***calculados*** antes de poder ser registrados. En el Libro de Registro de ***Hospitalización*** hay que calcular primero, para poder registrarlos en los espacios correspondientes, los ***Tiempos de Estadía Hospitalaria***.

La Edad es un caso especial. Registramos el dato crudo, pero lo registramos en la columna correspondiente al grupo de edad (es un tipo de Categoría) en donde ha de quedar clasificado.

De acuerdo al grado y tipo de elaboración que necesitan los datos antes de poder ser registrados en los Libros podemos distinguir los siguientes grupos

— **Datos Crudos**

— **Datos que tienen que ser Clasificados antes del Registro**

— **Datos que tienen que ser Calculados antes del Registro**

DATOS A REGISTRARSE DESPUÉS DE LA ETAPA DE REVISIÓN

Recordemos otra vez cuál es la etapa que sigue a la Revisión en el Procesamiento de datos.

_____, _____ y _____

Existen espacios en los Libros para datos ***crudos y clasificados*** que se registran ***inmediatamente después de la Captación***.

Existen también espacios para datos obtenidos mediante ***codificación, clasificación y cálculo*** que se registran ***después de la Revisión***, durante el ***Procesamiento*** de los datos. La metodología para la obtención de estos datos pertenece a la «***Guía para el Procesamiento de los Datos y el Control de Calidad de los Registros***».

La ***Codificación*** y el ***Cálculo*** se realizan siempre después de la ***Revisión*** de los datos. La ***Clasificación***, como hemos visto, a veces se realiza antes del Registro y otras veces despues de la Revision

Codificamos los ***Diagnósticos*** y las ***Causas de Defunción***.

Clasificamos Peso (g), tipo de parto, etc

El ***Cálculo*** se refiere fundamentalmente al calculo de tiempos Se calculan tiempos en el Libro de Hospitalizacion (Estadias), Quirófano (Tiempo de Utilizacion) y Laboratorio (Tiempo de llegada de la Peticion, de Realización de la Prueba) Los ***Cálculos*** en

Hospitalización se realizan en el mismo Libro en columnas destinadas para ello En el Libro de Registro de ***Laboratorio***, los ***cálculos*** se realizan en cuadros aparte.

Existen, por lo tanto, en los Libros de Registro espacios para anotar información obtenida durante el Procesamiento de los datos. En ellos se registran ***Códigos, Categorías y Cálculos*** obtenidos en una etapa posterior al Registro. Para todos ellos existen espacios en los Libros para registrar los ***datos crudos*** de los que obtendremos estos Codigos, Categorías y Cálculos

Resumiendo: Existen espacios en los Libros para anotar datos obtenidos durante la etapa de Registro. Estos datos pueden ser ***Crudos*** o precisar de una elaboración antes de ser registrados. Esta elaboración suele ser una ***Clasificación*** (determinar la Categoría). La metodología para el registro de estos datos es parte de esta Guía

Existen también espacios para anotar datos obtenidos en la etapa de Procesamiento. En estos espacios se anotan ***Códigos, Categorías y Tiempos***, obtenidos a partir de ***datos crudos*** registrados en los Libros en la etapa de Registro de datos. La metodología para el procesamiento de estos datos pertenece a la «***Guía para el Procesamiento de datos y Control de Calidad de los Registros***».

Repasando. En los Libros de Registro existen espacios para registrar información recogida en la etapa inmediatamente posterior a la ***Captación***, es decir, en la etapa de _____

Existen también espacios para anotar información obtenida en la etapa de _____ a partir de datos crudos anotados en la etapa de ***Registro***

Los datos obtenidos en la ***etapa de Registro*** pueden ser _____ o precisar de una elaboracion previa antes de poderse registrar Esta elaboración suele consistir en una _____ de los datos para determinar a qué ***Categoría*** pertenecen

Hay datos que se procesan en el mismo Libro a partir de datos crudos obtenidos en la etapa de Registro Pero esto pertenece ya a la etapa del Procesamiento de los Datos

VARIABLES COMUNES A TODOS LOS LIBROS DE REGISTRO ESTUDIADOS EN ESTA GUÍA

Al inicio de los Capítulos 5 al 10 hay un listado de las variables que contiene cada Libro y de las categorías de cada una de ellas.

En estas listas hay ***variables (y categorías)*** destacadas con letra ***más oscura***. Se refieren a las variables que han de ser anotadas en los libros en la ***etapa de Registro*** de datos. A estas variables nos vamos a referir en esta Guía.

Con letra ***más clara*** están listadas las variables que se obtienen en la segunda ***etapa del Procesamiento*** de los datos mediante las operaciones de:

Como ya hemos dicho, en algunas columnas se registran códigos y se ***calculan tiempos*** Estas ***codificaciones y cálculos*** no pertenecen a la ***etapa del Registro*** Pertenecen a la siguiente etapa, a la de ***Procesamiento de los datos***

Las variables, presentes en todos los Libros de Registro son las siguientes siete

- **Fecha**
- **Número de orden**
- **Procedencia**
- **Número de Historia Clínica**

— **Recibo de Ingreso**

— **Primera Consulta de Salud Reproductiva en el Año**

— **Observaciones**

Estas son las variables que vamos a estudiar en este capitulo

DEFINICIÓN DE LAS 7 VARIABLES MÁS FRECUENTES

FECHA

Es el dia, mes y año en el que se realiza la actividad registrada.

NÚMERO DE ORDEN

Es el número secuencial (siguiendo el orden numérico que empieza por el 1 cada mes) que se le asigna a cada actividad registrada.

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA

Es el número que se ha asignado a la Historia Clinica de la persona que está siendo registrada

PROCEDENCIA

Es la localidad o cuminidad en la que reside habitualmente la persona atendida. La residencia habitual es la localidad donde la persona reside la mayor parte del año.

NÚMERO DE RECIBO DE INGRESO

Indica el modo y la capacidad de pago de la persona Se anota el número de recibo de ingreso, de deudor o ambos, asignado por el sistema financiero contable, según la persona haya pagado la totalidad de la cuenta, una parte de esa, o no haya pagado nada. Si la persona no paga por estar cubierta por un seguro, se anota SEG Si no paga por ser indigente, se anota IND

PRIMERA CONSULTA DE SALUD REPRODUCTIVA EN EL AÑO

Es la primera vez, en el año actual, que una mujer en edad fértil acude al establecimiento sanitario para una consulta relacionada con salud sexual y reproductiva Se incluyen dentro de este grupo las consultas u hospitalizaciones debidas a complicaciones maternas y a enfermedades de transmisión sexual

OBSERVACIONES

Es un espacio para el registro libre de datos El facultativo puede registrar en este espacio la información que considere oportuna para la atención directa de la persona o para la gestión del servicio o programa.

Nosotros destacaremos en este espacio los casos de ***complicaciones maternas y perinatales*** registrados en consulta externa y los casos de complicaciones o de ***muerte materna y perinatal*** acontecidos en paritorio, hospitalización y emergencias. Para ello registraremos en este espacio, por segunda vez, el código del diagnóstico registrado en el espacio Diagnóstico, corregido si fuera necesario Utilizamos para ello el listado de complicaciones y códigos propuestos en la **Historia Clínica Perinatal** del SNIS.

¿Recuerda usted cuáles son las siete variables que más se repiten en los Libros de Registro que vamos a estudiar? Anótelas.

1. _____

2 _____ de _____

3 _____ de _____ _____

4 _____

5 _____ de _____ de _____

6 _____ Consulta de _____ en el Año

7 _____

Recuerde que no tiene que copiar. Lea, todas las veces que sea necesario, el nombre de las siete variables definidas en la página anterior. Después pase la página e intente anotarlas, sin copiar.

¿Recuerda con qué instrumento tiene que registrar las respuestas a las preguntas que se hacen en el texto?

Lápiz ___ Punta-bola ___ Pluma___ Máquina de escribir ___

Veamos ahora la utilidad y la manera de registrar los datos referentes a cada una de estas 7 variables.

FECHA

Registrar la fecha de los días en que se desarrollan actividades en un determinado Servicio o Programa tiene utilidad fundamentalmente para:

— **Certificar cuándo se ha realizado la actividad**.

— **Calcular el volumen de trabajo realizado por día, semana, mes o año**

— **Calcular los tiempos de estancia hospitalaria, estancia preoperatoria y tiempo de entrega de analítica**

La fecha se registra en todos los Libros, generalmente utilizando una linea de registro completa al inicio de actividades En los Libros en los que hay que calcular tiempos, existe una columna para registrar la fecha inicial y otra para la fecha final En algunos de ellos hay columnas para registrar el tiempo calculado. Esta tarea, como ya hemos dicho. no pertenece a la etapa de Registro sino a la de Procesamiento de Datos.

La primera utilidad reseñada no tiene mucha importancia ya que con la Historia Clinica quedarian cubiertos los formalismos legales y la información necesaria para la atencion al paciente

¿Recuerda usted (y si no lo recuerda revise el apartado correspondiente del Capitulo 2) para que dos actividades son utiles, basicamente, los Libros de Registro?

- La elaboracion de los _____

- La _____ _____ de Servicios, Establecimientos y Programas

Conocer el ***número de actividades realizadas en un período de tiempo (rendimiento)***, las estadías hospitalarias y la agilidad de los laboratorios es de utilidad tanto para la gestión regular como para la elaboración de los informes que hay que remitir.

Por lo tanto la utilidad de registrar la fecha en que se realiza cada actividad es, aparte de la legal, ***calcular Rendimientos y Tiempos para la gestión regular de Servicios, Establecimientos y Programas y para la elaboración de informes.***

La fecha se registra en una linea de registro completa o en la casilla correspondiente, anotando el día, mes y año separados por una barra (/) o un guión (-). Se anota el número del día, el del mes (del 1 al 12) y las dos últimas cifras del año en curso. Se utilizan siempre dos cifras (por ejemplo, 03 para el mes de marzo)

¿Recuerda usted para qué nos sirve registrar la fecha?

Para calcular_____ y _____.

RESUMEN

La ***Fecha*** es el día, mes y año en el que se realiza la actividad registrada.

Nos sirve para calcular ***Tiempos y Rendimientos***.

En la casilla correspondiente, ***se registra el día, mes y año***, utilizando ***dos cifras*** para cada uno de ellos separadas por una barra o un guión

NÚMERO DE ORDEN

El ***Número de Orden*** es una variable común a todos los Libros de Registro estudiados en esta Guía.

Numerar las actividades nos sirve para ***conocer***, en cualquier momento, ***el número de actividades realizadas*** hasta entonces sin necesidad de contarlas

Combinado con la ***Fecha***, nos sirve para conocer el ***rendimiento***.

Combinado con la ***población***, nos sirve para conocer el grado de utilización de los Servicios y el grado de cobertura de los Programas.

Recuerde que ***Rendimiento*** es el ***número de*** _____ ***realizadas en un*** _____ ***de*** _____ ***dado***.

Al ***inicio de cada mes***, se comienza una ***nueva página*** del Libro de Registro

El ***primer*** registro de ***cada mes*** se anota con el ***número 1***

Recordemos que a este numero le llamamos ***número de*** _____, es decir, que iremos anotando las actividades en el ***orden*** en que van llegando, dando el siguiente número a cada una de ellas

Las consultas, ingresos, controles, etc se empiezan a numerar por el número 1 ***al principio de cada mes*** El ***último*** numero de registro del mes tiene que coincidir con el ***número total de actividades*** registradas ese mes

Recordemos que la ***utilidad*** primaria del ***número de orden*** es ***conocer el número de actividades realizadas***, generalmente en un periodo de un mes.

Calcular el rendimiento, utilización, cobertura, cumplimiento de metas, etc. son utilizaciones secundarias y se obtienen combinando el ***número de actividades realizadas*** (¡y registradas!) con otros datos.

Los errores en la numeracion ocurren, sobre todo, al cambiar de página Un error grave es escribir al final de una pagina el numero de orden 70, por ejemplo, y comenzar la siguiente con el 701. Parece exagerado pero pasa. Por suerte, cada vez con menos frecuencia.

Una manera fácil y rápida de controlar si ha habido errores grandes (como el anterior) en el ***número de orden*** es contando las páginas que se han llenado a lo largo del mes. Suponiendo que cada página tiene unos 25 registros ¿Cuántos registros habrá, aproximadamente, si se han llenado 5 páginas? _____

Si el último número de registro se aleja mucho del número 125, es de suponer que ha habido un «salto» en la numeración

Una pregunta fácil Las actividades deben comenzar a numerarse ***desde 1*** al principio de cada

a) Día

b) Semana

c) Mes

d) Año

e) Lustro

(Anote la letra que indica la respuesta correcta _____)

Por si no lo sabía, y aunque no tiene mucha importancia, un lustro son 5 años

¿Recuerda cuál es la utilidad primaria del NÚMERO DE ORDEN?

Conocer el de _____

Si no ha podido contestar a la pregunta anterior, vuelva a leer el segundo párrafo de este apartado e inténtelo otra vez

Recuerde que el ***NÚMERO DE ORDEN*** continúa numerándose sin interrupcion hasta:

a) el final del día

b) el fin de semana

c) el final del mes

d) el final del año

e) el final del lustro

(Anote la letra que indica la respuesta correcta) _____

RESUMEN

El ***número de orden*** es el ***número secuencial*** que se asigna a cada actividad registrada.

Nos sirve para ***conocer el número de actividades realizadas (y registradas) en un período de tiempo***.

Al ***comenzar cada mes*** se ***empieza una nueva página*** del libro de registro y se ***comienza a numerar*** los registros por el ***número 1***.

El ***último número del mes*** coincide con el ***número total*** de registros realizados ese mes

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA

No nos cansaremos de repetir que la ***Historia Clínica*** es un documento ***básico para el Subsistema de Información en Salud***. Es fundamental para la atención del paciente, que es el primer nivel de utilización de la información.

Los Libros de Registro no son útiles para este primer nivel de utilización de la información. Intentar obtener de los Libros de Registro los datos referentes a un paciente determinado sería una labor de locos Para brindar una atención de calidad, tenemos que disponer de informacion sobre el paciente agrupada en un sólo expediente, la ***Historia Clínica***.

Registrar el Número de Historia Clinica del paciente en los Libros tiene utilidad para identificar una determinada Historia Clinica con fines legales o de investigación.

Pero la utilidad principal de este dato es recordar la necesidad de que cada paciente ha de tener su Historia Clinica y comprobar si se cumple esta regla y si se está utilizando la Historia para mejorar la atención al paciente.

En la etapa de Revision y Control de Calidad de los datos registrados en los Libros, este numero nos sirve para ubicar la Historia Clinica y asi poder comparar los datos registrados en los dos documentos y corregir las posibles omisiones e incongruencias.

Registrar el numero de Historia Clinica del paciente nos sirve, por lo tanto, para:

Identificar la Historia Clinica de un paciente con fines legales, de investigación y para Controles de Calidad de los datos registrados

Conocer la proporcion de pacientes atendidos que disponen de Historia Clínica y que ademas esta se ha recuperado y utilizado para la atencion directa del paciente

El primer punto está claro Registrar el número de Historia Clinica en los Libros de Registro nos sirve para _____ la Historia Clinica con fines _____, de _____ y para _____ de _____ de los datos registrados.

Veamos el segundo punto con más calma. Cuando un paciente es atendido pueden suceder dos cosas:

— Que tenga ya una Historia Clinica abierta en el establecimiento sanitario

— Que no se le haya abierto todavia una Historia Clínica

En el segundo caso, si se le abre una Historia Clinica se le asignará un número que quedará registrado en el Libro Si no se le abre, no se podrá registrar este dato

Si el paciente tiene ya una Historia, puede suceder que ésta se recupere del archivo y sea utilizada por el facultativo en la atención directa del paciente o que no se recupere En el segundo caso, al no conocerse el número, tampoco se registrará nada.

Por lo tanto, el registro del Número de Historia Clinica nos permite conocer la proporción de atenciones a pacientes en las que se ha utilizado la Historia Clínica. Disponer de la Historia Clínica supone un aumento de calidad de la asistencia prestada.

Resumiendo, podemos decir que el registro del Número de Historia Clinica nos sirve para.

Identificar la Historia Clínica para diversos usos.

Obtener un indicador de Calidad de Asistencia.

Recuerde que el fin primordial es recordar a los facultativos la necesidad de que cada usuario tenga una Historia Clinica y que ésta sea utilizada para el mejoramiento de la atención

De acuerdo con las normas del SNIS, las Historias Clínicas se numeran de forma secuencial, en cada establecimiento, a medida que éstas se van abriendo

Cuando se abra una nueva Historia Clinica, se identificará en el archivo el número de la ultima Historia Clinica abierta y se le asignará el siguiente número a la nueva Historia

Clínica. Paralelamente se abrirá también una Tarjeta de Identificación que se ordenará alfabeticamente en un Tarjetero y que nos servirá para ubicar la Historia Clínica del paciente cuando acuda nuevamente al establecimiento.

RESUMEN

El ***número de Historia Clínica*** es el número que se ha asignado a la Historia Clínica del paciente o usuario que está siendo registrado en el Libro.

Nos sirve para ***identificar la Historia Clínica*** y para obtener un ***indicador de Calidad de Asistencia.***

Se registra en la casilla correspondiente el mismo número asignado a la Historia Clínica.

PROCEDENCIA

Dato MUY IMPORTANTE para obtener INFORMACIÓN ÚTIL para

— ***Estudios Epidemiológicos*** conocer la distribución de casos de una determinada enfermedad según la procedencia o área de residencia de cada caso

— Estudios sobre ***utilización de Servicios Sanitarios***, según la procedencia del usuario, y ***cobertura de Programas*** conocer el número de prestaciones a individuos que residen en el Area, Municipio o Distrito Sanitario donde se halla el establecimiento

Cuando queremos obtener información sobre ***cobertura y utilización de Servicios y Programas*** hay que ***clasificar*** a los individuos atendidos en cuatro categorias.

— ***Residentes en el área cubierta por el establecimiento***

— ***Residentes fuera del área cubierta por el establecimiento pero en el mismo Municipio***

— ***Residentes fuera del Municipio pero en el mismo Distrito***

— ***Residentes en otro Distrito Sanitario***.

Si el denominador de los indicadores de cobertura y utilizacion de Servicios y Programas se refieren a la población del area cubierta, en el numerador solo tendremos en cuenta a las personas procedentes de ese area Con las otras dos categorias

(Municipio y Distrito de Salud) podemos obtener coberturas municipales y distritales para grupos de establecimientos.

En el apartado Procedencia hay que registrar:

— ***Sólo el Nombre del Barrio***, si el usuario ***reside en la localidad*** en la que está el establecimiento.

— *Sólo el Nombre de la localidad* si esta ***es diferente*** a la del establecimiento

— ***Nombre del Municipio***, si el usuario procede de un ***Distrito Sanitario diferente*** a donde está el establecimiento.

Si la persona vive en ZONA RURAL en un Distrito diferente al nuestro, es importante conocer el nombre del Municipio en el que reside. A veces nos informan del nombre de una aldea y hay que preguntar a la persona a qué Municipio pertenece esa aldea.

De igual forma, si la persona reside en la ***misma localidad donde está el establecimiento*** sanitario, registraremos ***sólo el nombre del Barrio.***

Resumiendo, para evitar registrar repetidamente el nombre de la ciudad, municipio y distrito en el que esta el establecimiento, si la persona procede de la ***misma localidad*** en la que esta el ***establecimiento***, sólo registraremos el ***nombre del Barrio***

Si procede de otra localidad ***dentro del mismo Distrito de Salud*** que el del establecimiento, registraremos solo el ***nombre de la localidad***. Únicamente si la persona procede de una ***localidad fuera de ese Distrito*** registraremos sólo el nombre del ***Municipio*** al que pertenece la localidad

Parece complicado pero nos va a ahorrar mucho trabajo de registro.

Repasemos esto con algunos ejemplos

Al Hospital Distrital de Oruro acude un paciente cuya residencia habitual es el Barrio Kantuta del Municipio de Oruro ¿Que registraremos en el apartado Procedencia?

a) Kantuta

b) Kantuta. Oruro

c) Kantuta, Oruro, Or

Respuesta _____

Si el paciente reside habitualmente en la localidad de Parotani (Municipio de Quillacollo) y acude al Hospital Distrital de Quillacollo. ¿qué registraremos en Procedencia?

a) Parotani

b) Parotani, Quillacollo

c) Parotani, Quillacollo, Cbba

Respuesta _____

Si el Paciente reside en Ovejeria (Municipio de Capinota), y acude al Hospital Distrital de Quillacollo, ¿qué registramos?

a) Ovejeria

b) Capinota

c) Ovejeria, Capinota, Cbba

Respuesta _____

En el primer caso registraremos la respuesta (a) (Kantuta). De esa forma, para los pacientes que residen en la Ciudad de Oruro, los que acuden con más frecuencia al Hospital, no tendremos que estar registrando Oruro en su lugar de Procedencia Bastará con registrar el nombre del Barrio

En el segundo caso. la localidad de Parotani pertenece al Municipio de Quillacollo Registraremos solo el nombre de la localidad (respuesta "a") ya que es una localidad que está en el mismo Municipio que el Hospital de Referencia de Quillacollo

En el tercer caso. Ovejeria, una localidad fuera del Distrito de Salud de Quillacollo, registraremos el nombre del Municipio al que pertenece La respuesta correcta será la "b"

En las Historias Clinicas se registran completos los datos de Procedencia o

Residencia Habitual del paciente. Si lo anterior le resulta muy complicado, también puede registrar los datos completos en los Libros de Registro. Le supondrá más trabajo y ninguna ventaja. Pero puede hacerlo sin problema.

En una etapa posterior, durante el procesamiento de datos, se clasifica a las personas de acuerdo a su lugar de procedencia (o de residencia habitual).

Repasemos todo el apartado.

La ***Procedencia*** es la _____ _____ de la persona que acude al Servicio o Programa.

Va a sernos ***útil*** para ***Estudios Epidemiológicos*** y para conocer la _____ de los Servicios por parte de los residentes en el área de influencia del establecimiento. Nos sirve también para conocer la ***cobertura de los Programas***.

Registramos sólo el Barrio o la Localidad cuando el paciente reside en el Municipio o en una localidad dentro del Municipio donde está el establecimiento. Si reside fuera del Distrito de Salud, registraremos el nombre del Municipio en el que reside.

RESUMEN

La *Procedencia* es el ***Lugar de Residencia Habitual*** de la persona

Nos sirve para *Estudios Epidemiológicos* y para conocer la *utilización de los Servicios* según la procedencia de las personas y para la *Cobertura de los Programas*.

Se registra el *nombre del Barrio, Localidad o Municipio* dependiendo si la persona reside en la misma localidad, Municipio o Distrito del establecimiento o fuera de él.

NÚMERO DE RECIBO DE INGRESO

Como ya hemos visto, el Número de Recibo de Ingreso indica el modo y la capacidad de pago de la persona. En la columna correspondiente de los libros de registro se anota el número de recibo de ingreso, de deudor o ambos, asignado por el sistema financiero contable, según la persona haya pagado la totalidad de la cuenta, una parte de esa, o no haya pagado nada. Si la persona no paga por estar cubierta por un seguro, se anota SEG. Si no paga por ser indigente, se anota IND.

Cuando una persona acude a nuestro establecimiento de salud, en la mayoría de los casos tiene que cancelar una determinada cantidad de dinero, relacionada con el tipo de atención que se le presta. Una vez cancelada la suma, se le entrega el recibo correspondiente. En la columna Número de Recibo de Ingreso, debemos anotar el número del recibo de pago entregado a la persona

Sin embargo, no siempre la persona tiene suficiente dinero consigo, como para cancelar lo debido. En estos casos, si la persona no cancela nada, podemos llenar un recibo de deudor y registrar su número en lugar del número de recibo de pago. Alternativamente, si la persona cancela sólo una parte de la suma, le entregaremos un recibo de pago para la parte cancelada y un recibo de deudor para la parte que todavia tiene que cancelar. En este caso, registraremos en la columna ambos numeros de registro

Existen dos casos en los cuales la persona no paga nada para la atención prestada si está cubierta por un seguro, o si la persona es indigente y no puede pagar la prestación, ni al momento ni en futuro. En el primer caso, en lugar de registrar el número de recibo, en la columna correspondiente anotaremos la abreviacion SEG. En el segundo caso, anotaremos la abreviación IND

La variable Número de Recibo de Ingreso se encuentra en todos los libros de registro que iremos analizando. Tenemos que clasificar el tipo de recibo (aplicando si necesario las categorías SEG o IND) al momento del registro.

¿Para qué nos sirve esta variable? Nos indica el modo y la capacidad de pago de la persona

Existen dos libros de registro en los cuales la categoría SEG va a ser la predominante: el Libro de Control Prenatal y Puerperio y el Libro de Parto y Recién Nacido. El seguro de Maternidad y Niñez cubre la casi totalidad de actividades que registraremos en estos libros. Sin embargo, para las raras excepciones (control prenatal después del cuarto, control de puerperio después del primero, etc.), y considerando que no se pueden excluir cambios futuros en el mecanismo del seguro, también en estos libros se ha mantenido la variable Número de Recibo de Ingreso.

Veamos ahora un par de ejemplos para aclarar eventuales dudas:

1) Una paciente llega a control prenatal. En la columna Número de Recibo de Ingreso anotaremos

a) en todo caso, la abreviación SEG,

b) la abreviacion SEG en el caso de un control prenatal entre el primero y el cuarto; despues del cuarto, el número de recibo de ingreso, de deudor o ambos, según el caso

c) la suma de dinero cancelada por la paciente

d) en todo caso, la abreviacion SEG

e) desde el primer control prenatal, el numero de recibo de ingreso, de deudor o ambos, segun caso

Respuesta _____

2) Una paciente no tiene suficiente dinero para cancelar su consulta externa:

a) no se lo atiende

b) se registra de inmediato la abreviación IND

c) se le pregunta si puede cancelar, por lo menos en parte, el costo de la consulta y, si puede, se registra el número de recibo de ingreso para la parte cancelada y el numero de recibo de deudor para la parte todavía no cancelada

d) en cualquier caso, se emite y se registra de inmediato un recibo de deudor

e) se insiste para que cancele y, si no puede, se pone una raya en la columna correspondiente al recibo de ingreso

Respuesta: _____

En el primer caso, la respuesta correcta es la indicada con la letra b: el seguro cubre los primeros cuatro controles prenatales. Después del cuarto, se registrará el número de recibo de pago o de deudor, según el caso.

En el segundo caso, la respuesta correcta es la c: si un paciente no tiene suficiente dinero consigo, no significa automáticamente que sea indigente. Hay que averiguar si puede pagar de inmediato por lo menos una parte de la consulta, o si hay que esperar quizás hasta el momento de la reconsulta.

RESUMEN

El ***Número de Ingreso o de Deudor*** es asignado por el Subsistema Financiero-Contable

Es útil para conocer el ***tipo*** y la ***capacidad de pago*** de la comunidad.

Se registra el ***número de recibo de Ingreso si*** el paciente ***paga***, el de ***Deudor*** en caso de que ***no pague nada*** y el ***número de los dos recibos*** en caso de que ***pague una parte.***

Si el paciente esta ***exento de pago***, por estar cubierto por el ***seguro para la mujer y el niño*** o por ser ***indigente***, se anotan las abreviaturas ***SMN*** e ***IND***, respectivamente.

PRIMERA CONSULTA DE SALUD REPRODUCTIVA EN EL AÑO

Cuando una mujer en edad fértil acude por ***primera vez***, durante el año natural, al establecimiento de salud por alguna razón relacionada con ***salud reproductiva o sexual***, lo señalamos con una **P** en esta columna

Esta mujer puede acudir al servicio de ***Control de la Mujer no Gestante, a Control Prenatal***, a que le atiendan un ***Parto*** o acudir a ***Consulta Externa, a Emergencias o ser Hospitalizada*** debido a una ***Complicación Materna o a una Enfermedad de Transmisión Sexual.***

Lo importante, en cualquier caso, es que esta mujer sólo sea contabilizada una vez como ***Primera Consulta de Salud Reproductiva*** en ese año

Cuando una mujer en edad fertil acude al establecimiento de salud, miraremos en su ***Historia Clínica*** (o le preguntaremos directamente, si no tiene Historia) si no ha acudido anteriormente, en ese año, a un servicio preventivo. Tendremos que comprobar que no ha acudido a ninguna consulta de ***Control de la Mujer no Gestante, Control Prenatal o de Atención al Parto.***

Investigaremos tambien si ha sido atendida en algun servicio asistencial debido a una ***Complicación Materna o a una Enfermedad de Transmisión Sexual.***

¿Cuales son los tres libros de registro para servicios asistenciales que vamos a estudiar en esta Guia?

- _____ _____ en PS, CS, HD

- _____

- _____ _____

Sólo descartando las circunstacias citadas anteriormente podremos considerar que es su ***Primera Consulta de Salud Reproductiva en el Año.***

Veamos esto con algunos ejemplos.

Una mujer acude el 20 de febrero al servicio de Control de la Mujer no Gestante para solicitar consejería en Planificación Familiar. Revisamos su Historia Clínica y vemos que el 10 de enero ingresó en un servicio de hospitalización debido a un episodio de Malaria.

¿Anotaremos en el Libro de Control de la Mujer no Gestante que ésta es su Primera Consulta de Salud Reproductiva en el Año?

Si _____ No____

Hemos dicho anteriormente que si la mujer ha acudido a un Servicio Asistencial, consideraremos que ha sido atendida debido a un problema de salud reproductiva unicamente si la causa es una ***Complicación Materna o una E.T.S.***

No estando la Malaria incluida en ninguno de los dos grupos de patologías citados, consideraremos que su visita para solicitar consejería sobre Planificación familiar es su ***Primera Consulta de Salud Reproductiva en el Año.***

Un hombre acude a solicitar condones para Planificación Familiar el dia 25 de marzo. No tiene Historia Clinica. Le interrogamos y nos dice que fue atendido de una Gonorrea el 26 de febrero. ¿Es una Primera Consulta de Salud Reproductiva en el Año?

Si ____ No____

Una Mujer acude a su primer control prenatal el 15 de agosto. En su Historia Clinica consta que fue atendida en consulta externa el 20 de mayo por un sangrado al segundo

mes de embarazo. ¿Consideraremos su primer control prenatal como su Primera Consulta de Salud Reproductiva en el Año?

Si____ No____

Hemos dicho que la Primera Consulta de Salud Reproductiva del Año es unicamente para mujeres en edad fértil. El hombre que fue a recoger los condones no entraría en esta clasificación.

En el tercer ejemplo la respuesta es "No", ya que la primera consulta para esta mujer es la del sangrado, que es una Complicación Materna.

Esta variable es útil para calcular la cobertura real en Salud Sexual y Reproductiva entre mujeres en edad fértil. Calculamos el porcentaje de las mujeres en edad fértil, residentes en nuestra área de influencia, que han acudido ***por lo menos una vez a nuestro establecimiento por razones de Salud Sexual o Reproductiva.***

Dentro de Salud Sexual y Reproductiva englobamos las actividades preventivas en este área y además dos grupos de patologías ¿Recuerda cuáles son?

_____ _____

_____ de _____ _____

RESUMEN

Es la ***primera vez***, dentro del año natural, que una ***mujer en edad fértil*** acude al establecimiento sanitario para una ***consulta relacionada con Salud Sexual y Reproductiva.*** Se incluyen dentro de este grupo las ***Actividades Preventivas*** y las consultas u hospitalizaciones debidas a ***Complicaciones Maternas o a Enfermedades de Transmisión Sexual.***

Es útil para calcular la ***cobertura real de actividades de Salud Sexual y Reproductiva*** entre el grupo de mujeres en edad fértil.

Se señala esta circunstancia con una **P** en la columna ***1ª SR.***

OBSERVACIONES

Como ya dijimos al principio de este capítulo, en este espacio el facultativo puede registrar la información que él considere oportuna para la Atención Directa del Paciente o para la Gestión del Servicio o Programa. La utilidad y la forma de registrar estos datos variará de un caso a otro.

Nosotros destacaremos los casos de diagnósticos relacionados con morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Para ello contrastaremos el diagnóstico registrado con el listado de patologías de la Historia Clínica Perinatal y le asignaremos el código que le corresponda Este mismo código lo anotaremos también en el apartado de Observaciones

Repasemos ahora todo el Capítulo 4 en conjunto.

4.1. Clasificar las variables contenidas en los diferentes Libros de Registro según el grado de elaboración previa al registro

-- Datos _____

— Datos que tienen que ser _____ antes del Registro.

— Datos que tienen que ser _____ ***y la etapa en la que se registran***

Hay espacios en los Libros de Registro para ***codificar, clasificar y calcular datos*** que se elaboran y registran, no en la etapa del ***Registro de Datos***, sino en la segunda etapa del _____ de los datos

4.2. Listar las variables que son comunes a todos los Libros de Registro contemplados en esta Guía

¿Recuerda usted cuáles son las seis variables que acabamos de estudiar y que son comunes a todos los Libros de Registro?

1. _____.
2. _____ de _____
3. _____ de _____ _____
4. _____.
5. _____ de _____ de _____
6. _____ de _____ _____
7. _____

Definir, establecer la utilidad y explicar cómo se registran la siguientes variables:

4.3. Fecha

Definición

La ***Fecha*** es el ___, ___ y ___ en el que se realiza la actividad registrada.

Utilidad

Nos sirve para calcular _____ ***y*** _____

Forma de Registrarlo

En una linea completa de registro o en la casilla correspondiente, ***se registra el*** ____ ***y*** ____ utilizando ____ para cada uno de ellos separadas por una barra o un guion

4.4. Número de Orden

Definición

Es el _____ _____ que se asigna a cada _____ registrada.

Utilidad

Nos sirve para ***Conocer el*** _____ ***de*** _____ _____ ***(y registradas)*** en un período de tiempo dado.

Forma de Registrarlo

Al _____ ***cada mes se empieza una*** _____ ***página*** del Libro de Registro y se _____ ***a numerar*** los Registros por el_____.

El_____ ***número del mes*** coincide con el ***número*** _____ de registros realizados en el mes.

4.5. Número de Historia Clínica

Definición

Es el _____ que se ha asignado a la Historia Clínica del paciente o usuario que está siendo registrado en el Libro.

Utilidad

Nos sirve para _____ **la Historia Clínica** y para obtener un **indicador de** _____ de _____.

Forma de Registrarlo

Se registra, en la casilla correspondiente, el mismo _____ _____ a la Historia Clínica

4.6. Procedencia

Definición

La Procedencia es el_____ de _____ _____ del paciente o usuario

Utilidad

Nos sirve para Estudios_____ y para conocer la _____ de los Servicios según la _____ de los usuarios y para la _____ de los Programas.

Forma de Registrarlo

Se registra el nombre del _____, _____ o _____ dependiendo si el usuario reside en la misma localidad o Municipio del establecimiento o fuera de él.

4.7. Recibo de Ingreso

Definición

El ***Número de*** _____ ***o de*** _____ es asignado por el Subsistema Financiero-Contable.

Utilidad

Es útil para conocer el _____ y la _____ ***de*** _____ de la comunidad.

Forma de Registrarlo

Se registra el ***número de recibo de*** _____ ***si*** el paciente ***paga***, el de _____ en caso de que ***no pague nada*** y el ***número de los dos recibos*** en caso de que ***pague*** ___ _____.

Si la persona está ***exenta de pago***, se anotan las abreviaturas ___ o ___ en caso de que este cubierto por ***el seguro de la*** _____ ***y el*** _____ o sea ***una persona*** _____.

4.8. Primera Consulta de Salud Reproductiva en ela año

Definición

Es la ***primera vez***, dentro del año actual, que una ***mujer en*** _____ _____acude al establecimiento sanitario para una ***consulta relacionada con*** _____ _____ ***y*** _____. Se incluyen dentro de este grupo las ***Actividades*** _____ y las consultas u hospitalizaciones debidas a ***Complicaciones*** _____ ***o a Enfermedades de*** _____ _____.

Utilidad

Es útil para calcular la _____ _____***de actividades de*** _____ _____ ***y Reproductiva*** entre el grupo de mujeres en edad fértil.

Forma de Registrarlo

Se señala esta circunstancia con una __ en la columna ***1ª SR.***

4.9. Observaciones

Destacaremos en este apartado los casos de diagnósticos relacionados con morbilidad y _____ materna y _____.

EVALUACIÓN TEÓRICA

4.1. De acuerdo a la elaboración que necesitan los datos, antes de poder ser registrados, podemos establecer los siguientes grupos o categorías (Obj. 4.1.)

a) Datos crudos
b) Datos que tienen que ser clasificados antes del Registro
c) Datos que tienen que ser calculados antes del Registro
d) Todas las respuestas anteriores son correctas
e) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta

4.2. ¿Cual de los siguientes procedimientos no se realiza en la etapa de Registro de datos? (Obj. 4.1.)

a) Codificación
b) Clasificación
c) Cálculo
d) Se realizan todos los procedimientos anteriores
e) No se realiza ninguno de los procedimientos anteriores

4.3. ¿Cuál de las siguientes variables es común a todos los Libros de Registro? (Obj. 4.2.)

a) Procedencia
b) Edad
c) Sexo
d) Diagnóstico
e) Tratamiento

4.4. ¿Cuál de las siguientes es la definición de Fecha? (Obj. 4.3a)

a) Número secuencial que se asigna a cada actividad realizada
b) Dia en que el paciente es dado de alta
c) Número asignado a la Historia Clinica
d) Dia, mes y año en el que se realiza la actividad registrada
e) Todas las respuestas anteriores son correctas

4.5. ¿Qué utilidad tiene la variable Fecha? **(Obj. 4.3b)**

a) Identificar a un determinado paciente
b) Calcular tiempos y rendimientos
c) Para estudios Epidemiológicos, de Utilización de Servicios y de Cobertura de Programas
d) Para obtener un indicador de calidad de asistencia
e) Para la utilidad que determine el facultativo

4.6. ¿Cómo se registra la variable Fecha? **(Obj. 4.3c)**

a) Se utilizan dos cifras para designar el día, mes y año
b) Al inicio de cada mes se comienza con el número 1
c) Se registra solo el día con dos cifras
d) Se registra el mismo número asignado a la Historia Clínica
e) Se registra el día con dos letras y el mes con numeros

4.7. ¿Cuál de las siguientes es la definición de Número de Orden? **(Obj. 4.4a)**

a) Numero único para cada paciente
b) Numero asignado a la Historia Clínica
c) Número secuencial que se asigna a cada actividad realizada
d) Dia, mes y año en el que se realiza la actividad registrada
e) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta

4.8. ¿Qué utilidad tiene la variable Número de Orden? **(Obj. 4.4b)**

a) Conocer el número de actividades realizadas en un periodo de tiempo dado
b) Ordenar correctamente los datos
c) Para estudios Epidemiológicos, de Utilización de Servicios y de Cobertura de Programas
d) Para obtener un indicador de calidad de asistencia
e) Para la utilidad que determine el facultativo

4.9. ¿Cómo se registra la variable Número de Orden? **(Obj. 4.4c)**

a) Al inicio de cada año se comienza con el numero 1
b) Al inicio de cada mes se comienza con el número 1
c) Al inicio de cada dia se comienza con el número 1
d) Se registra el mismo número asignado a la Historia Clínica
e) Se registra el numero del C I del usuario

4.10. ¿Cuál de las siguientes es la definición de Número de Historia Clínica? ***(Obj. 4.5a)***

a) Número secuencial que se asigna a cada actividad realizada comenzando por el 1 cada mes
b) El código del municipio en que reside el usuario
c) Número único asignado a cada usuario
d) Día, mes y año en el que se realiza la actividad registrada
e) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta

4.11. ¿Qué utilidad tiene la variable Número de Historia Clínica? ***(Obj. 4.5b)***

a) Conocer el número de actividades realizadas en un período de tiempo dado
b) Calcular tiempos y rendimientos
c) Para estudios Epidemiológicos, de Utilización de Servicios y de Cobertura de Programas
d) Para obtener un indicador de calidad de asistencia
e) Para la utilidad que determine el facultativo

4.12. ¿Cómo se registra la variable Número de Historia Clínica? ***(Obj. 4.5c)***

a) Se utilizan dos cifras para designar el día, mes y año
b) Al inicio de cada mes se comienza con el número 1
c) Se registra el código del Barrio, Localidad y/o Distrito
d) Se registra un número único por usuario
e) Todas las respuestas anteriores son correctas

4.13. ¿Cuál de las siguientes es la definición de Procedencia? ***(Obj. 4.6a)***

a) Lugar de nacimiento del usuario
b) Residencia habitual del usuario
c) Ultimo lugar del que proviene
d) Lugar del que ha sido referido
e) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta

4.14. ¿Qué utilidad tiene la variable Procedencia? ***(Obj. 4.6b)***

a) Conocer los movimientos migratorios
b) Calcular tiempos y rendimientos
c) Para estudios Epidemiológicos, de Utilización de Servicios y de Cobertura de Programas
d) Para obtener un indicador de calidad de asistencia
e) Todas las respuestas anteriores son correctas

4.15. ¿Cómo se registra la variable Procedencia? (Obj. 4.6c)

a) Se anota el código de la localidad
b) Se anota solo el departamento
c) Se registra el nombre del Barrio, Localidad y/o Municipio
d) Se registra el mismo código que el asignado a la Historia Clínica
e) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta

4.16. ¿Qué utilidad tiene la variable Número de Recibo de Ingreso? (Obj.4.7b)

a) Detectar grupos de riesgo y de utilizadores.
b) Conocer la cobertura y la concentración de consultas.
c) Conocer la proporción de pacientes referidos con Boleta.
d) Saber si se están cumpliendo los esquemas de regionalización.
e) Conocer la capacidad de pago de la población.

4.17. Cuando un paciente paga una parte de la cuenta, ¿qué se registra en la columna Número de recibo de Ingreso? (Obj.4.7c)

a) El número de recibo de ingreso.
b) El número de recibo de deudor.
c) El numero de Historia Clínica.
d) El número de recibo de ingreso y el de deudor.
e) El numero de boleta de referencia.

4.18. Cuando un paciente está exento de pago, ¿qué se registra en la columna Número de recibo de Ingreso? (Obj.4.7c)

a) No se registra nada.
b) El numero de recibo de deudor
c) Si es indigente se anota la abreviatura IND
d) El numero de Historia Clinica
e) Las respuestas a) y c) son correctas

4.19 ¿Cuál o cuáles de las siguientes actividades están relacionadas con Salud Sexual y Reproductiva? (Obj. 4.8a)

a) Atencion prenatal
b) Complicaciones maternas
c) Enfermedades de transmision sexual
d) Todas las actividades anteriores
e) Solo las respuestas a) y b) son correctas

4.20 ¿Cuál es la utilidad de registrar la variable Primera Consulta de Salud Sexual y Reproductiva del Año? ***(Obj. 4.8b)***

a) Conocer la incidencia de complicaciones maternas
b) Conocer la cobertura de Salud Sexual y Reproductiva entre mujeres en edad fertil
c) Conocer la cobertura de Salud Sexual y Reproductiva en población general
d) Conocer la incidencia de Enfermedades de Transmisión Sexual
e) Todas las respuestas anteriores son correctas

4.21 ¿Cómo se registra la variable Primera Consulta de Salud Sexual y Reproductiva en el Año? ***(Obj. 4.8c)***

a) Se registra una X en esta columna
b) Se registra 1ª en esta columna
c) Se registra una P en esta columna
d) Se registra 1ª SR en esta columna
e) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta

4.22. ¿Cuál de las siguientes es una definición practica de Observaciones? ***(Obj. 4.9a)***

a) Lo que observa el usuario
b) La capacidad de observación del facultativo
c) Espacio para resaltar la mortalidad materna
d) Espacio para el registro libre de datos
e) Las respuestas c) y d) son correctas

4.23. ¿Qué utilidad tiene la variable Observaciones? ***(Obj. 4.9b)***

a) Conocer la capacidad de observacion del facultativo
b) Conocer la capacidad de observacion del usuario
c) Destacar la morbilidad del adolescente
d) Destacar la morbilidad perinatal
e) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta

4.24. ¿Cómo se registra la variable Observaciones? ***(Obj. 4.9c)***

a) Siguiendo un listado de comprobacion
b) Volviendo a copiar el diagnostico
c) De forma libre
d) Todas las respuestas anteriores son correctas
e) Solo las respuestas b) y c) son correctas